

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa Integrado de Doutorado em Psicologia Social UFRN/UFPB

*NERVOS: REDE DE DISCURSOS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO
BÁSICA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN*

Luciana Fernandes de Medeiros Azevedo

Natal/RN

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Luciana Fernandes de Medeiros Azevedo

*NERVOS: REDE DE DISCURSOS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO
BÁSICA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN*

Tese elaborada sob orientação da Prof. Dra. Martha Traverso-Yépez e apresentada ao Programa Integrado de Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Natal

2010

Divisão de Serviços Técnicos

Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

AZEVEDO, Luciana Fernandes de Medeiros

Nervos: rede de discursos e práticas de cuidado na atenção básica no município de Natal/RN/ Luciana Fernandes de Medeiros Azevedo

- Natal, RN, 2010.

234f.

Orientadora: Martha Traverso-Yépez.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal da Paraíba. Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social.

1. Saúde mental – Tese. 2. Atenção básica – Tese. 3. Etnografia institucional – Tese. 4. Nervos – Tese. I. Traverso-Yépez, Martha. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Universidade Federal da Paraíba IV. Título.

RN/UF/BCZM

CDU616.899043.2)

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa Integrado de Doutorado em Psicologia Social UFRN/UFPB

A tese *NERVOS: REDE DE DISCURSOS E PRÁTICAS DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE NATAL/RN*, desenvolvida por Luciana Fernandes de Medeiros Azevedo, foi considerada aprovada por todos os membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa Integrado de Doutorado em Psicologia Social, como requisito parcial à obtenção do título de DOUTOR EM PSICOLOGIA.

Natal, RN, 26 de Fevereiro de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Martha Traverso-Yépez _____

Profa. Dra. Liliana da Escóssia de Melo _____

Profa. Dra. Isabel Ma. Fernandes de Oliveira _____

Profa. Dra. Ana Karenina de Melo A. Amarin _____

Profa. Dra. Ana Alayde W. Saldanha _____

A arte de viver é simplesmente a arte de conviver ...

Simplesmente, disse eu? Mas como é difícil!

MÁRIO QUINTANA

À minha
família, com
todo meu amor e
carinho.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho não foi feito apenas por mim, mas por todas as pessoas que compartilharam esse percurso comigo, seja lendo, opinando, sugerindo, ou ainda tolerando meus momentos de ausência na vida familiar e profissional.

Um agradecimento muito especial à Martha, que orientou este trabalho com toda a sua competência pessoal e acadêmica, através de sugestões valiosas, disponibilidade, interesse no meu crescimento pessoal e profissional. Tudo o que sei sobre pesquisa, psicologia social e o campo da saúde, devo à prof. Martha e às nossas incontáveis reuniões, aulas, conversas, leituras das várias versões do trabalho, e-mails e indicação de material bibliográfico.

Agradeço também aos meus pais, Roberto e Inês, sempre presentes em minha vida em todos os aspectos, dando suporte quando necessário, lendo e relendo meu trabalho. Todo o meu amor incondicional!

Aos meus amores, Reno e Ian, que souberam ceder o espaço para minhas incontáveis horas de estudo e apoio total ao meu trabalho. Sem vocês, o trabalho teria sido bem mais difícil!

Aos participantes da pesquisa que contribuíram imensamente com o relato de suas experiências profissionais,

Aos professores que participaram da banca de Qualificação, Isabel Oliveira e Mauricio Macedo pelas excelentes contribuições,

À Renata Meira e Fátima Raquel, amigas e companheiras de jornada, principalmente pelos bate-papos e trocas de idéias ao longo desse percurso,

Agradeço a Ana Regina, pelos momentos de paciência e compreensão,

À Yalkiria e Anuska pelo ombro amigo e sugestões,

À Patricia Sanz que me ajudou em uma parte da pesquisa de campo,

Aos alunos que souberam compreender meus momentos “tese”,

À Cilene por toda a ajuda prestada e simpatia sem preço,

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte por viabilizar o desenvolvimento do Doutorado em Psicologia Social.

SUMÁRIO

Resumo.....	x
Abstract.....	xi
Introdução.....	12
Objetivos.....	17
I. Considerações teórico-metodológicas.....	20
1.1. Compreendendo a Etnografia Institucional	21
1.2. O percurso da pesquisa	24
1.3. A análise do material.....	30
II. Os diversos olhares sobre o problema dos <i>nervos</i>.....	33
2.1. <i>Nervos</i> como sofrimento incorporado: contextualizando os significados do corpo na sociedade ocidental.....	36
2.2. <i>Nervos</i> como expressão sociocultural da experiência do sofrimento.....	45
2.3. A medicalização do sofrimento na vida cotidiana.....	53
2.4. Os determinantes sociais da saúde e suas implicações no campo da saúde mental.....	60
III. Os discursos e as práticas de cuidado nas políticas de saúde relacionadas com a atenção básica em saúde mental.....	77
3.1. Do movimento higienista ao movimento pela reforma sanitária – um século de tensões entre política econômica e políticas públicas.....	79
3.2. A Atenção Básica no Brasil: diretrizes e estratégias.....	96
3.2.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF).....	104

3.2.2. O trabalhador de saúde na Atenção Básica e na ESF.....	108
3.3. Atenção Básica e Saúde Mental: um diálogo mais do que necessário.....	115
3.3.1. O apoio matricial nas equipes da ESF.....	123
IV. Discursos e práticas de cuidado aos <i>nervos</i> na Atenção Básica em	130
Natal/RN.....	
4.1. O contexto institucional sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde –	132
o funcionamento da Atenção Básica no cotidiano.....	
4.1.1. Características da gestão e condições de trabalho – <i>aos trancos</i>	133
<i>e barrancos, dá para resolver.....</i>	
4.1.2. Comunicação entre os trabalhadores e o trabalho em rede – <i>é</i>	142
<i>tudo muito difícil, a gente fica sozinho.....</i>	
4.1.3. O modo de financiamento na Atenção Básica – <i>de pernas</i>	155
<i>curtas.....</i>	
4.1.4. O desconhecimento do campo da saúde mental e a falta de	160
apoio intersetorial – <i>tem dia que você não sabe o que faz, nem sabe o que</i>	
<i>diz.....</i>	
4.2. As queixas de <i>nervos</i> na Atenção Básica.....	168
4.3. As ações e práticas de saúde diante das queixas de <i>nervos</i> e demais	177
problemas psicológicos.....	
4.3.1. O contexto A	178
4.3.2. O contexto B	186
4.3.3. O contexto C	188
4.3.4. O contexto D e as reuniões de apoio matricial.....	191

4.3.5. O contexto E.....	209
4.3.6. O contexto F.....	211
Considerações finais.....	213
Referências.....	222
Anexos.....	234

RESUMO

A atenção básica e uma de suas principais estratégias, a Estratégia Saúde da Família (ESF), se configuram como a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa maneira, boa parte dos problemas de saúde incidentes e prevalentes na população adscrita deve ser resolvida nesse nível de atenção, incluindo o sofrimento psicológico e a denominada queixa de nervoso. *Nervos* e nervoso denotam uma complexidade que nem sempre é bem compreendida pelos trabalhadores de saúde, de maneira que o cuidado a esse tipo de problema geralmente é inadequado. O objetivo geral desse trabalho é analisar a rede de discursos e de cuidados no atendimento ao sofrimento psicológico que se expressa como *nervos*, no cotidiano da atenção básica do SUS. Mais especificamente, identificar os princípios e diretrizes da atenção básica em saúde mental; investigar o posicionamento dos trabalhadores de saúde diante do sofrimento psicológico e das queixas de *nervos*, e analisar as diferentes ações e práticas de cuidado realizados nas diferentes Unidades de Saúde diante de queixas como *nervos*. A perspectiva teórico-metodológica adotada no trabalho foi a Etnografia Institucional. Essa abordagem busca compreender e analisar as relações institucionais em determinado contexto considerando as influências socioestruturais e as relações de poder, bem como as práticas e os discursos cotidianos. Foram realizadas entrevistas com trabalhadores de saúde, conversas informais e observações em seis Unidades de Saúde com equipes da ESF de diferentes distritos sanitários do município de Natal/RN. Constatou-se o alto índice de queixas de *nervos*, sendo que o encaminhamento a psicólogos e psiquiatras e a prescrição de psicotrópicos são a forma mais comum de intervenção. Em geral, há uma falta de conhecimento especializado sobre o tema da saúde mental, bem como ausência de discussões sobre as políticas de saúde mental. De um lado, as condições de trabalho e a falta de apoio institucional dificultam a realização de ações de prevenção de doenças e promoção à saúde. Por outro, há diferentes práticas em andamento tais como reuniões de hipertensos e idosos, caminhadas, visitas, rodas de conversas e terapia comunitária embora nem todas visem o cuidado específico ao sofrimento psicológico. O apoio matricial, estratégia metodológica de supervisão e acompanhamento de casos de saúde mental, vem sendo implantado por psicólogos em algumas Unidades de Saúde do município, porém ainda não está totalmente implantado na rede. As práticas de cuidado aos problemas de *nervos* dependem principalmente do envolvimento do trabalhador com as diretrizes da ESF e das políticas de saúde mental, além do apoio sistemático, quando disponível, de outro profissional que funciona como apoiador matricial.

Palavras-chave: saúde mental, atenção básica, Etnografia Institucional, *nervos*.

ABSTRACT

Nerves: Network of discourses and care practices on Primary Health Care in Natal/RN

The Primary Health Care and one of its main strategies, the Family Health Strategy (ESF), are framed as the gateway to the Public Health System (SUS). Thus, most of the incident and prevalent health problems in the population attended should be solved at this level of care, including psychological suffering, and the so-called complaint of *nerves*. *Nerves* and nervous denote a complexity that is not always well comprehended by health workers, in such a way that the care to this kind of problem is usually inadequate. In this line of thought, the general objective of this study is to analyze the network of discourses and the care to the psychological suffering, expressed as *nerves*, in SUS daily Primary Health Care. Besides and more specifically, it aims at identifying the principles and guidelines of the Primary Health Care in mental health; to investigate health workers' positioning before psychological suffering and complaints of *nerves*, and also analyze different actions and practices of care carried out in different Health Units towards complaints like *nerves*. Institutional Ethnography was the theoretical-methodological perspective adopted for the work. This approach seeks to understand and analyze the institutional relationships in a particular context considering socio-structural influences and power relations, as well as daily discourses and practices. Based on interviews with health professionals, informal conversations and observations in six Health Units with ESF teams from different sanitary districts in Natal/RN, it was possible to check that the index of complaint of *nerves* is high. The referral to psychologists and psychiatrists, as well as the prescription of psychotropic drugs appear as the most common intervention at this level of care. In general, the participants complain that they have poor specialized knowledge about the theme of mental health. They face the problem of bad work conditions and the lack of institutional support, which make actions of illnesses prevention and health promotion even more difficult. Besides, there are different ongoing practices such as meetings for hypertensive and aged people, walk, visit, round-table discussions and community therapy. However, not all of these actions are aimed at the care of psychological suffering. It is observed that the Matrix Support, which is a methodological strategy of supervision and follow up for cases of mental health, hasn't been totally implemented in the municipal system, although it is a tool that has been used by psychologists in some Health Units in the city. It was also verified that the health care practices to the problem of *nerves* strongly depend on the professional's commitment with the PSF guidelines and on mental health policies, in addition to continued support, when available, from other professional who works as matrix supporter.

Key words: mental health, primary health care, Institutional Ethnography, *nerves*.

INTRODUÇÃO

*Jamais tive uma tristeza
que não tivesse sido dissipada com
uma hora de leitura
(Montesquieu)*

O interesse pelos temas da saúde pública e da *doença dos nervos* vêm desde a pesquisa de Mestrado quando busquei compreender os processos de significação e geração de sentido acerca da denominada *doença dos nervos*, tão comum no serviço público de saúde. Ouvir diferentes pessoas se queixando de *doença dos nervos* com expressões tão diferentes entre si, incluindo sintomas físicos, além de ansiedade e depressão, me instigou a conhecer melhor certas singularidades da dimensão humana que nem sempre aparecem claramente nos discursos tradicionais da Psicologia.

O termo *doença dos nervos* é muito usado pelas pessoas que se queixam de sofrimento e não se refere a nenhuma doença específica tal como classificada nos manuais diagnósticos e/ou na semiologia médica. Esse termo refere-se a uma forma metafórica de expressar um sofrimento generalizado que permeia as mais diversas dimensões da vida da pessoa. Por esse motivo, o termo utilizado nesse trabalho será *nervos*, no sentido de incluir todas as outras denominações semelhantes, como problema de nervos, nervoso, etc.

A pesquisa realizada no Mestrado buscou esclarecer junto a mulheres com a queixa de *nervos* como elas caracterizavam o problema, quais as causas atribuídas e o que elas faziam quando se sentiam *nervosas* (Medeiros, 2003). Observou-se que os problemas advindos da situação socioeconômica, tais como as precariedades da moradia, da falta de emprego, da violência presente, bem como dos conflitos familiares funcionam como “gatilho” para uma situação de crise. Essa situação se expressa sob a forma de um significativo sofrimento que as pessoas denominam de *nervos*. Nesse

sentido, é que se considera *nervos* como um sofrimento difuso e polissêmico, geralmente advindo das condições precárias de vida e que suscita diferentes questionamentos sobre o processo saúde-doença.

Boa parte dos estudos sobre *nervos* traz uma leitura antropológica e cultural do tema mostrando que a expressão desse sofrimento é uma construção a partir do referencial que as pessoas têm do seu próprio contexto, de suas crenças, valores, mitos e das concepções de saúde, doença, corpo e transtorno mental (Duarte, 1986; Silveira, 2000; Davis & Low, 1989; Migliore, 1993).

Migliore (1993) mostra que *nervos* é uma maneira peculiar de expressar uma situação de profundo mal-estar. Sendo que é através dessa estratégia que a pessoa consegue chamar atenção do outro sobre si mesma para conseguir o apoio de que necessita. Gomes e Rozemberg (2000) apontam que as pessoas que sofrem com *nervos* necessitam de um espaço onde possam falar de sua angústia e encontrar apoio social para um maior alívio do sofrimento. Esses autores têm em comum o fato de considerar *nervos* como um sofrimento que precisa ser compartilhado com alguém e que demanda diferentes estratégias de cuidado.

Assim, todo esse caráter polissêmico e até “caleidoscópico” do *nervoso* acaba por contribuir para certa confusão e mesmo um desconhecimento por parte das pessoas diretamente envolvidas como os trabalhadores de saúde e usuários. Na pesquisa feita por Medeiros (2003), as entrevistadas, muitas vezes, relataram sentirem-se insatisfeitas com o atendimento médico e reclamaram do serviço prestado, pois “os médicos não as *ouviam*”. Por sua vez, alguns trabalhadores de saúde se sentem incomodados diante de pessoas denominadas, por vezes, de “poliqueixosas” ou com “piti”, que estão sempre procurando o serviço demandando atendimento imediato e uma atenção especial. Ao falar do seu sofrimento para o trabalhador de saúde - onde se espera um *cuidar* em todo

o sentido da palavra - algumas pessoas com *nervos* não se sentem compreendidas e continuam sofrendo indefinidamente. Em geral, a consulta médica gira em torno dos sintomas descritos pelo paciente uma vez que há toda uma construção do *logos* médico sobre as doenças, que perpassa tanto o agir do profissional quanto as expectativas do usuário em ser escutado. Nesse sentido, assim como o profissional, o usuário normalmente espera um diagnóstico e a cura para o seu problema, independente do que está acontecendo em sua vida. Conseqüentemente, uma das formas mais comuns de intervenção é a prescrição de psicotrópicos (Carvalho, 2001; Medeiros, 2003).

Essa situação aparece, de fato, como a maneira mais comum de lidar com os usuários que se queixam dos *nervos* e outros problemas relacionados à saúde mental (Carvalho, 2001; Medeiros, 2003; Traverso-Yépez & Medeiros, 2004), com o agravante de que os sintomas tendem a diminuir temporariamente, mas sempre retornam diante de alguma crise ou evento estressante. Assim, as usuárias continuam recorrendo ao serviço sempre em busca de uma solução para o seu problema. A impressão é a de que trabalhadores e usuários não conseguem se entender diante desse sofrimento popularmente denominado de *nervos* ou de *nervoso*.

Com isso, fica claro que o atendimento à queixa de *nervos* não é simples. O que poderia ser diagnosticado como um transtorno de ansiedade generalizada toma uma forma mais complexa que o quadro descrito nos manuais de psiquiatria como o DSM-IV, por exemplo. Além disso, os textos descritos nesses manuais, em geral, não são suficientes para abarcar toda a experiência do sofrimento “sentida” pelas pessoas.

À complexidade dos problemas de saúde decorrente da precária situação socioeconômica de grande parte da população usuária do SUS somam-se os problemas estruturais do sistema público de saúde, as limitações das condições de trabalho, bem como a formação dos profissionais. Muitas das políticas públicas de saúde, embora

constituídas sob a égide da democracia, nem sempre são incorporadas totalmente no cotidiano das práticas de intervenção nos espaços de atendimento. Geralmente, sua implementação é dependente da vontade política e condicionamentos socioeconômicos (Campos & Domitti, 2007; Traverso-Yépez & Morais, 2004; Medeiros, 2000; Campos, 1997).

O Ministério da Saúde, órgão federal, e as secretarias estaduais e municipais de saúde buscam conformar uma rede responsável em organizar e manter os serviços de saúde em todos os níveis e em todas as regiões brasileiras. A gestão é descentralizada, pois os estados federativos e os municípios precisam administrar os recursos advindos do Ministério da Saúde para suprir as necessidades locais mais prementes (Mendes, 1999).

O SUS se caracteriza pela organização em diferentes níveis de atenção: a atenção básica ou atenção primária, a atenção secundária (ambulatórios e tecnologia de média complexidade) e a atenção terciária (hospitais e tecnologia de alta complexidade) (Conselho Regional de Medicina, 2008). Nesse sentido, embora se saiba que as queixas de *nervos* possam aparecer em qualquer contexto, incluindo as emergências hospitalares, o cenário escolhido para o desenvolvimento do presente trabalho é a Atenção Primária ou Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios do SUS, desenvolvidos a partir do movimento pela Reforma Sanitária, iniciada formalmente nos anos 70 e fruto de diferentes Conferências e luta popular, têm como diretriz central o lema “saúde de todos e dever do Estado”.

Segundo Starfield (2002), a atenção básica se caracteriza por ser uma assistência acessível a todas as pessoas, nas suas diferentes faixas etárias, buscando um atendimento integrado com vistas à prevenção de doenças, à promoção de saúde, bem como à cura e à reabilitação. Além disso, pressupõe o trabalho em equipe, a ênfase na

pessoa e não na doença, o uso de diferentes perspectivas nos seus projetos terapêuticos: física, psicológica e social. Para Cunha (2005), o trabalho na atenção básica demanda uma perspectiva biopsicossocial de todos os seus atores já que estando aberto à comunidade, pode ter diferentes e complexos problemas de saúde a serem resolvidos e/ou amenizados.

Diante dessas características é de se esperar que os trabalhadores de saúde que trabalham na atenção básica tenham maior facilidade em desenvolver uma escuta mais acurada frente aos diferentes casos do serviço e desenvolver intervenções criativas, que tragam um grau de resolutividade satisfatório e/ou um encaminhamento adequado (Tanaka & Ribeiro, 2006). Nesse caso, observa-se a importância de priorizar a relação usuário-profissional e não apenas o diagnóstico e a intervenção medicamentosa.

Entretanto, Cunha (2005) aponta que é na atenção básica onde o trabalhador de saúde pode sentir mais dificuldades no atendimento aos usuários, pois a demanda é mais inespecífica e mais generalizada. Ademais, boa parte das pessoas que procura esses serviços apresenta queixas psicológicas e/ou de problemas menores de saúde mental (Campos, 1992; Tanaka & Ribeiro, 2006).

Sendo assim, considerando a significativa presença de pessoas sofrendo com *nervos* na Atenção Básica, os problemas e limitações do sistema de saúde, bem como a evidente dificuldade da maioria dos trabalhadores em acolher, compreender, promover intervenções significativas ou encaminhar adequadamente, é que este trabalho será realizado nesse contexto. Nesse sentido, o presente estudo busca compreender e explicar como as queixas de *nervos* e outras relativas ao sofrimento psicológico têm sido cuidadas na assistência primária em saúde no município de Natal/RN. Para tanto, será utilizada como ferramenta metodológica a Etnografia Institucional (EI) considerada

adequada para o estudo das relações e práticas que organizam e conformam as formas atuais de intervenção.

OBJETIVOS DO TRABALHO

O objetivo geral do trabalho é analisar a rede de discursos e de cuidados no atendimento ao sofrimento psicológico, que se expressa como *nervos*, no cotidiano da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais especificamente:

- Identificar como os princípios e diretrizes da atenção básica em saúde mental se expressam no contexto institucional local;
- Investigar o posicionamento dos trabalhadores de saúde diante do sofrimento psicológico e das queixas de nervos;
- Analisar as diferentes ações e práticas de cuidado realizadas nas diferentes unidades de atenção primária diante de queixas como *nervos*.

A intenção não é apontar os “defeitos” do atendimento, mas evidenciar os diferentes aspectos que estão presentes nessa prática, tais como as diferentes intervenções realizadas pelos trabalhadores de saúde e que trazem algum tipo de alívio, bem como as dificuldades que resultam muitas vezes na recorrência do usuário ao serviço - com o gradual agravamento do sofrimento - e na insatisfação do trabalhador de saúde.

Com esse trabalho, espera-se também ir além das explicações normalmente atribuídas aos problemas do SUS como sendo de ordem estrutural e econômica. Explicitar a rede de discursos e práticas inclui também a racionalidade presente entre

aqueles que fazem o SUS funcionar: as pessoas que, além do papel social de trabalhador de saúde ou usuário, têm suas próprias ideias e interesses, bem como diferentes maneiras de se relacionar umas com as outras e se posicionar diante dos princípios e diretrizes. Em geral, essas ideias, interesses e posicionamentos normalmente não ficam claros em como estão permeando as práticas do cotidiano.

Isto posto, no que se refere à estrutura desta tese, ela está dividida em quatro capítulos e as considerações finais. O capítulo I discute a Etnografia Institucional (EI) e o percurso teórico-metodológico que fundamenta o presente trabalho. Por ser uma abordagem metodológica ainda pouco conhecida no Brasil, o texto do capítulo I busca apontar as principais características e os conceitos mais importantes da EI. Esse capítulo já explicita os passos metodológicos usados na presente pesquisa e os critérios da análise dos dados.

O capítulo II aborda uma discussão sobre as queixas de *nervos* e a polissemia que desafia o campo da saúde. Nesse capítulo, *nervos* é discutido em diferentes perspectivas, desde as concepções de sofrimento incorporado e como expressão sociocultural do sofrimento da vida cotidiana até a análise dos determinantes sociais da saúde e suas implicações na saúde mental.

No capítulo III, é realizada uma reflexão crítica sobre a atenção básica, a Estratégia Saúde da Família e os atuais dispositivos assistenciais na atenção básica em saúde mental como o apoio matricial. Espera-se compreender melhor as propostas das políticas e as peculiaridades presentes entre a prática realmente efetivada no cotidiano dos serviços e os discursos institucionalizados vigentes.

No capítulo IV, são apresentados os resultados e discussão do trabalho de campo desenvolvido nas Unidades Básicas de saúde. Inicialmente, o contexto institucional é descrito a partir dos textos dos documentos oficiais e da compreensão dos trabalhadores

de saúde. Em seguida, é apresentado o posicionamento dos trabalhadores de saúde diante das queixas de *nervos* e outras expressões do sofrimento psicológico. Por fim, nas considerações finais, as ações e práticas desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde são descritas e analisadas à luz do arcabouço teórico-metodológico construído.

I. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

*Para os que não desejam senão ver,
Há luz suficiente,
Mas para os que têm disposição contrária,
há bastante obscuridade
(Blaise Pascal)*

Compreender os discursos e práticas do cotidiano demanda uma perspectiva teórico-metodológica que busque abranger esse universo. Uma perspectiva que não só ajude a descrever essas práticas, mas também analisá-las em um contexto mais amplo, explicitando a rede de relações que as formam, incluindo as relações de poder.

Um dos objetivos da Etnografia Institucional é justamente compreender a rede de relações sociais cotidianas, considerando os discursos e as práticas dos atores sociais. Essa perspectiva teórico-metodológica, sistematizada pela socióloga canadense Dorothy Smith (2005), é fundamenta no interacionismo simbólico, na etnometodologia, na fenomenologia e nos pensamentos marxista e foucaultiano (DeVault & McCoy, 2002; Smith, 2005; Campbell & Gregor, 2002).

As perspectivas etnográficas permitem, num sentido geral, conhecer o cotidiano e o senso comum a partir da perspectiva de quem os vivencia, bem como as ideias, os hábitos e os sistemas simbólicos de uma cultura (Minayo, 1998). São abordagens que coincidem em compreender o ser humano inserido em um contexto sociocultural, como participante ativo do mundo ao seu redor considerando todas as suas manifestações interrelacionais como gestos, discursos, crenças e valores.

1.1.Compreendendo a Etnografia Institucional

A Etnografia Institucional (EI) considera que a vida cotidiana é socialmente organizada, de maneira que as ações e decisões das pessoas não acontecem por acaso. Em geral, as pessoas não refletem o tempo todo sobre suas ações, mas estas se conformam em função das relações sociais que se estabelecem no cotidiano (Campbell & Gregor, 2002; DeVault & McCoy, 2002).

Dessa maneira, o principal objetivo da EI é compreender como essas ações e práticas são socialmente construídas e organizadas e tornar visível o que as pessoas fazem e por que o fazem em determinado tempo e lugar. Para isso, três conceitos são centrais para a compreensão dessa perspectiva metodológica: *textos*, *instituição* e *relações normatizadoras*.

Os *textos* são essenciais para a organização social, pois contribuem para a coordenação das práticas cotidianas. É o *texto* que “indica” a ação a ser desempenhada em determinado lugar e em um momento específico, mesmo que a pessoa não pense o tempo todo sobre isso. Assim, os documentos, as rotinas pré-estabelecidas, os protocolos e os padrões de comportamento que fazem parte do cotidiano institucional são considerados como *textos*.

Os *textos* são instituídos pelas pessoas através das redes de relações intersubjetivas sendo normalmente naturalizados e parte do cotidiano da instituição (Campbell & Gregor, 2002). A EI busca esclarecer, trazer à tona esses *textos* construídos nas relações cotidianas, identificar em que as pessoas se fundamentam para praticar determinadas ações.

Considerando o conceito de *textos*, a *instituição* não é necessariamente o lugar físico, mas todo o conjunto de *textos* compartilhados entre as pessoas que fazem parte

do cotidiano social. A saúde pública brasileira, por exemplo, é considerada uma *instituição* no sentido de que se caracteriza como uma rede de processos sociais interligados, que possui um conjunto de *textos* expressos a partir das normas, diretrizes e princípios que a regem, concepções de saúde e doença, papéis atribuídos a cada profissional, entre outros aspectos que perpassam as ações e práticas cotidianas no campo da saúde.

As *instituições* geram poder através da coordenação entre os *textos*. Estes constituem e regulam as ações das pessoas e também as formas específicas de controlar e mobilizar o trabalho dos outros (Smith, 2005). A EI parte do princípio de que as *instituições* são uma das principais forças que organizam e determinam as práticas da vida cotidiana.

Nesse sentido, os *textos* e as *instituições* estão permeados pelas *relações normatizadoras* que se fundamentam na concepção de relações de poder (Foucault, 1979). Campbell e Gregor (2002) se baseiam no princípio de que toda relação social pressupõe o exercício do poder de maneira que um discurso vai se sobrepor a outro dependendo da força simbólica desse discurso. As pessoas também ativam os *textos* para dar respaldo às suas ações, inclusive no exercício do poder (Campbell & Gregor, 2002).

Ou seja, as *relações normatizadoras* mediam as ações humanas, que tendem a seguir este ou aquele discurso. O poder, portanto, é mais do que um conceito, é uma relação entre as pessoas e grupos nos quais as desigualdades se originam e se expressam em ações direcionadas a um determinado ponto.

Assim, a ideia central da EI é explicitar, através da análise dos *textos* do cotidiano e das práticas sociais realizadas, como as pessoas vão construindo sua realidade social, agindo e reagindo conforme essas construções. Essas construções

ajudam a explicitar a rede de significados e os diferentes caminhos que as pessoas utilizam para dar sentido ao mundo e também para nortear suas práticas cotidianas. O que os indivíduos fazem e como fazem não são frutos do acaso, mas de toda uma rede interrelacional em que sentidos, normas, valores, discursos institucionalizados e relações de poder são ativados ou desativados de acordo com o contexto da interação em questão.

A EI problematiza e analisa essas relações sociais no contexto da experiência cotidiana, examinando como a subjetividade, os *textos* e os discursos translocais, construídos em diferentes contextos e que se fazem presentes nas narrativas locais, coordenam as ações das pessoas em um contexto específico. Nessa perspectiva, a EI busca desvelar/explicitar a rede de relações sociais em determinado contexto, bem como explicar como os processos institucionais são incorporados nas experiências cotidianas das pessoas (Kirkham, 2003). Busca-se então investigar o cotidiano em profundidade – seja como as pessoas elaboram seus discursos a partir das materialidades do contexto – seja como suas ações são perpassadas pelas práticas dos outros, dos *textos* e das *relações normatizadoras*.

Ao trabalhar com essa abordagem, o pesquisador deve estar imerso no contexto pesquisado, pois para compreender os *textos* e as práticas institucionais, é preciso participar do cotidiano das pessoas que lá vivem. O objetivo é desvelar o que está acontecendo em determinada situação, em determinado contexto de maneira bem fundamentada. Nesse sentido, a leitura e a análise do material dificilmente serão isentas dos valores e crenças do pesquisador. Sendo assim, destaca-se a importância de considerar essa dinâmica através do processo de reflexividade.

Para Spink (1999), a reflexividade é um dos critérios importantes para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa e se refere ao processo de refletir sobre as

ideias e valores presentes no ato de pesquisar. Nesse sentido, faz-se necessário colocar em questão as diferentes concepções e sentimentos que emergem no momento das observações, das entrevistas, das conversas informais, para evitar, ao máximo, conclusões apressadas e julgamentos.

Ao mapear as práticas e os *textos* presentes no contexto institucional, o pesquisador também precisa explicitar as conexões presentes entre esses fenômenos. Não só analisar os *textos*, mas também compreender como se interrelacionam com outros *textos* e como se concretizam nas ações cotidianas.

Mais especificamente no caso da presente pesquisa, o objetivo central é compreender os meandros que regem as relações sociais entre a instituição, os trabalhadores em saúde e as pessoas em sofrimento psicológico, tal como a queixa de *nervos*, considerando as práticas de intervenção desenvolvidas, o próprio trabalho em saúde e as estratégias da Atenção Básica em saúde mental.

1.2. O percurso da pesquisa

A fim de atingir os objetivos propostos a partir dos pressupostos teórico-metodológicos já explicitados, foi realizada uma análise em profundidade das práticas de saúde desenvolvidas diante de queixas de *nervos*. Nesse trabalho, a pesquisa teve como campo central de investigação os serviços de Atenção Básica no município de Natal/RN. O caminho percorrido foi em parte planejado, em parte desvelado a partir das próprias visitas e conversações que apontaram novos contextos a serem visitados.

Essa flexibilidade no planejamento metodológico está em coerência com os princípios da EI. Esta indica atenção às novas situações as quais vão emergindo nesse processo dinâmico de construção do conhecimento. A fim de atingir os objetivos

propostos no trabalho, foram realizadas visitas, conversas informais, observações e entrevistas. As visitas se constituíram como um momento de estabelecer vínculos, conhecer as pessoas e o serviço, buscar entender melhor suas dificuldades e realizar conversas informais sobre o tema.

Para DeVault e McCoy (2002), a entrevista é um processo reflexivo e dialógico, que possibilita construção de conhecimento sobre o tema em questão. Por esse motivo, é uma ferramenta metodológica fundamental para a EI, não só por proporcionar dados, mas também por criar um espaço de reflexão para o pesquisador e para os participantes. Nesse intuito, foram realizadas entrevistas com alguns trabalhadores de saúde com o objetivo de compreender melhor sua dinâmica de trabalho e como se posicionam diante do sofrimento psicológico. As conversas informais também foram importantes porque geraram um espaço mais descontraído onde os participantes puderam falar livremente sobre o que fazem, como fazem e como se sentem diante daquelas atividades. A partir das conversas informais foi possível identificar temas relevantes para o processo da pesquisa (descritos na figura 01).

Durante o processo da pesquisa, duas situações foram especialmente importantes para a compreensão das práticas de cuidado às queixas de *nervos*: a participação nas reuniões de apoio matricial em um determinado contexto e a realização de oficinas em saúde mental com a participação dos trabalhadores de saúde em outro contexto.

Na figura abaixo, destacam-se os temas observados e analisados em cada estratégia:

VISITAS E OBSERVAÇÃO	CONVERSAS INFORMAIS	ENTREVISTAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Espaço físico da Unidade 2. Atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde 3. Número de equipes de PSF 4. Circulação da equipe e dos usuários 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrição das atividades realizadas na Unidade 2. Frequência de pessoas com queixas de <i>nervos</i> e similares 3. O atendimento aos usuários com essas queixas 4. Principais dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho 5. Conhecimento sobre a atenção básica em saúde mental 6. Necessidades e demandas do trabalho que realiza 	Roteiro em anexo (Anexo 1)

Figura 01 – Estratégias de pesquisa e temas trabalhados.

Nesse sentido, foram realizadas visitas em seis (06) Unidades de Saúde com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Destas, três (03) são exclusivamente Unidades de Saúde da Família (USF) e, portanto, não possuem psicólogos; duas (02) se caracterizam por serem Unidades Básicas com equipes ESF, mas com a presença de outros profissionais e a outra é uma Unidade Mista, com equipes ESF, ambulatório de especialidades, incluindo a psicologia, e pronto atendimento. A fim de manter o sigilo sobre as Unidades visitadas, foi escolhido o termo “contexto” para designá-las durante o processo de análise. Dessa maneira, cada contexto será designado por uma letra do alfabeto:

Contexto A – 06 equipes ESF
Contexto B – 03 equipes ESF
Contexto C – 04 equipes ESF
Contexto D – 02 equipes ESF
Contexto E – 02 equipes ESF
Contexto F – 02 equipes ESF

Figura 02 – Contextos da pesquisa

Os contextos visitados se distribuem em três distritos sanitários do município de Natal/RN: Distrito Sanitário Norte I, Distrito Sanitário Leste e Distrito Sanitário Oeste. O Distrito Sanitário Sul não possui equipes ESF. Além de equipes ESF, os

supracitados contextos têm em comum o fato de estarem localizados em bairros reconhecidamente caracterizados por uma população com baixo poder aquisitivo.

Os primeiros contatos institucionais foram realizados em maio/2007 com a direção do contexto B, tendo sido permitida a realização da pesquisa junto aos trabalhadores em saúde e usuários da mesma. No mesmo período, os resultados da pesquisa do Mestrado (Medeiros, 2003) foram apresentados aos trabalhadores do citado contexto e também do contexto A, proporcionando um momento de discussão sobre o tema do trabalho. O perfil de trabalho da nova pesquisa também foi apresentado a fim de suscitar interesse pelo tema na equipe.

Nas primeiras visitas realizadas ao contexto B, foi combinado com a direção da Unidade um espaço de apoio e acolhimento aos usuários com queixas de *nervos* como uma forma de colaborar com o serviço, bem como permitir uma maior inserção no cotidiano da Unidade. Dessa maneira, foi possível realizar conversas informais e observações do cotidiano do trabalho. Nesse meio tempo, foi realizado também o primeiro contato com a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) onde através de conversas informais e entrevista com a coordenadora em exercício, foi possível compreender em linhas gerais como funciona a atual rede de atenção à saúde mental do município.

Houve participação em uma reunião realizada pela Coordenação de Saúde Mental sobre a implantação do apoio matricial, estratégia a ser utilizada na Atenção Básica para fortalecer os cuidados à saúde mental nesse nível da Atenção. Essa reunião foi realizada em junho/2008 e contou com a participação de trabalhadores de um dos Distritos Sanitários do município, contexto inicial da implantação do apoio matricial de acordo com a agenda de trabalho da Coordenação.

Nesse sentido, foi feito o contato com o contexto D (USF) onde foi possível participar de sessões de terapia comunitária realizadas pela psicóloga (lotada no Centro de Saúde do bairro) e reuniões de apoio matricial mediada pela mesma psicóloga, com a participação dos trabalhadores do citado contexto. Embora essa profissional fosse lotada no Centro de Saúde, as reuniões do apoio matricial e as sessões de terapia comunitária ocorreram no próprio contexto D. Além disso, foi possível participar de uma reunião de apoio matricial no contexto E, além da Jornada de Saúde de um dos distritos sanitários do município em agosto/2008.

Na reunião de junho/2008, foi feito contato com outra psicóloga que realiza apoio matricial no contexto F, com quem foi realizada uma entrevista, embora ela trabalhe em um ambulatório de saúde mental. Oportunamente, foi realizada uma visita ao contexto F, onde foi possível conversar informalmente com uma enfermeira da ESF sobre o trabalho, a ESF e os cuidados às queixas de sofrimento psicológico e *nervos*.

Em relação ao contexto C, a gestora solicitou, durante a primeira visita realizada, um trabalho sobre saúde mental como contrapartida pela participação no processo da pesquisa de campo. Dessa maneira, foi elaborado um roteiro com temas pertinentes ao campo da saúde mental para ser trabalhado junto com os trabalhadores da Unidade. Esse trabalho foi denominado de “rodas de conversa em saúde mental”, tendo sido realizados 06 encontros no período de julho a outubro/2009. Durante os encontros, foi possível registrar o cotidiano de trabalho, as dificuldades em relação ao campo da saúde mental e as ações realizadas pelos trabalhadores diante de casos de *nervos* e problemas de saúde mental em geral.

Em seguida, um resumo das ações realizadas:

CONTEXTO	VISITAS	CONVERSAS INFORMAIS	ENTREVISTAS	OBSERVAÇÕES
A	04 visitas	02 usuários 02 médicos 03 agentes de saúde 01 enfermeira	01 psicóloga 01 médico em conjunto com 01 enfermeira Gestor	
B	12 visitas	01 Auxiliar de Enfermagem 03 agentes de saúde 01 médica 03 dentistas Gestor		Nesse contexto, foi realizado atendimento psicológico sob a forma de acolhimento aos usuários durante 02 meses.
C	10 visitas	Gestor 01 médico Agentes de saúde		Realização de “Rodas de conversa em saúde mental” – 06 encontros
D	13 visitas	Agentes de saúde 02 enfermeiras 01 dentista	01 dentista 04 agentes de saúde 02 enfermeiras	Participação em 08 reuniões de apoio matricial e 02 encontros de terapia comunitária
E	01 visita			Participação em 01 reunião de apoio matricial
F	01 visita	01 enfermeira		
Coordenação de Saúde Mental – SMS – Natal/RN	03 visitas	Coordenadora de saúde mental	Coordenadora de saúde mental	
Ambulatório de Saúde mental	01 visita		Psicóloga	Faz apoio matricial no contexto F.

Figura 03 – Participantes da pesquisa

Os motivos para a escolha dos contextos participantes no processo da pesquisa estão em função dos objetivos do trabalho. O primeiro critério se deu a partir da

presença de equipes ESF nas unidades de saúde. Nesse sentido, todos os contextos atendem a esse critério.

O segundo critério partiu da acessibilidade ao contexto, isto é, do conhecimento prévio acerca das demandas da Unidade e da disponibilidade em participar do processo da pesquisa, tais como os contextos A e B. O terceiro e último critério, que surgiu no decorrer do processo de pesquisa de campo, considerou a presença de ações reconhecidas de saúde mental como apoio matricial e terapia comunitária. Assim, os contextos C, D, E e F se coadunam a esse critério.

As primeiras visitas aos contextos em questão se caracterizaram principalmente pela apresentação do projeto de pesquisa e a solicitação de permissão para realização do trabalho. Tendo obtido a permissão por parte do gestor da Unidade, foi combinada a dinâmica das visitas aos contextos, com um diário de campo para anotações sobre as conversas informais, bem como um registro sistemático gravado, sempre que possível, das entrevistas. Essas observações *in loco* visam a compreensão da dinâmica cotidiana de trabalho, a escuta dos trabalhadores e o entendimento de toda a rede de interlocuções e narrativas que perpassam as práticas de saúde nesse contexto específico.

Os trabalhadores de saúde foram convidados a participar de entrevistas que foram gravadas mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente aprovado pelo Comitê de Ética/HUOL (CEP/HUOL Parecer 056/07).

1.3. A análise do material

Na EI, a principal meta da análise é permitir uma maior compreensão sobre as atividades cotidianas das pessoas. A ideia é dar visibilidade às relações sociais que se desenvolvem no cotidiano da instituição, explicitar as relações de poder e explicar como

e por que essas relações acontecem do jeito que acontecem. Em termos teóricos, a análise em EI focaliza a explicação das *relações normatizadoras* que organizam e coordenam a experiência local dos informantes (Campbell & Gregor, 2002).

Para a EI, o caminho da análise tende a ser flexível, sendo possível usar diferentes técnicas para se chegar aos objetivos propostos (Campbell & Gregor, 2002). Nesse sentido, o desenvolvimento teórico das práticas discursivas proposto por Spink (1999) e as propostas de análise crítica do discurso de Willig (2001), Locke (2004) e Phillips e Hardy (2002) contribuíram para nortear o processo de análise do material construído nos diferentes contextos pesquisados. Isso porque, em primeiro lugar, são abordagens que consideram o cotidiano como “discursivamente organizado”, ou seja, enfatizam o papel da linguagem na organização das ideias, representações e do universo simbólico presente nas relações interpessoais e institucionais (Campbell & Gregor, 2002). Em segundo, porque essas perspectivas em sua vertente crítica buscam analisar a questão do poder: como o poder é reproduzido e legitimado pela fala e pelos *textos* dos grupos dominantes ou instituições.

Inicialmente, o trabalho de análise se deteve na leitura e releitura das entrevistas transcritas e do diário de campo que contém anotações sobre as visitas e conversas informais de cada contexto. Todo o material foi lido exaustivamente de forma a trabalhar como em um mapa, prestando atenção aos “insights” que emergiram nesses momentos de leitura e reflexão (Campbell & Gregor, 2002). Essa atitude coincide com o que Spink e Menegon (1999) denominam de reflexividade do processo de análise, importante para dar sustentação epistemológica e metodológica ao material encontrado.

A segunda etapa do processo de análise consistiu em identificar as construções discursivas, ou seja, os temas apresentados no material que se relacionam com os objetivos da pesquisa (Willig, 2001).

A terceira etapa consistiu em identificar a orientação para a ação, ou seja, o que o discurso está fazendo (Willig, 2001). Isso significa dizer que as pessoas não só “dizem” com o discurso, mas também indicam sua intencionalidade mesmo que não reflitam sobre isso. A quarta e última etapa consistiu em analisar o posicionamento, considerado como um processo fluido, que determina as ações sociais. Considera-se que as pessoas assumem determinado posicionamento diante de quaisquer situações do cotidiano (Locke, 2004; Willig, 2001). Dessa maneira, é possível também identificar as relações de poder e dominação presentes na dinâmica de trabalho dos participantes da pesquisa.

A partir dos passos acima citados, foi possível identificar a organização do contexto institucional permeados pelos *textos*, *relações normatizadoras* e o posicionamento dos trabalhadores de saúde, usando como pontos de conexão e análise os estudos bibliográficos e a análise dos documentos oficiais sobre atenção básica, ESF e atenção básica em saúde mental.

II. OS DIVERSOS OLHARES SOBRE O PROBLEMA DOS *NERVOS*

*A dor, fonte lustral, donde somos oriundos,
Eixo em torno do qual giram todos os mundos
(Rosalina Coelho Lisboa)*

Nervos ou “doença dos nervos” tem, nos últimos anos, suscitado pesquisas no campo da antropologia, da sociologia e também da psicologia, tanto no Brasil quanto no exterior. Os estudos de Duarte (1986), Costa (1987), Davis e Low (1989), Migliore (1993; 1994), Gomes e Rozemberg (2000), Silveira (2000), Dutra, Jorge, Fensterseifer e Areosa (2006) e Fonseca (2008) são exemplos de como esse termo é comum em muitas culturas e passível de interesse em diversas áreas.

No entanto, no campo da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, situações de nervoso e mal-estar psicológico continuam trazendo certo incômodo para os trabalhadores de saúde, pois a maioria tem dificuldade em lidar com essas expressões populares que as pessoas usam para denominar seus diferentes tipos de sofrimento.

O termo *nervos* é considerado como transtorno menor ou transtorno comum de saúde mental (Maragno, Goldbaun, Gianini, Novaes & César, 2006). Contudo, ainda há pouca compreensão sobre esse fenômeno, sobretudo no campo da psicologia, na saúde pública e até mesmo na área da saúde mental (Fonseca, 2008). Em geral, as pessoas com essas queixas incomodam a rotina dos serviços de saúde, principalmente quando a equipe trabalha sob uma perspectiva biomédica, centrada na doença e no diagnóstico clínico.

Duarte (1986), Gomes e Rozemberg (2000), Silveira (2000) e Fonseca (2008) apontam ainda que as pessoas que sofrem dos *nervos* geralmente se encontram nos grupos mais oprimidos da sociedade capitalista: na maioria dos casos são mulheres

vivendo, em geral, em precárias condições socioeconômicas, e com baixo nível socioeducativo. Estas pessoas sofrem também com os problemas relacionados ao gênero, tais como a violência doméstica e as iniquidades sociais entre homens e mulheres.

Os principais sintomas citados pelas pessoas com esse tipo de queixa são tonturas, palpitações, tremores, nervosismo, agonia, angústia, aperto no peito, insônia, falta de apetite, tristeza, dores generalizadas, cefaléias (Medeiros, 2003; Traverso-Yépez & Medeiros, 2005). Estes sintomas normalmente chamam a atenção, mobilizam o grupo social nos quais essas pessoas estão inseridas e demandam algum tipo de cuidado quase que imediato.

Nos momentos de crise, o sofrimento é geralmente descrito como um descontrole, um momento em que a pessoa não consegue dar conta de si mesma, precisando da ajuda de outros para sair da situação. E se esse outro é justamente aquele que oprime, como um marido violento, manter-se em crise resulta em um momento de relativa suspensão da situação de opressão.

Mesmo que haja algum ganho secundário, a pessoa com *nervos*, além de sofrer com os próprios sintomas, sofre também com o preconceito e outros sentimentos suscitados nas pessoas que as rodeiam porque, em geral, *nervos* têm um caráter difuso, instável e inconstante. Isso traz uma desorganização momentânea na rotina da pessoa, um senso de falta de coerência consigo mesma, e, ao mesmo tempo, a busca em encontrar uma causa e uma explicação concreta para esse sofrimento (Medeiros, 2003; Silveira, 2000).

Por esse motivo, *nervos* não pode ser categorizada ou classificada como uma doença de acordo aos critérios médicos tradicionais ou mesmo como um transtorno mental, mas como um modo de expressão da ordem do subjetivo, como uma metáfora

de que algo não vai bem com aquela pessoa. A fim de se compreender melhor a amplitude da queixa de *nervos*, há algumas perspectivas de explicação desse sofrimento. A seguir, cada uma delas será analisada mais detidamente.

A primeira delas considera a ideia de *nervos* como sofrimento incorporado e parte de uma análise acerca do corpo na sociedade ocidental. Essa análise aponta para o processo disciplinar que vai limitar as expressões da subjetividade em função dos valores culturais de cada época. A segunda perspectiva parte de análises antropológicas que consideram o nervoso como uma expressão metafórica do “*distress*” ou sofrimento psicológico com um código cultural singular, próprio do contexto dos setores de baixa renda e com menor índice de escolaridade. Em uma terceira perspectiva, analisa-se a medicalização, característica primordial do modelo médico capitalista, que contribui para que o sofrimento da vida cotidiana seja transformado em patologia.

Para finalizar esse capítulo, será desenvolvida ainda uma análise sobre os determinantes sociais da saúde e suas relações com o campo da saúde mental. Pretende-se apontar como as condições de vida da pessoa e da família nos setores sociais de baixo poder aquisitivo e limitados recursos psicossociais afetam a saúde e dificultam a saída da situação de opressão. Nesse sentido, *nervos* acaba sendo um caminho “viável” para expressar um sofrimento advindo da revolta, da falta de perspectivas, da exclusão e desqualificação social, da sobrecarga decorrente dos inúmeros papéis sociais (pai/mãe, esposo/a, dono/a de casa, etc.). É também, uma tentativa frágil, mas ao mesmo tempo coerente com o sistema, de amenizar as amarras das desigualdades e as dificuldades do cotidiano.

Essas perspectivas partem de diferentes pressupostos epistemológicos para analisar esse fenômeno denominado de *nervos*. Ainda assim, fica claro que tais

concepções dificilmente serão suficientes para abarcar toda a polissemia e complexidade do termo.

2.1. *Nervos* como sofrimento incorporado: contextualizando os significados do corpo na sociedade ocidental

Os sintomas relatados pelas pessoas que afirmam sofrer dos *nervos* são geralmente expressos no corpo e com o corpo de maneira muito peculiar. Apesar de usarem o mesmo termo, esses sintomas variam de pessoa para pessoa. Por esse motivo, será útil adotar aqui a ideia de Moss e Dick (2003) sobre a dimensão discursiva e a dimensão material do corpo. Para as autoras, a dimensão discursiva inclui as ideias, os pensamentos, as imagens e os textos sobre o corpo. Já a dimensão material se refere aos processos biológicos e fisiológicos, no caso, os sinais e sintomas sentidos pela pessoa.

Assim, uma pessoa com uma doença é reconhecida socialmente quando ambas as dimensões são reconhecidas e legitimadas: no caso da dimensão material, quando se reconhece sua existência através dos sinais e sintomas e, na dimensão discursiva, quando esses sintomas formam parte de um discurso legitimado socialmente. O diagnóstico médico, por exemplo, contribui para a legitimação tanto material quanto discursiva de uma doença porque se constitui em um texto oficial que categoriza e descreve os sintomas reconhecidos socialmente (Moss & Dick, 2003).

Nessa perspectiva, as queixas mais difusas tais como o nervoso podem não ter essa possibilidade de harmonia e consonância entre as dimensões material e discursiva, pois a pessoa pode apresentar vários sintomas que não correspondem necessariamente aos critérios presentes nos manuais diagnósticos. Dessa maneira, a dimensão material está presente sob a forma dos sintomas e expressões do sofrimento no corpo, todavia a

dimensão discursiva não é válida, pois a pessoa não encontra total aceitação social do seu sofrimento. Para isso, ela precisa ir adequando discursivamente o seu sofrimento subjetivo às categorias conhecidas e reconhecidas para que sua doença seja legitimada socialmente.

As normas sociais sobre a saúde e a doença também ajudam a legitimar certos tipos de sofrimento e a desvalorizar outros, dependendo do contexto social e histórico em que os discursos sobre o tema se inserem. Isso porque, parte-se do pressuposto que as crenças de saúde, doença, bem-estar são construídas socialmente, isto é, a maneira de sentir e expressar o sofrimento também é um produto da cultura (Freund, McGuire & Podhurst, 2003). No intuito de compreender melhor essa questão da legitimidade social da doença e do sofrimento e da desvalorização discursiva de outras formas de expressão, a presente discussão faz uma análise a partir do processo civilizador de Elias (1994) e das concepções de Foucault (1984; 1985; 1988) sobre o corpo na sociedade ocidental.

Na discussão sobre o processo civilizador no Ocidente, Elias (1994) aponta que desde os primórdios da humanidade há, nos diferentes grupos sociais, uma preocupação em estabelecer normas de conduta e regras de comportamento nos usos do corpo. Sua pesquisa inicia-se com mais ênfase na Idade Média por haver maior volume de informações e dados sobre o assunto. Nesse período e, logo depois, na transição para a Idade Moderna, as normas sociais que regulam os usos do corpo se tornam delimitadores entre as classes sociais. No período medieval, o padrão aceitável de comportamento se inicia geralmente nos estratos mais altos da sociedade sendo logo difundido para as classes consideradas inferiores que passam a usar o mesmo padrão.

De uma maneira geral, os costumes medievais normalmente expressavam relações sociais caracterizadas pela proximidade física entre as pessoas. A tendência era

morar em casas conjugadas e abertas para o exterior do pátio do castelo, não havendo maior diferença entre o público e o privado. Igualmente existia pouca preocupação com os dualismos tão comuns da era moderna: sujo-limpo, saudável-doente, havendo um amálgama entre pessoas, animais e moradias (Rodrigues, 1999). Isso em parte se devia à necessidade de se proteger contra as invasões constantes de outros povos, então, as pessoas viviam “encasteladas”, compartilhando ambiente, comida e bebida:

As pessoas que comiam juntas na maneira costumeira na Idade Média, pegando a carne com os dedos na mesma travessa, bebendo vinho no mesmo cálice, tomando a sopa na mesma sopeira ou no prato fundo (...) – essas pessoas tinham entre si relações diferentes das que hoje vivemos (Elias, 1994, p.82).

Os valores de decência e moralidade tão presentes na modernidade não faziam parte do repertório dos usos do corpo nesse período. Na verdade, sob o olhar da modernidade, o corpo medieval era um corpo público no sentido de que ainda não havia a preocupação, nem o interesse em resguardá-lo do olhar do outro. As funções corporais eram tidas como naturais e as pessoas podiam delas usufruir em qualquer tempo e lugar. Ao mesmo tempo, pela influência da religião cristã, o corpo também tinha um quê de sagrado. Invadi-lo, por exemplo, na forma de dissecação era considerado um pecado.

O corpo medieval não era um mero revelador da alma: era o lugar simbólico em que se constituía a própria condição humana (Rodrigues, 1999, p.56).

Na Europa, a partir do século XVI, cresce uma maior atenção ao corpo, surgindo a preocupação pela apresentação e os cuidados pessoais (Rodrigues, 1999). Diante do gradual desenvolvimento da concepção moderna de indivíduo (Figueiredo, 1991; 2004) passa, a fazer parte do cotidiano o pudor e a culpa, principalmente com relação ao

corpo. Essa modificação de sentimentos e comportamentos relacionados ao corpo e suas necessidades acaba se institucionalizando de uma forma tal que hoje é muito “natural” não falar de “certos” assuntos tais como as excreções. Aumenta também o sentimento de intimidade do casal, de se resguardar diante de outros, de manter no âmbito do privado as principais funções corporais, incluindo a sexualidade.

Inicia-se assim um maior controle social sobre o comportamento das pessoas e sobre suas funções corporais. O corpo vai gradualmente sendo disciplinado pelo novo *Zeitgeist* que caracteriza o período moderno: o movimento renascentista com a mudança de visão teocêntrica para a antropocêntrica; a ideologia liberal com a ideia de liberdade e responsabilidade de cada pessoa por sua própria vida; o nascimento da ciência moderna com o foco na racionalidade; e o modo de produção capitalista que privilegia o corpo como instrumento de trabalho.

Esses movimentos não são estanques e de alguma maneira contribuem para a construção de um novo *modus operandi* do corpo. De um lado, um corpo que pode ser estudado detalhadamente através da anatomia e da fisiologia. De outro, um corpo que vai adquirindo um valor de uso, uma funcionalidade tanto no que diz respeito ao modo de produção quando funciona como instrumento de trabalho, quanto na conquista de status social quando suas expressões físicas - a dimensão material - se coadunam aos padrões esperados naquele lugar e época.

Assim, os costumes medievais, que se caracterizavam pela cortesia e pela relação fisicamente mais próxima com o outro, vão paulatinamente dando lugar ao processo de individualização típico da Idade Moderna que Elias (1994) denomina de *civilité*. A ideia de *civilité* está relacionada com o conceito de civilidade, isto é, aquilo que diferencia uma pessoa bem educada e polida (*politesse*) de outra considerada grosseira. Influenciada pela ideologia liberal, há uma maior diferenciação entre as

pessoas no sentido da individualização do sujeito, bem como um maior controle das emoções em função do pensamento racionalista que vai se constituindo ao longo da modernidade.

Para Costa (1999), o corpo foi sendo disciplinado pelas normas higiênicas e também pelos acontecimentos e os novos valores que promoveram a chegada da Idade Moderna. O científico, o objetivo e o comprovado faziam parte desses novos valores que restringiram as manifestações de espontaneidade e alegria dos quais o corpo participava intensamente. O movimento higienista, preconizado pela medicina, é considerado como um dispositivo disciplinar que contribuiu para o maior controle social no advento da Idade Moderna.

Esse movimento caracteriza-se pelo aumento do interesse da medicina nos cuidados à saúde através da instituição de normas higiênicas, da responsabilização das famílias pela saúde de seus pares e da entrada do médico na família como aquele que vai orientar e fiscalizar as práticas de saúde. Através das normas e da ordem médica, o corpo, o sexo e as relações afetivas são usados como “meio de manutenção e reprodução da ordem social burguesa” (Costa, 1999, p.16).

No contexto brasileiro, Costa (1999) mostra como o advento do movimento higienista e da medicina familiar provocou profundas mudanças na família colonial que passa a assimilar os padrões de higiene e limpeza da burguesia europeia. A família passa a ser controlada pelos princípios higienistas, pois “na família higiênica, pais e filhos vão aprender a conservar a vida para poder colocá-la a serviço da nação” (Costa, 1999, p.173). Essa afirmação mostra um tipo de discurso implícito na medicina higiênica: cuidar da saúde ou restabelecê-la para manter a produtividade e ainda disciplinar os corpos para servir aos interesses do Estado.

Outra dimensão a ser disciplinada era a alimentação dos membros da família. Disseminando o melhor tipo de alimentação, a medicina buscava “criar um corpo adulto, cuja força e vitalidade fossem prova do sucesso higiênico” (Costa, 1999, p.179). Segundo esse autor, o objetivo de toda essa normatização era preparar o cidadão para ser subserviente ao Estado saindo do jugo do pai para o jugo da norma médica e dos interesses do capital. A típica classe média floresce nesse contexto onde as regras de etiqueta, as normas de comportamento, a divisão de classes e o fortalecimento da família nuclear modificam o padrão cultural da época.

Começa nesse período a construção de um discurso moral que passa a fazer parte do cotidiano das famílias. Um discurso que prescreve normas e valores para que a pessoa seja aceita em seu meio social. Foucault (1984) discute a construção de um *ethos* sexual no período clássico e que se assemelha com a moral cristã que prescreve, em síntese, um controle dos corpos e dos impulsos.

O discurso que reprimia a sexualidade era o mesmo que instigava sua confissão, ou seja, era preciso falar dos diferentes modos de vivenciar essa sexualidade para que a partir desse conhecimento, fossem feitas as categorizações e classificações acerca do comportamento sexual. Desse modo, os discursos normatizadores acerca da sexualidade estão pautados na afirmação sobre o que é normal e o que é patológico e na elaboração de terapêuticas para “corrigir” os desvios e até mesmo aumentar e aprimorar o desempenho sexual (Foucault, 1985).

No caso da saúde e da doença, as instituições como escolas e o próprio discurso médico contribuem para a disseminação de regras de conduta para um maior cuidado de si. Para isso, o processo saúde-doença é o pano de fundo para encobrir o verdadeiro objetivo que era o controle do Estado sobre as famílias (Costa, 1999). O discurso higiênico é justamente uma maneira de institucionalizar comportamentos que visavam à

manutenção da saúde, do controle das doenças e a condenação à vida desregrada, pervertida e promíscua.

Os discursos sobre corpo, saúde e doença foram se constituindo a partir do que Luz (2004) denominou de racionalidade moderna. Os avanços da fisiologia e da anatomia permitiram uma compreensão aprofundada sobre o funcionamento do corpo estimulando o uso de termos advindos da física, sobretudo da mecânica, para designar os diferentes sistemas orgânicos. O mecanicismo, portanto, foi a matriz pela qual o corpo começou a ser compreendido a partir do século XIX, tendo maior ênfase no campo da medicina que fortaleceu a noção de que o corpo é o principal *locus* das doenças sendo, portanto, o principal foco de atenção da medicina moderna. O corpo passa a ter um sentido no mundo moderno que perpassa pelas questões mecanicistas e também biomédicas.

Mais especificamente no caso do sofrimento psicológico e do nervoso, MacLachlan (2004) traz o conceito de incorporação¹ ou corporalidade como sendo “a identificação de uma ideia abstrata com uma entidade física” (p.02). É como se a pessoa “encarnasse” as concepções, valores e sentimentos *no* e *através* do seu corpo. Este expressa o que se passa com a pessoa, aquilo que ela acredita, além dos seus desejos e necessidades.

O conceito de corporalidade também se refere às inscrições sociais e culturais que são vivenciadas e experienciadas no corpo, é o corpo como vivido (Moss & Dick, 2003). Seria o entrelaçamento da dimensão discursiva e material, formando um amálgama onde não é possível diferenciar o físico do abstrato. O sofrimento estaria, portanto, incorporado na pessoa tanto em sua dimensão material quanto em sua dimensão discursiva, sendo, inclusive, perpassado pelos modos de subjetivação.

¹ *Embodiment* no original.

As concepções da pessoa sobre sua vida e suas expectativas são incorporadas, ou seja, fazem parte de sua maneira de se expressar no mundo. Os sintomas podem expressar uma história de desespero que não pode ser descrita com palavras, mas pode ser observada na maneira como a pessoa a expressa através das queixas físicas e dos sentimentos. A tentativa em se fazer compreender em toda sua dor faz o indivíduo buscar palavras e expressões socialmente reconhecidas, descrições metafóricas e outras figuras de linguagem para minimamente tentar dar conta da experiência.

Essa noção de sofrimento incorporado pode até ser compreendida como uma somatização, fenômeno estudado pela medicina psicossomática cuja ideia central é a de que a maioria das doenças tem uma causa emocional (Mello Filho, 1992). A explicação mais geral é que as doenças ditas orgânicas tais como hipertensão, cardiopatias, câncer, entre outras, são causadas pelo estresse, pela angústia e outros problemas psicológicos que contribuem para a diminuição do sistema imunológico e assim, possibilitam o desenvolvimento da doença. No entanto, a concepção de incorporação vai além da experiência somática no sentido de que esta, em geral, se restringe a uma relação causa-efeito. Isso porque, na experiência somática, de um lado, predomina a compreensão de que questões psíquicas desencadeiam reações orgânicas, e de outro, que as modificações corporais contribuem para as sensações e emoções que levam à doença e à exacerbação do sofrimento.

MacLachlan (2004) aponta ainda que as pessoas tendem a ter sintomas significativos, relacionados com a experiência emocional e psicológica do seu sofrimento de maneira que os sintomas físicos podem ser uma metáfora daquilo que a pessoa está experienciando. Ou seja, o sofrimento se manifesta no corpo porque este é a entidade material do ser humano tendo, portanto, um significado para a pessoa. O autor exemplifica sua ideia com estudos que mostram que até mesmo os órgãos atingidos

pelas doenças têm um significado na história da pessoa. Ter o “coração partido”, por exemplo, é uma metáfora do sofrimento causado pela perda, pela frustração ou tristeza. Muitas pessoas podem desenvolver problemas cardíacos a partir desse sofrimento intenso que culturalmente encontra *lugar* no coração.

A compreensão de *nervos* como um sofrimento incorporado é compartilhada por Finkler (1989), que considera um problema perpassado pelas precárias condições de vida e pelas preocupações do cotidiano, sendo corporificado e transformado em um sofrimento sentido e percebido como físico. É um sofrimento da existência que se torna concreto no corpo e se expressa através dos inúmeros sintomas multiformes.

Escrevendo sobre sua própria experiência de sofrimento, Selli (2007) coloca que a dor e o sofrimento são entidades diferentes, no sentido de que a dor, geralmente física, pode ser minimizada com medicamentos. Mas, no caso do sofrimento, a autora afirma que “o sofrimento é mais global do que a dor, diria pela minha vivência, que atinge o âmago, a vida na sua plenitude” (p.298).

Fica claro que termos como vivência, âmago, vida e plenitude fazem parte do vocabulário do sofrimento e essas são categorias subjetivas que dizem respeito à maneira como a pessoa concebe sua experiência de sofrimento. Essa experiência é expressa no e através do corpo, tendo diferentes significados em função do contexto sociocultural. Isto é, a partir dos processos de geração de sentidos atribuídos ao corpo, à mente, à saúde e ao sofrimento, as pessoas vão construindo os discursos e os modos de ser e viver com o sofrimento e os vários aspectos de sua vida.

A partir dessa discussão, é possível tecer algumas considerações acerca da relação entre sofrimento psicológico e corpo: 1) o processo disciplinar do corpo, controlado através da higiene e das normas médicas, para servir aos interesses da classe dominante e do Estado, contribui para a perspectiva de que o sofrimento deve ser

controlado e eliminado para que a pessoa continue inserida no processo produtivo; 2) a secundarização do corpo em relação à importância dada à dimensão racional/mental na sociedade contemporânea contribui para que alguns modos de expressão desse sofrimento sejam mais valorizados do que outros; e 3) a incorporação ou personificação do sofrimento modelado pelos ditames da sociedade faz com que as pessoas busquem explicar suas sensações através de conceitos e discursos socialmente aceitáveis. Nessa perspectiva, a saúde e a doença são experienciadas também a partir das diferentes dimensões sociais e culturais presentes na ideia de “corpo”.

2.2. Nervos como expressão sociocultural da experiência do sofrimento

As diferentes maneiras encontradas pelas pessoas de expressar sentimentos de mal-estar e/ou sofrimento têm chamado a atenção de teóricos de diferentes áreas do conhecimento, principalmente da antropologia. Em geral, os antropólogos buscam entender como as atitudes e comportamentos se constituem em função das crenças, valores e do universo simbólico presente na cultura e na vida das pessoas (Minayo, 1998). No caso específico dos sentimentos de mal-estar e sofrimento, tem-se uma variedade de termos, concepções e ideias que englobam essas experiências e que variam de acordo ao contexto histórico e social de cada época.

Chiliques, histeria, hipocondria, “piti”... termos que desde muito tempo são usados para designar mal-estar, diferentes sintomas e, ao mesmo tempo, aqueles imprecisos, sem causa aparente. O chilique, por exemplo, é um termo bastante presente nos manuais médicos desde o século XVI. Nesse período, o chilique era um problema relacionado ao útero ou “matriz” provocando convulsões e crises histéricas (Pinel, 1997). Considerava-se que as pessoas mais desocupadas e libertinas eram passíveis de

sofrer um chilique, pois a concepção geral é que a falta de atividades produtivas geraria um tipo de afecção corporal. Ideia coerente com o *Zeitgeist* da época caracterizada entre outros aspectos pela ascensão do pensamento burguês que valorizava o trabalho como caminho para uma vida saudável e produtiva.

Nesse período, o mal-estar e o sofrimento também podiam se expressar sob a forma de crises histéricas, consideradas como sendo originadas por “fenômenos de possessão demoníaca e tratadas por instâncias religiosas por meio do exorcismo” (Pinel, 1997, p.153). Com o desenvolvimento das ciências médicas e da própria mudança sociocultural, observa-se a mudança do discurso da histeria como problema espiritual para a histeria como doença mental, a partir do próprio desenvolvimento da psiquiatria e da psicanálise que contribuem para esse novo “lugar” da histeria (Medeiros, 2003).

O desenvolvimento do modelo científico contribuiu para a compreensão de que a maioria das manifestações humanas era passível de explicação racional, dentro da lógica científica. Nesse caso, se antes predominava a explicação espiritual ou moral para afecções desse gênero, entre os séculos XVIII e XIX passa a predominar o discurso do mental.

A loucura passa a fazer parte do campo da medicina e o médico é que detém o poder de exercer algum tipo de controle sobre ela. É nesse momento que o chilique e outros problemas similares vão adquirindo novo “formato”, passa-se a se falar em sintomas psíquicos e somáticos de forma que “o seu campo ilimitado engloba com denodo todas as misérias do corpo, os infortúnios do espírito e as fraquezas da civilização” (Pinel, 1997, p.155).

Pelo rigor e objetividade do discurso médico moderno, problemas como chiliques e histerias acabam esquecidos ou deixados em segundo plano, pois a medicina moderna “não pode ocupar-se de chiliques, categoria por demais confusa para satisfazer

os seus critérios” (Pinel, 1997, p. 155). O chlique é banido da esfera científica e acaba “sem lugar” no discurso médico, mas continua presente na vida cotidiana talvez sob a forma de outras denominações mais aceitáveis socialmente.

Outro termo que também inclui uma diversidade de sintomas é a hipocondria (Leonard, 1997). Nos séculos XVII e XVIII, buscava-se a localização física desse problema, pois se acreditava que sua causa provinha de algum lugar do cérebro. No século XIX, há uma tendência do discurso médico em considerá-la como transtorno mental, sendo atualmente, uma categoria presente no DSM-IV-TR e na CID-10.

Algumas queixas comuns na história da civilização ocidental como as citadas acima vão adquirindo um status de problema mental e/ou psicológico à medida que a medicina científica vai se desenvolvendo. No momento em que o discurso médico “se apropria” desses diferentes campos semânticos como chlique, histeria e hipocondria, eles adquirem um caráter de doença, algo a ser extirpado do corpo e não como algo que faz parte da vivência da pessoa em um determinado contexto social e histórico. A maneira de sofrer e de experienciar o sofrimento também são permeados pela questão disciplinar e sociocultural.

Ao mesmo tempo em que o discurso médico se apropria dessas categorias por terem adquirido uma nosologia própria, e assim passam a exercer algum controle, as mesmas patologias acabam marginalizadas pela medicina por não se adequarem à objetividade científica desse discurso. Na atualidade, termos como *nervos* também podem ser considerados como similares a algumas dessas expressões do mal-estar e sofrimento descritas como chlique. Em geral, são queixas comuns no cotidiano das pessoas, mas difíceis de compreensão tanto pelos que sofrem quanto pelos que cuidam.

Mais especificamente, estudando o tema do nervoso no contexto da população siciliana-canadense, Migliore (1993) aponta que as pessoas precisam elaborar discursos

que sejam compartilhados e compreendidos pelos outros. Nesse sentido, elas buscam explicar seu sofrimento através de termos e metáforas que ilustrem exatamente o que elas estão sentindo para os seus familiares e amigos. Ao elaborar um discurso culturalmente aceitável sobre seu sofrimento, a pessoa permite que os outros a reconheçam e legitimem seus sintomas e seu sofrimento perante o meio social. É assim, reconhecida socialmente em seu sofrimento, que a pessoa consegue algum tipo de assistência.

Ainda para Migliore (1993), *nervos* é uma expressão socialmente aceitável do “distress²”, ou seja, do sofrimento advindo dos problemas sociais e que são expressos através de sintomas somáticos e psicológicos. “Eles (aqueles que se queixam) traduzem os problemas sociais em uma linguagem metafórica do sofrimento somático e psíquico” (Migliore, 1993, p.343). Migliore (1994) ainda argumenta que essa complexidade e ambiguidade do tema permitem que homens e mulheres usem de diferentes formas essa linguagem para expressar seus problemas. Nesse sentido, as queixas de *nervos* podem se modificar constantemente, dependendo sempre da situação e do momento. A pessoa procura uma forma que ela acredita mais adequada para expressar o que está sentindo.

Outros autores como Nichter (2004) também trabalham sob a perspectiva de considerar *nervos* como um idioma do *distress*. Ou seja, *nervos* é um discurso metafórico que expressa uma intensa experiência de sofrimento e mal-estar que precisa ser “traduzida” sob a forma de um discurso compreensível pelos membros do grupo social.

² O termo “distress” não tem uma tradução literal na língua portuguesa, embora seja normalmente traduzido como sofrimento psicológico. De acordo com Sam Migliore, o distress se refere às sensações negativas que as pessoas transformam em uma linguagem compreensível para os outros e que inclui como as pessoas interpretam, identificam, explicam, comunicam, re-interpretam e lidam com essas experiências.

É um discurso que contém elementos socialmente compartilhados, ou seja, as pessoas do mesmo contexto tendem a entender que o outro está sofrendo, pois ele procura nomear e significar suas sensações, percepções e emoções. Sendo assim, a pessoa busca expressar como está se sentindo, nomeando suas sensações de tremor, de tontura, cansaço, entre outros.

Duarte (1986) considera ainda *nervos* como uma perturbação físico-moral, ou seja, um tipo de mal-estar ou sofrimento que tanto inclui a dimensão física, uma vez que se expressa a partir de inúmeros sintomas, como a dimensão moral, já que se refere a uma experiência significativamente vinculada aos aspectos sociais da vida da pessoa. Além disso, é uma tentativa do autor em evitar os termos advindos da ciência médica e psicológica, uma vez que *nervos* é considerado um código cultural e só pode ser compreensível a partir da perspectiva de quem está sofrendo e do contexto onde ocorre.

Essa ideia é compartilhada por Fonseca (2008) quando critica que os discursos médicos e psicológicos oficiais tendem a classificar os discursos populares dentro de categorizações científicas. Essa tendência impede uma maior compreensão da amplitude do código do nervoso que desafia a dicotomia corpo-mente e “não se enquadra nas práticas *psi* voltadas exclusivamente para a valorização da interioridade e da reflexividade” (Fonseca, 2008, p.183).

De fato, tem-se observado que o termo *nervos* é utilizado para qualquer experiência de sofrimento ou mal-estar e que não deve ser diagnosticado como uma patologia clássica, presente nos manuais diagnósticos. A própria pessoa que se queixa, não sabendo como enquadrar essa intensa experiência, denomina-a de nervosismo como uma maneira de demonstrar essa ambiguidade e dificuldade em encontrar termos que expressem o que está sentindo.

Em pesquisa anterior (Medeiros, 2003), foi apontado que as próprias pessoas tentam encontrar termos e metáforas para expressar a totalidade de seu mal-estar, mas normalmente precisam recorrer a expressões socialmente aceitas para serem minimamente compreendidas pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, elas procuram usar termos que transitem entre os discursos populares e o jargão médico para que possam se fazer entender em toda a sua experiência.

Outra concepção trazida por Duarte (1986) e Fonseca (2008) é a compreensão do nervoso como uma experiência calcada nas relações cotidianas. Eles a denominam de “modo relacional” de conceber a experiência do sofrimento. De acordo com esses autores, as pessoas de limitados recursos psicossociais possuem seus próprios códigos culturais que diferem daqueles advindos da ciência. Estes se caracterizam por uma concepção mais holística da vida e de suas experiências. Nesse sentido, essas pessoas tendem a estabelecer relações sociais menos individualizantes de forma que a ruptura dessas relações tendem a trazer a perturbação. Assim, Fonseca (2008) aponta que o código do nervoso aparece mais naqueles grupos sociais que possuem:

Uma concepção de si e do mundo menos marcada pela separação entre sujeito e mundo, entre história individual, grupal, familiar ou coletiva, que se desdobraria em menor ênfase na interioridade e na individualidade (p.190).

Os autores citados consideram que enquanto a denominada classe média e alta geralmente é socializada a partir dos valores de individualidade e autorreflexividade, as pessoas das camadas populares normalmente são socializadas a partir de princípios como coletividade e compartilhamento de experiências. Nesse sentido, as práticas psicológicas tradicionais tendem a ser inadequadas na compreensão do nervoso uma vez

que são originárias de um código cultural diverso, geralmente mais focado no indivíduo e menos na dimensão coletiva.

Um exemplo dessa dissonância é o próprio seguimento terapêutico proposto no trabalho de Mestrado (Medeiros, 2003). Observou-se que das 13 mulheres as quais foi proposto o processo psicoterápico, apenas duas continuaram frequentando a Unidade de Saúde para esse acompanhamento, priorizando abertamente o tratamento medicamentoso. Isso mostra que o modelo de psicoterapia individual, centrado geralmente nas necessidades e problemas individuais não se mostra suficiente para acolher e resolver as demandas de pessoas que se queixam dos *nervos*. Esse tipo de queixa não está desvinculado das condições de vida da pessoa e a psicoterapia não tem como suprir essas necessidades básicas. Mesmo que a psicoterapia individual seja uma estratégia importante e comumente usada na saúde pública, faz-se necessário repensar as estratégias de cuidado nos serviços³.

Outro aspecto trazido por Fonseca (2008), ainda dentro de uma perspectiva relacional, é que ocorrem experiências fragilizadoras no cotidiano dessas pessoas, que contribuem para a experiência de sofrimento, como a “violência doméstica, abuso, rupturas dos laços familiares, migração e privações de diversas ordens como temas associados às crises nervosas” (p.199).

O termo “experiências fragilizadoras” é trazido por Hita (1999) justamente para não usar termos advindos dos saberes *psi* que de uma maneira ou de outra acabam por tentar enquadrar a experiência do nervoso em um campo específico cujo código cultural

³ Apesar da crítica, não podemos deixar de destacar que as duas mulheres que participaram do processo psicoterápico, consideraram que realmente sentiram maior alívio do desconforto psicológico e encontraram estratégias para diminuição das crises nervosas. Foi realizado, inclusive, um estudo de caso a partir dos encontros com uma das participantes onde se buscou mostrar o papel das narrativas no processo de significação e ressignificação do sofrimento e das diferentes dimensões de sua vida cotidiana (Traverso-Yépez & Medeiros, 2004; Traverso-Yépez & Medeiros, 2005).

é diferente daquele em que a experiência de sofrimento ocorre. Considerar o problema de *nervos* como ansiedade ou depressão, por exemplo, não é suficiente, pois a experiência de sofrimento vai muito além das categorias tradicionalmente utilizadas pela medicina e pela psicologia para diagnosticar alguém com ansiedade ou depressão. O fato de pretender usar esse tipo de diagnóstico já dificulta a visualização por parte do profissional de saúde sobre outros aspectos da experiência do paciente que não se enquadram nesses critérios.

É importante considerar que do ponto de vista do discurso científico hegemônico, *nervos* se encontra numa espécie de limbo: nem faz parte da denominada saúde física, nem do campo da saúde mental, que geralmente focaliza a atenção na loucura e nos transtornos psiquiátricos. No entanto, é preciso compreendê-la, abrir um espaço para que a pessoa expresse toda sua experiência de sofrimento e que o seu interlocutor procure ao menos se colocar no lugar daquele que está falando. Como diz Fonseca (2008), é importante que se considere “a validade e o contexto de cada expressão, baseadas em códigos culturais diversos” (p.211).

Essa dissonância entre a experiência do nervoso e o discurso médico/psicológico, típico de um contexto específico, traz como uma das principais consequências a falta de entendimento entre ambas as partes. Essa dissonância entre usuário do SUS e profissionais tem sido expressa principalmente através do excessivo uso de psicotrópicos no contexto da saúde pública diante de pessoas que apresentam esse tipo de queixa. Vários autores como Rozemberg (1994), Silveira (2000), Carvalho (2001), Medeiros (2003) e Fonseca (2008) apontam que os tranqüilizantes são os medicamentos mais prescritos diante de situações como essa. O medicamento acaba sendo a principal maneira de lidar com as pessoas que se queixam, e como Silveira (2000) coloca, funciona inclusive como “calmante” para os próprios trabalhadores de

saúde no sentido de que assim resolvem o problema de imediato. Muitas vezes, são os próprios pacientes que exigem a medicação como uma maneira imediata de aliviar os sintomas desconfortáveis.

O uso excessivo de medicação traz como principal consequência altos índices de iatrogenia e dependência no sistema de saúde (Tesser, 2006). Essa dificuldade em desenvolver terapêuticas mais condizentes com a situação de sofrimento tem inúmeras explicações, entre elas, o próprio sistema de saúde que não está preparado para atender a esse tipo de demanda. Da mesma maneira, não tem como lidar com os diversos problemas que estão influenciando as condições de saúde e a qualidade de vida dos usuários.

Além disso, a medicalização pode ser considerada um processo que também contribui para modelar a maneira como as pessoas vão construir o discurso sobre o sofrimento, o mal-estar, a saúde e o bem-estar. Essas constatações apontam para a questão da medicalização como algo que deve ser mais discutido no campo da saúde e, por esse motivo, é o assunto do próximo subitem.

2.3. A medicalização do sofrimento e da vida cotidiana

Com o desenvolvimento da medicina, tudo se torna passível de intervenção médica, tanto os aspectos mais casuais da vida cotidiana, como acontecimentos que trazem algum grau de sofrimento psicológico. Os trabalhos de Vieira (2002), Matos e Soihet (2003) e Martin (2006) são exemplos de estudos sobre o corpo da mulher que apontam como as experiências fisiológicas foram paulatinamente se tornando objeto de intervenção médica. Dessa maneira, os processos fisiológicos como menstruação, gravidez, parto e nascimento são praticamente todos controlados pela medicina.

Além da medicalização dos processos fisiológicos naturais, o próprio corpo é o espaço privilegiado para novas práticas medicalizadoras como a necessidade de esculpir, de alterar os corpos, de ficar feliz e esquecer momentaneamente os problemas cotidianos através de uma intervenção médica ou uma pílula. Um exemplo disso é a citação de Carreteiro (2005) em sua análise sobre as intervenções cirúrgicas no corpo em certos espaços sociais:

No Brasil, é comum que a mulher de classe média ou alta já tenha feito esse tipo de intervenção ou planeje fazê-la. Submeter-se a uma cirurgia estética para melhorar a imagem física é quase considerado parte da imagem corporal da idade madura da mulher (p.71).

Essa citação mostra que o corpo pode ser esculpido de acordo aos padrões de beleza vigentes, mas não passa a ser uma simples escolha, e sim, quase que uma imposição social. Dessa forma, o processo da medicalização tem sido tema de vários estudos acadêmicos desde os anos 70 quando Illich (1975) escreveu *Nêmeses da medicina*.

Nesse trabalho, o citado autor analisa como a medicina moderna contribui para o processo de medicalização da vida cotidiana através dos atos médicos, das novas organizações discursivas em torno da saúde, da doença e do sofrimento. Ele considera que há uma verdadeira medicalização da vida quando a intervenção técnica se torna prioritária na busca pela saúde em detrimento dos recursos pessoais e sociais. É o que esse autor denomina de iatrogênese clínica e social porque as pessoas vão gradativamente perdendo a capacidade de gerenciar suas vidas e a autonomia em restabelecer sua saúde. As pessoas acabam ficando dependentes dos profissionais de saúde, tanto em termos de conhecimentos sobre a doença, quanto aos cuidados que serão ministrados (Illich, 1975; Vieira, 2002).

Em geral, o sofrimento faz parte do cotidiano e passa a ter um discurso próprio, com as palavras e os termos técnicos para serem reconhecidos como doenças. No caso dos pacientes com problemas de *nervos* e outras questões de saúde mental, há uma tentativa em enquadrar os seus diferentes relatos dentro dos critérios usados normalmente nos dicionários médicos. Quando a linguagem usada pela pessoa é diferente daquela usada pelo especialista, a comunicação tende a ser truncada, pois o técnico, no uso habitual de seu jargão científico, poderá não entender o sentido do discurso do paciente.

É nesse sentido que Illich (1975) afirma que “a profissão médica decide quais são as dores autênticas, quais as que são imaginadas ou simuladas” (p.106). Isso implica que quando o paciente usa sua própria linguagem, corre o risco de não ser compreendido e até marginalizado. A pessoa em sofrimento precisa adequar sua linguagem ao discurso técnico, o que revela uma subordinação ao processo de medicalização. Quando se intenta objetivar o discurso do sofrimento e da dor, os aspectos subjetivos, inerentes a qualquer pessoa, são desconsiderados.

Conrad (2007), em uma análise sociológica, conceitua a medicalização como um processo no qual diferentes problemas e experiências da vida cotidiana são definidas e tratadas como doenças. Isto é, uma situação que faz parte da vida passa a ser enquadrada dentro do discurso médico e todo um arsenal de intervenções é desenvolvido para resolvê-la. Processos comuns da vida como humor, ansiedade, menstruação, controle de natalidade, parto e nascimento, menopausa, envelhecimento e morte fazem parte do campo das ciências da saúde, tendo inclusive diferentes especialistas que vão prescrever os comportamentos e os formatos adequados, enfim, o que deve ser feito para ser aceito socialmente.

A medicalização contribui de certa forma para o enfraquecimento gradativo do poder que a pessoa tem sobre si mesma, seu corpo e seu sofrimento. Ela precisa se entregar aos dispositivos medicalizadores, que normalmente são bem aceitos socialmente como as consultas, exames e medicamentos, deixando que os técnicos em saúde cuidem de tudo. O paciente nem consegue se comunicar com o médico, o exame é que vai “dizer” alguma coisa sobre a intervenção a ser colocada.

Contudo, há pessoas que usam uma linguagem muito diferente da do médico, o que pode contribuir para o que Conrad (2007) denomina de bolsões de resistência à medicalização. Ou seja, são grupos de pessoas e discursos que não aceitam facilmente a hegemonia do discurso médico ainda que nem sempre de maneira refletida. No entanto, de alguma forma lutam contra a tecnificação da sua doença.

Conrad (2007) coloca ainda que a medicalização tende a ser uma ação coletiva, que tanto ocorre dentro das instituições de saúde, como na própria sociedade no sentido de que há um movimento social e cultural para que determinado problema seja medicalizado e assim, passível de atenção e legitimação pela assistência em saúde. Ainda considerando o pensamento de Conrad (2007), o processo de medicalização patologiza o cotidiano existencial da pessoa e mascara as questões que realmente contribuem para o sofrimento.

Isso pode ser encontrado no significativo desenvolvimento da indústria farmacêutica e cosmética, na denominada indústria do bem-estar, na tecnologia que aumenta a cada dia a eficácia das drogas, das intervenções, o que acaba por priorizar os medicamentos em detrimento de outras formas de intervenção.

No caso da saúde mental, Conrad (2007) coloca que atualmente é complicado estabelecer um limite entre doença mental e a experiência negativa do estresse, que normalmente faz parte da vida cotidiana. O autor cita algumas categorias médicas

derivadas de experiências do cotidiano que em algum momento passaram a ser considerados como doença, como o transtorno da ansiedade generalizada e a fobia social. O citado autor aponta, inclusive, que o número de categorias diagnósticas no DSM-IV, e que já existe um DSM-IV-TR, é bem maior do que as edições anteriores. De fato, cada vez mais surgem novos diagnósticos, sempre numa tentativa de abranger a amplitude dos diferentes modos de sofrer e viver a vida.

A classificação nosológica de uma determinada expressão do sofrimento pode se mostrar dúbia. De um lado, quando a experiência de preocupação e estresse é categorizada em um diagnóstico, há a legitimação social, o que possibilita a pessoa ter acesso ao sistema de saúde e a medicamentos contribuindo assim para o alívio do excessivo sofrimento. Por outro lado, essa categorização, muito geral, sem muitas vezes considerar o contexto social e cultural, pode fazer com que haja o desenvolvimento de um modelo ideal de se comportar, de se desenvolver, enfim, torna as características peculiares das pessoas passíveis de rótulos que precisam se adequar àquilo que está sendo exigido. É mais uma vez a questão da disciplina e do controle.

Assim, apesar de amplamente divulgados, os termos ansiedade e depressão fazem parte do discurso técnico-científico. Quando os profissionais de saúde escutam os pacientes que se queixam de nervoso, geralmente interpretam como ansiedade, depressão ou psicose. Dessa maneira, as pessoas passam a considerar também que o seu sofrimento é psicológico e que precisam de um especialista *psi* para cuidar.

A indústria farmacêutica também tem um relevante papel na medicalização de comportamentos e experiências normais da vida cotidiana, quando coloca essas experiências no bojo das propagandas de medicamentos que promovem mais felicidade, mais relaxamento, etc. O processo de medicalização abre espaço para várias categorias, incluindo, não só os casos graves que, de fato, necessitam de intervenções médicas, mas

todo o rol de sentimentos e emoções que fazem parte da vida cotidiana e que se torna passível de medicação e tratamento.

Conrad (2007) afirma que 1/5 dos pacientes que recebem prescrição de medicamentos psicotrópicos não tem diagnóstico de doença mental. Lefèvre (1991) mostra justamente que o medicamento adquiriu uma conotação de símbolo da saúde. Realmente, isso fica muito claro quando se observam as propagandas de remédios como promessas de uma vida saudável e feliz. Diante de qualquer sintoma ou sensação corporal, busca-se logo o medicamento para o alívio imediato.

O problema da medicalização de aspectos da vida cotidiana é que as pessoas começam a “desaprender” como lidar com as dificuldades, com os obstáculos que surgem na vida. Veem no medicamento uma maneira rápida e prática de se livrar daquele sentimento ou preocupação que está incomodando. De acordo às ideias de Illich (1985), a saúde poderia ser pensada em termos de ampliação do processo de autonomia e liberdade, ou seja, a pessoa deveria readquirir a capacidade de cuidar de si e da comunidade sem tanta interferência dos dispositivos medicalizadores. Esse tem sido o caminho apontado por Conrad (2007) para a diminuição do sofrimento cotidiano sem o abuso de medicamentos e intervenções médicas.

Fazendo uma relação entre corpo e medicalização, Illich (1986) traz o conceito de iatrogênese do corpo, isto é, o autor argumenta sobre como a experiência do corpo e do self tem sido resultado dos conceitos médicos e dos cuidados técnicos. A percepção do corpo foi sendo remodelada pela ideologia médica e pelo estilo de vida tecnológico. O que se torna iatrogênico, então, não é só a medicina em si, mas a maneira como as pessoas passam a experienciar a dor, o sofrimento e a morte mediados pela ideologia, pela tecnologia e pelas concepções da medicina. Nessa perspectiva, qualquer sinal de

que algo está dissonante dessas concepções hegemônicas, as pessoas já começam a perceber o sofrimento e a senti-lo.

Illich (1986) e Conrad (2007) apontam a medicalização como um fenômeno que atinge todas as classes sociais. Para esses autores, não há uma problematização disso e nem do impacto que as diferenças de classe têm para essa questão. A diferença é que as pessoas que têm um poder aquisitivo melhor geralmente dispõem de mais acesso à tecnologia medicalizadora sob a forma de clínicas de estética, de cirurgias cosméticas, psicotrópicos de última geração e obviamente de psicólogos e psiquiatras para cuidar das neuroses e sofrimentos decorrentes da vida cotidiana. Porém, na realidade brasileira, as iniquidades em saúde e as péssimas condições de vida de uma significativa parte da população contribuem para que o fenômeno da medicalização e a própria maneira de sentir e experienciar o sofrimento seja diferente em várias dimensões, inclusive à classe social.

No caso das pessoas de menor poder aquisitivo, nem todas têm acesso aos serviços de saúde. Muitas vezes só recorrem a eles apenas quando recebem diagnósticos ou quando se constata algum tipo de problema físico. A impotência de agir diante de uma situação complexa, que normalmente foge ao controle da pessoa, faz com que o remédio, o exame, o acesso ao médico, seja uma espécie de alento, mesmo que os determinantes do sofrimento não sejam problematizados.

O processo medicalizador tem certa funcionalidade nesse contexto de desigualdades, sem considerar que se coaduna perfeitamente com o modo de produção capitalista. Ao não problematizar a questão das desigualdades sociais, esse aspecto “funcional” da medicalização pode se tornar invisível aos olhos de quem faz o sistema de saúde, o que só contribuirá para a manutenção do ciclo sofrimento – psicotrópico – sofrimento. É assim que a questão da desigualdade social se torna um aspecto bastante

relevante na discussão por ora em questão, sobretudo no que concerne às questões de saúde mental.

2.4. Os determinantes sociais da saúde e suas implicações no campo da saúde mental

A constatação de que as pessoas com menos recursos econômicos apresentam menor expectativa de vida e maior índice de doenças é uma preocupação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e tem estimulado a publicação de diferentes estudos acerca dos determinantes sociais da saúde (Cohen, Farley & Mason, 2003; Marmot, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003). Assim, os determinantes sociais da saúde têm sido entendidos como os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem no nível de saúde da população e/ou aumentam o risco de doenças e da morbimortalidade (Buss & Pellegrini Filho, 2007). O estudo dos determinantes sociais da saúde pode contribuir para a melhor estruturação e organização de políticas públicas que busquem diminuir os fatores de risco e vulnerabilidade a doenças e outros problemas de saúde (Marmot, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003).

Enquanto os cuidados médicos podem prolongar a vida e melhorar o prognóstico de algumas doenças graves, o mais importante para a saúde da população como um todo são as condições sociais e econômicas que contribuem para o adoecimento e a necessidade de cuidados médicos (Wilkinson & Marmot, 2003, p. 07).

Estudar a inter-relação entre a saúde e o contexto socioeconômico e cultural é uma tarefa árdua. A maior parte dos estudos é epidemiológica, onde geralmente é analisado o índice de mortalidade em relação com outros fatores, como o sócio-

econômico ou ainda o estilo de vida da pessoa. Alguns autores, por exemplo, apontam a relação entre o alto índice de mortalidade e a condição de vida precária (Cohen, Farley & Mason, 2003; Siegrist & Marmot, 2004; Wilkinson & Marmot, 2003). Entretanto, é difícil definir se a pessoa adoece em função das privações socioeconômicas ou se o empobrecimento já é resultado de uma doença crônica e sem o devido tratamento (Wilkinson, 1996).

Fica claro que para estudar as dimensões sociais, econômicas e culturais que permeiam as condições de vida e saúde de uma alta percentagem da população nos países dependentes como o Brasil, é preciso ir além dos estudos epidemiológicos. Observa-se que praticamente todas as dimensões da vida e as condições de existência influenciam a saúde e a doença de diferentes maneiras e intensidade. Dessa forma, é possível estabelecer vários aspectos que contribuem para as condições de saúde sendo que a maioria está inter-relacionada.

Assim, faz-se necessário compreender como “as circunstâncias nas quais as pessoas vivem e trabalham” afetam os níveis de saúde e contribuem para o adoecimento (Marmot, 2006, p. 02). Nessa perspectiva, Woodward e Kawachi (2000) colocam a importância de analisar as desigualdades em saúde incluindo as diferentes dimensões da vida cotidiana e a forma como as políticas públicas são implementadas.

Wilkinson e Marmot (2003) sistematizaram dez temas que influenciam os níveis de saúde da população e que precisam ser considerados pelas políticas públicas. Um dos mais importantes é o gradiente social, que é a forma como a distribuição da riqueza define diferentes níveis socioeconômicos que se expressam no acesso aos recursos sociais e materiais entre a população (Wilkinson & Marmot, 2003; Mittelmark, Puska, O’Byrne & Tang, 2005). Mittelmark et al. (2005), por exemplo, colocam que más condições sanitárias e de ventilação favorecem infecções respiratórias e outros

problemas de saúde relacionados às condições de higiene e insalubridade do ambiente. Em uma comunidade sem saneamento básico e com más condições de higiene, a vulnerabilidade a doenças é bem maior (Shaw, Dorling & Smith, 2006; Steptoe, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003). As pessoas que moram nas ruas geralmente apresentam um alto índice de mortalidade, sendo mais suscetíveis às doenças infecto-contagiosas, aos problemas psiquiátricos e à ideação suicida.

O relatório desenvolvido pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) contém dados relativos às condições precárias de vida e à associação com os índices de mortalidade e resultados de saúde no Brasil (CNDSS, 2008). Nos municípios onde a renda *per capita* é menor, as taxas de mortalidade infantil, analfabetismo e internações por doenças infecto-contagiosas tendem a ser maiores (CNDSS, 2008). O relatório cita ainda que as pessoas com renda menor que 0,67 salários mínimos apresentam menor condição geral de saúde em comparação com os de renda superior.

Os níveis de saúde refletem a própria desigualdade socioeconômica característica do modelo capitalista: em geral, os pobres adoecem mais e morrem mais cedo em comparação com a camada mais rica da população. Portanto, estudar o gradiente social é também abordar a questão das desigualdades em saúde. As ações das políticas públicas devem focalizar a redução dos níveis de pobreza e desigualdade para contribuir com a melhora dos níveis de saúde (Wilkinson & Marmot, 2003).

Os outros determinantes sociais que de fato tendem a manter estreita inter-relação com o gradiente social são: 2) o estresse; 3) a qualidade dos primeiros anos de vida; 4) a exclusão social; 5) o tipo e qualidade do trabalho; 6) o desemprego; 7) o apoio social; 8) as dependências e adições; 9) as características da alimentação; 10) o tipo e qualidade do transporte.

Assim, o segundo tema abordado por Wilkinson e Marmot (2003) diz respeito ao estresse. A desesperança, as privações e as dificuldades sociais e econômicas também contribuem para disparar os mecanismos psicofisiológicos do estresse de forma que, a médio e longo prazo, vários tipos de problemas podem se desenvolver, inclusive doenças crônicas. Isso porque o estresse afeta o sistema imunológico e neuroendócrino aumentando a chance de infecções, pressão alta e problemas cardíacos (Brunner & Marmot, 2006). De fato, os efeitos da pobreza e as conseqüentes privações na vida de uma pessoa e da família como um todo geralmente trazem sofrimento, preocupação e estresse que se expressam de diferentes maneiras nos serviços de saúde como as queixas de *nervos*, por exemplo.

O estresse também está relacionado à sensação de pouco controle sobre o trabalho, à sobrecarga de tarefas e à falta de apoio social. Pessoas excessivamente comprometidas com suas tarefas laborais tendem a apresentar aumento da pressão sistólica ou aumento dos níveis de cortisol ao final de um dia extenuante (Stephoe, 2006). Conseqüentemente, essa pessoa pode ter um pico hipertensivo em função da sobrecarga ou das pressões sofridas no ambiente de trabalho. Os profissionais de saúde geralmente apresentam alto grau de estresse e sofrimento psicológico em decorrência das condições de trabalho (Rammingier, 2006). No caso dos usuários com problema de *nervos* muito provavelmente o estresse ocorre em função do desemprego e da falta de um trabalho mais satisfatório.

O terceiro tema abordado se refere aos primeiros anos de vida e o impacto na saúde da pessoa ao longo de sua vida (Wilkinson & Marmot, 2003). Esses autores apontam que problemas no crescimento e desenvolvimento da criança, assim como apoio emocional frágil ou insuficiente são fatores de risco para a saúde e cujas conseqüências negativas vão se refletir na vida adulta. A pobreza e a conseqüente pouca

escolaridade dos pais também afeta a maneira como as crianças são criadas e educadas de maneira que desde o início da vida, a pessoa tem menos oportunidades e acesso às informações necessárias sobre saúde e doença.

No relatório do CNDSS, comparando as diversas regiões brasileiras, constata-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam maior índice de mortalidade infantil por causas perinatais, menor expectativa de vida, maior índice de doenças infecto-contagiosas (CNDSS, 2008). Esses dados ilustram as diferenças sociais e econômicas em um mesmo país de modo que é preciso considerar também essa diversidade por ocasião da implantação de políticas de saúde.

É preciso implantar políticas públicas que contribuam para o aumento no nível de educação e diminuição da desnutrição em crianças (Wilkinson & Marmot, 2003). Além disso, é preciso implementar políticas de cuidado às famílias para que estas possam prover o apoio social e emocional necessários ao desenvolvimento das crianças de acordo a necessidade de cada região.

No que se refere ao quarto tema do trabalho sobre os determinantes sociais da saúde, Wilkinson e Marmot (2003) consideram que a exclusão social e a discriminação estão diretamente relacionadas com baixos níveis de saúde.

Shaw, Dorling e Smith (2006) colocam a exclusão social como uma desvantagem multidimensional sofrida geralmente pelas pessoas de menor poder aquisitivo. O isolamento social e os diversos tipos de violência e abusos, como o sexual, podem ser em parte motivados justamente pela ausência de relações significativas dentro da comunidade.

A exclusão social pode se refletir ainda na ausência de possibilidades de exercer cidadania e autonomia. É um sofrimento físico pela falta de recursos existenciais básicos, e também psicossocial, como consequência dessa falta de possibilidades.

Pobreza é também a falta de voz frente às instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade frente a imprevistos. Nessa situação, a capacidade dos pobres de atuar em favor de sua saúde e da coletividade está bastante diminuída (Buss & Pellegrini Filho, 2006, p.2007).

A pouca participação social e a situação de vulnerabilidade são processos que geram exclusão social e podem contribuir para experiências fragilizadoras. Desse modo, cada vez mais, as pessoas se tornam vulneráveis.

Sobre a dimensão do trabalho e suas condições, o fato de ter uma atividade produtiva que traga satisfação e remuneração ao menos suficiente para as necessidades básicas é essencial para a saúde física e mental (Wilkinson & Marmot, 2003). Nesse sentido, esses autores argumentam que as condições de trabalho têm um papel relevante nos níveis de saúde. As pessoas que têm menos oportunidades de usar suas habilidades ou que não têm um maior controle sobre seu trabalho tendem a apresentar maior índice de problemas de saúde. Empregos instáveis, falta de status e de prestígio podem trazer sofrimento psicológico e favorecer doenças como hipertensão, diabetes, cardiopatias, entre outras (Shaw, Dorling & Smith, 2006).

O impacto nos níveis de saúde pode ser ainda maior no caso de pessoas que não possuem nenhum tipo de atividade laboral. O desemprego, portanto, é o sexto tema trazido por Wilkinson e Marmot (2003) sobre os determinantes sociais da saúde.

As pessoas sem atividades tendem a ser desvalorizadas socialmente e sofrem com os efeitos cumulativos do desemprego. Os constantes problemas financeiros podem funcionar como um estressor crônico possibilitando doenças e outras consequências negativas, como por exemplo, o menor acesso aos bens e serviços, inclusive da assistência médica (Wilkinson & Marmot, 2003). As pessoas que sofrem dos *nervos* e outros problemas psicológicos nas camadas menos abastadas dificilmente possuem um

emprego. Dessa maneira, a falta de oportunidades de trabalho pode gerar ainda outros problemas sociais tais como a marginalização, a exclusão social, a criminalidade e a violência.

Para Paugam (2008), a dificuldade de entrar no mercado de trabalho e a consequente situação de desemprego contribuem para o enfraquecimento e posterior ruptura dos laços sociais. As pessoas sem trabalho passam pelo processo de desqualificação social⁴ e dependência dos serviços sociais:

Como a desclassificação social é uma experiência humilhante, ela desestabiliza as relações com o outro, levando o indivíduo a fechar-se sobre si mesmo (Paugam, 2008, p.74).

A experiência de desqualificação social também se relaciona com o sétimo tema apontado por Wilkinson e Marmot (2003): a questão do apoio social. Estes autores colocam que “amizade, boas relações sociais e forte rede de apoio melhoram a saúde em casa, no trabalho e na comunidade” (p.22). As pessoas desfavorecidas socioeconomicamente, entretanto, apresentam pouca possibilidade de coesão social ou apoio social em sua comunidade, isto é, nem sempre conseguem apoio efetivo para enfrentar as dificuldades do cotidiano (Cohen, Farley & Mason, 2003). Essas pessoas tendem a ficar à margem da sociedade civil, no sentido de que não têm acesso aos bens sociais, à produção social e a outros tipos de vantagens que poderiam favorecer a saúde e o bem-estar.

Os indivíduos menos integrados à comunidade e/ou com menos apoio social por parte da família e dos amigos tendem a apresentar maior índice de morbimortalidade (Mittelmark et al., 2005; Reidpath, 2004; Steptoe, 2006). O estresse também pode

⁴ Para Paugam (2008) desqualificação social se refere a esse movimento de expulsão do mercado de trabalho que acomete, sobretudo as pessoas de baixa renda e também as “experiências vividas na relação de assistência” (p.68).

ocorrer como causa ou consequência da ruptura dos laços sociais e do sentimento de não integração social (Shaw, Dorling & Smith, 2006).

A dimensão psicossocial e emocional, tal como se sentir valorizado, ter amigos, exercer um mínimo de controle sobre sua vida, ter acesso aos bens e serviços, estabelecer conexões com a comunidade e o sentimento de pertencimento também são determinantes de saúde (Ballantyne, 1999; Woodward & Kawachi, 2000). É o que Kristenson (2006) denomina de status social subjetivo, ou seja, o sentimento de pertencimento social e a constatação de que há escolhas e diferentes recursos que podem ser acessados para a resolução de problemas.

Siegrist e Marmot (2004) usam o termo “capital social” para se referir ao grau de integração da pessoa com sua comunidade, com os outros. As pessoas que têm maior nível de apoio social e integração comunitária tendem a lidar melhor com as experiências negativas e, assim, apresentam um nível de saúde melhor (Marmot, 2006; Charikar, 2008).

O oitavo tema se refere ao uso de álcool, drogas e tabaco que também é influenciado pelo contexto social. (Wilkinson & Marmot, 2003). Assim, Cohen, Farley e Mason (2003) apontam que as pessoas de menor poder aquisitivo estão mais propensas a fumar, beber e/ou ter uma dieta mais gordurosa.

O fato de as pessoas pobres fumarem e beberem mais, bem como desenvolver menos atividades físicas não ocorre por acaso (Kristenson, 2006). Para esta autora, as pessoas de menor poder aquisitivo ficam mais vulneráveis a esses fatores, considerados negativos para a qualidade de vida.

Uma questão interessante colocada por Shaw, Dorling e Smith (2006) é que é preciso contextualizar o que se denomina de comportamentos negativos e não saudáveis. Os citados autores argumentam que muitas vezes, o fato de fumar e/ou beber

é uma forma de não se deixar levar pelo desespero e conseguir lidar melhor com as dificuldades do dia a dia. Dessa forma, é preciso contextualizar melhor o que são hábitos de saúde e como as pessoas consideram seu estilo de vida.

O penúltimo tema trazido por Wilkinson e Marmot (2003) tem relação com o acesso à alimentação e à nutrição. Nesse sentido, estes autores colocam que nutrição saudável é também uma questão política. As condições precárias de vida deixam a população mais exposta à dietas mais pobres gerando desnutrição e conseqüentemente, maior índice de mortalidade, sobretudo entre as crianças (Marmot & Wilkinson, 2006). Esse tema também poderia estar inserido no item do gradiente social porque, em geral, as pessoas com menor poder aquisitivo possuem menos condições de se alimentar adequada e suficientemente. Contudo, os autores o inserem nessa dimensão em função da produção de alimentos saudáveis e métodos de agricultura menos agressivos ao meio ambiente.

Portanto, as políticas públicas precisam considerar não só o acesso ao alimento, como também as condições de produção desse alimento e o tipo de dieta que promove saúde. Sobre essa questão, os altos índices de obesidade em países desenvolvidos é um exemplo de que o poder aquisitivo nem sempre está relacionado com uma boa alimentação (Pinheiro & Carvalho, 2008).

O último tema discutido por Wilkinson e Marmot (2003) concerne ao transporte. Referindo-se a ele, os autores afirmam que “usar bicicleta, caminhar e utilizar meios de transporte público promove saúde em quatro direções. Proveem exercício, reduzem acidentes fatais, aumentam o contato social e reduzem a poluição do ar” (p.28). Esses aspectos, porém, não se adéquam totalmente à realidade brasileira e principalmente das pessoas com menor poder aquisitivo. Nesse caso, as políticas públicas poderiam

contribuir no sentido de melhorar a qualidade do transporte público e aumentar o acesso das pessoas a outras formas alternativas de transporte.

Em suma, os temas trazidos por Wilkinson e Marmot (2003) apontam que as questões relacionadas aos determinantes sociais de saúde também perpassam pelo “significado social de ser pobre, desempregado, socialmente excluído ou estigmatizado” (Wilkinson & Marmot, 2003, p.09). Ou seja, as questões mais subjetivas relacionadas com a maneira como a pessoa se posiciona no mundo, à auto-estima e à satisfação das necessidades básicas também influenciam os níveis de saúde. Sendo assim, a maneira como a pessoa percebe e atribui significado a essa situação social e economicamente desfavorecida tem um papel central no processo do adoecer.

Além dos temas apresentados e discutidos por Wilkinson e Marmot (2003), outros autores como Dahlgren e Whitehead (citado por Gunning-Schepers, 1999) desenvolveram um modelo de compreensão dos determinantes sociais da saúde, incluindo dimensões como a educação e o acesso aos serviços de saúde. Mittelmark et al. (2005) argumentam que as pessoas com maior grau educativo tendem a ter um melhor nível de saúde, pois buscam desenvolver um estilo de vida mais saudável, ter mais acesso às informações e compreender melhor os problemas de saúde.

A título de exemplo dessa dimensão, aponta-se o trabalho de Charikar (2008) que desenvolveu um projeto no campo da saúde pública na cidade de Leicester/Inglaterra. O autor observou que a cidade de Leicester se caracteriza pela diversidade cultural em relação à etnia e credos, tendo inclusive um grupo populacional composto por imigrantes de diferentes nacionalidades. O autor observou que, não coincidentemente, os imigrantes e nativos de outras etnias tendiam a ter menor nível de saúde, incluindo problemas de saúde mental.

Charikar (2008) partiu da argumentação de que além da discriminação que sofriam por parte dos profissionais de saúde não imigrantes, a maior parte dos imigrantes não tinham acesso ao sistema de saúde por não saberem como este funciona. Assim, o projeto desenvolvido por esse autor buscou justamente trabalhar com a educação e a orientação, além de procurar descobrir as barreiras linguísticas que impediam as pessoas de compreender as prescrições médicas. Esse exemplo mostra como o acesso à informação sobre certos problemas de saúde podem contribuir para sua prevenção.

No caso do acesso à educação formal, Traverso-Yépez e Medeiros (2004, 2005) trazem o exemplo de uma das participantes da pesquisa que afirmava se sentir muito bem por estar na escola estudando e compartilhando sua vida com as colegas. Isso contribuía para que tivesse outras perspectivas além das de dona de casa, outro espaço relacional para conviver e o sentimento de pertencimento a um grupo que contribuía para diminuir os sentimentos de humilhação e exclusão.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, alguns autores consideram que, isoladamente, o fato de usar menos esses serviços não tem um grande impacto no nível de saúde da população socioeconomicamente desfavorecida (Kristenson, 2006). Para essa autora, as influências ambientais e sociais, assim como o estilo de vida e sua qualidade são muito mais relevantes nos níveis de saúde.

No entanto, é preciso fazer uma ressalva. No Brasil, a qualidade e o acesso aos serviços de saúde podem sim ter um impacto nos níveis de saúde da população. É bem verdade que com a ampliação de equipes do Programa Saúde da Família (PSF), muitas pessoas que não tinham acesso aos serviços de saúde básicos passaram a ter algum tipo de atenção, mesmo que mínima.

De acordo com Sousa (2003), o índice de algumas doenças diminuiu em função da implantação do PSF como principal estratégia da atenção básica. Contudo, os conhecidos problemas estruturais do SUS, o sucateamento de muitas unidades de saúde e a “crise” constante do setor mostra que o acesso e a qualidade ainda deixam a desejar.

Para reforçar essas afirmações, pode-se recorrer à imprensa local, em suas diversas reportagens sobre o tema. Dentre as muitas, apenas dois exemplos serão citados aqui para ilustrar essa questão do acesso aos serviços: o primeiro se refere a uma reportagem intitulada “Ministério admite uma evasão de médicos” de autoria de Hércules Barros, para o Diário de Natal de 16/10/2008. Esse artigo mostra que os médicos estão preferindo atuar no sistema privado de saúde em função dos melhores salários e de condições de trabalho menos insalubres. Essa informação aponta que muito provavelmente há uma diminuição de profissionais em várias unidades de saúde.

Outro exemplo, mais específico do município de Natal, se refere ao estado de calamidade pública decretado pela atual prefeita, Mícarla de Souza, em janeiro/2009. O artigo do jornal local *Tribuna do Norte* denuncia que passado o período do decreto, a situação de caos na saúde continua:

Uma rápida passada nos postos de saúde de Natal demonstra as falhas do sistema, que ainda não foram sanadas. Usuários que esperam por até quatro horas para serem atendidos no ambulatório; usuários que voltam para casa sem atendimento por falta de médico; dezenas de pessoas espremidas em corredores mofados (*Tribuna do Norte*, 22/08/2009).

Fica claro que nem todas as pessoas têm acesso aos serviços e quando têm, falta qualidade. Ou ainda, só conseguem o atendimento em situações emergenciais, quando já não há muito o que fazer para prevenir as crises.

Outra dimensão que não aparece claramente no modelo de Dahlgreen e Whitehead (citado por Gunning-Shepers, 1999), mas que se mostra bastante pertinente a

esta discussão é a questão do gênero. Ballantyne (1999) considera que, em geral, as mulheres são mais pressionadas a assumirem diferentes papéis sociais, o que pode gerar uma sobrecarga que tende a afetar direta ou indiretamente sua saúde. Para o citado autor, o trabalho doméstico geralmente é invisível e traz mais responsabilidades para as mulheres, sobretudo no cuidado com os filhos.

O casamento geralmente é o lugar onde as questões de gênero mais se evidenciam, de forma a promover algumas vulnerabilidades para a saúde das mulheres, inclusive com relação ao aspecto psicológico. O trabalho doméstico não tem descanso, não conhece feriado, faz com que a mulher se sinta sobrecarregada e acabe expressando mais sintomas de estresse, pois não tem onde descarregar. Provavelmente, isso explique em parte por que são mulheres as que mais se queixam de *nervos* (Silveira, 2000; Medeiros, 2003).

De fato, as participantes da pesquisa de Medeiros (2003) colocavam que sofriam com a falta de atenção, a traição e mesmo a violência doméstica perpetrada pelos cônjuges. Observou-se também que essas mulheres não tinham outras perspectivas de vida a não ser seguir cuidando da casa, do marido e dos filhos, espaço onde justamente aconteciam mais experiências fragilizadoras e ruptura dos laços sociais.

De maneira geral, pode-se considerar que os determinantes sociais da saúde são todos e quaisquer aspectos que influenciam o continuum saúde-doença: 1) a dimensão socioeconômica, cultural e política que inclui as condições de vida e de moradia, bem como o acesso e o uso dos serviços de saúde; 2) a dimensão psicossocial que inclui as condições de trabalho, as relações sociais e comunitárias, além da questão do gênero; e 3) a dimensão individual, mais relacionada ao estilo de vida e aos fatores hereditários. Há uma total interdependência entre esses aspectos influenciando o processo saúde-doença.

Diante dos determinantes sociais de saúde aqui apontados, fica evidente que essa discussão envolve um nível de complexidade muito maior do que apenas os níveis objetivos de mortalidade e morbidade. Pode-se especular que, por esse motivo, os serviços de saúde recebam tantos usuários com diferentes problemas e os trabalhadores de saúde se sintam geralmente impotentes quando não conseguem resolvê-los. Torna-se claro que a maioria das queixas que se denominam problemas de saúde não têm etiologia puramente fisiológica, mas uma complexidade de aspectos que não são e nem podem ser resolvidos apenas pelos trabalhadores do campo da saúde.

Desse modo, as denominadas queixas de nervoso e de sofrimento psicológico, por exemplo, são expressões dessa complexidade de interdependências. Uma pessoa isolada, estigmatizada, sem acesso a um mínimo de dignidade no seu dia a dia, pode ter uma tendência maior em sofrer problemas psicológicos. Além disso, essas pessoas, diante das inúmeras privações, acabam não tendo a oportunidade de desenvolver seus recursos internos para lidar com as adversidades normais do cotidiano.

De acordo com Pilgrim e Rogers (1999) e Walker, Verins, Moodie e Webster (2005), os problemas de saúde mental são mais comuns entre as pessoas de relativa desvantagem social. Ou seja, menor nível sócio-econômico, menos acesso à educação, piores condições de vida tendem a expor os indivíduos a um menor nível de saúde mental. As pessoas que sofrem com o desemprego, ou com um emprego informal e/ou instável, com a competição e o excesso de tecnologia em detrimento das relações sociais podem desenvolver maiores dificuldades no relacionamento familiar, aumentar a incidência de abandono escolar, de depressão e de suicídio. Igualmente, a competitividade e a falta de solidariedade social gerada no bojo das sociedades capitalistas e as consequências do excessivo consumismo e confusão de valores geram desconfiança, medo do outro, solidão. Não é por acaso que se verifica o alto índice de

depressão, o transtorno de pânico e os diversos transtornos de ansiedade nos últimos anos em todos os estratos sociais.

Pilgrim e Rogers (1999) argumentam ainda que diante desses problemas sociais e econômicos, as pessoas mais vulneráveis tendem a ter menor nível de auto estima, menos experiências positivas que as ajudem a enfrentar os estresses da vida e nem sempre conseguem desenvolver recursos necessários para o enfrentamento dos problemas comuns do cotidiano. Diante das inúmeras privações, essas pessoas normalmente são mais “desempoderadas”, sofrem mais com a exclusão social e têm maior dificuldade de acessar os recursos da comunidade.

As explicações para esses dados podem partir de duas hipóteses: 1) a concepção de que ao adoecer, a pessoa perde habilidades e recursos para enfrentar as dificuldades do cotidiano podendo favorecer sua “queda” na escala socioeconômica e, 2) a hipótese de que os indivíduos com mais desvantagens sociais têm uma forte tendência a adoecer pelo fato de serem mais vulneráveis à perda e à fragmentação do seu sentido de self diante da precariedade em que vivem (Pilgrim & Rogers, 1999).

Consequentemente, a parcela da população com menor nível socioeconômico geralmente usa mais os serviços de saúde mental. Em primeiro lugar, porque tende a ser mais diagnosticada com doenças mentais. Em segundo, porque os serviços respondem às suas necessidades imediatas, seja prescrevendo medicamentos, seja apontando diagnósticos (Pilgrim & Rogers, 1999).

Sendo assim, Shaw, Dorling e Smith (2006, p.217) sugerem que as políticas públicas devem incluir: 1) a proteção dos direitos das minorias; 2) a adoção de regimes de bem-estar para proteger as pessoas com menor condição socioeconômica; 3) uma maior atenção às crianças; 4) a busca pela redução das desigualdades; 5) educação e oportunidades para todos; 6) a compreensão das barreiras de acesso aos serviços e tentar

diminuí-las; 7) *follow-up* para aqueles que vivem em instituições; 8) moradia adequada; 9) políticas de emprego e 10) maior atenção à saúde dos imigrantes e outros grupos excluídos da sociedade, independentemente do motivo.

Kohn, Saxena, Levan e Saraceno (2004) colocam algumas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para diminuir a distância entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas que de fato estão em tratamento: 1) tornar o tratamento em saúde mental acessível na atenção básica; 2) tornar os medicamentos mais acessíveis; 3) incluir a comunidade nos cuidados às pessoas em sofrimento; 4) fornecer conhecimento sobre saúde mental; 5) envolver as famílias e a comunidade nas questões políticas de saúde mental; 6) estabelecer programas de saúde mental; 7) capacitar os profissionais para a saúde mental; e 8) fomentar pesquisas sobre o tema.

Essas diretrizes apontam diferentes caminhos para a implementação de políticas em saúde mental, no entanto, estas ainda dependem das decisões políticas em todas as esferas governamentais. Assim, é evidente que o campo da saúde, isoladamente, não pode solucionar todos os problemas gerados na vida das pessoas.

Um dos grandes desafios é justamente estruturar práticas de saúde, e especialmente políticas sociais multisetoriais que englobem essa complexidade. Estas políticas devem se mostrar mais adequadas e mais próximas às necessidades da população considerando a organização socioeconômica e política. Essa é uma das maiores dificuldades a ser enfrentada nos serviços públicos de saúde. Para compreender melhor essas dificuldades, o próximo capítulo abordará o tema do SUS e da atenção básica em saúde mental. O objetivo é mostrar a importância de se trabalhar com uma perspectiva de saúde mais abrangente e aproveitar os espaços já existentes para refletir sobre o sofrimento psicológico e as possibilidades de cuidado.

III. OS DISCURSOS E AS PRÁTICAS DE CUIDADO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE RELACIONADAS COM A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE MENTAL

*Nada que possa conseguir sem dificuldade
e sem trabalho é verdadeiramente valioso
(Joseph Addison)*

A saúde pública brasileira, considerada *instituição*, a partir das concepções da Etnografia Institucional, conforme colocado no Capítulo I, traz em sua organização e funcionamento, diretrizes, princípios, normas e valores que perpassam os documentos e as práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho. Além dos *textos* que conformam a *instituição*, há os trabalhadores de saúde com suas ideias, concepções de saúde e doença, bem como seus discursos profissionais. Sendo assim, refletir sobre os discursos e as práticas das políticas de saúde relacionadas à atenção básica em saúde mental é buscar compreender “o quê” e o “como” esses discursos e práticas acontecem no cotidiano das práticas de cuidado.

As diretrizes da atenção básica e dos programas a ela relacionados são apenas uma proposta, mas o que deve ser considerado é o trabalho vivo em ato. Portanto, precisa-se ver o trabalho não apenas na intervenção terapêutica, mas como produção do cuidado na interação entre trabalhador de saúde e usuário (Mehry, 2007).

O estudo das ações clínicas desenvolvidas nesse encontro entre trabalhador e usuário, assim como a dinâmica da interação e, especialmente, “o reconhecimento do papel ativo da pessoa que precisa do serviço de saúde” são relevantes e ajudam nesse processo comunicacional (Traverso-Yépez, 2008, p.80). Porém, no contexto da sociedade capitalista, observa-se que as ações de saúde estão muito mais voltadas à

dimensão tecnológica em detrimento do que Mariotti (2002) denomina de humanidades: a arte, os sentimentos, as emoções e os aspectos subjetivos.

A ênfase na dimensão tecnológica, no aspecto quantitativo e racional das ações de saúde contribui para que os profissionais de saúde se tornem fornecedores e os usuários, consumidores da mercadoria denominada saúde (Mariotti, 2002). Assim, a relação médico-paciente tem se deteriorado em função da mercantilização da medicina, em que o paciente é apenas um consumidor dos bens médicos (Luz, 2007).

Dessa forma, tem-se de um lado, a necessidade de estabelecer relações mais afetivas e acolhedoras com os usuários, de outro, as limitações do próprio sistema para gerar esse tipo de relacionamento (Campos, 1997; Mendes, 1999; Mehry, 2007). Contudo, é possível constatar que as alternativas de solução geralmente deixam de lado os aspectos estruturais envolvidos na gestão e manutenção dos serviços quando responsabilizam apenas os trabalhadores de saúde ou quando focalizam apenas as questões relacionadas à falta de recursos para o desenvolvimento de um bom trabalho.

Assim sendo, o objetivo central do presente capítulo é tecer uma análise sobre os diferentes aspectos que permeiam a atual rede de cuidados em saúde, focalizando nos discursos e práticas relacionados à Atenção Básica em saúde mental. A discussão se inicia com uma reflexão sobre a conjuntura social e política que permeia o desenvolvimento do atual sistema público de saúde. Em seguida, são apresentadas as diretrizes e princípios da Atenção Básica, assim como o Programa Saúde da Família (PSF) e suas relações com a saúde mental, tanto no que concerne às políticas como às práticas de cuidado nesse contexto.

Esses temas serão articulados com o processo de implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica que pretendem, de alguma maneira, superar as limitações do modelo organicista e centrado na doença. Se apoia,

ainda, nas principais dificuldades de implementação desse modelo e nas linhas de tensão e conflito que permeiam os diferentes dispositivos de atenção à saúde mental.

3.1. – Do movimento higienista ao movimento pela reforma sanitária – um século de tensões entre política econômica e políticas sociais

Para compreender a conformação atual das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil é preciso analisar a conjuntura global de constituição das políticas sociais e dos discursos sobre saúde, doença e práticas médicas no país. Parte-se do critério de que tais políticas e práticas de intervenção não estão isoladas, antes, elas estão incluídas em um contexto histórico, social e cultural.

Nessa perspectiva, há um consenso geral de que o Brasil, apesar das riquezas naturais e de sua significativa extensão geográfica, tem uma história marcada pela exploração desordenada dos seus recursos e pela forte desigualdade social (Oliveira, 2005). As principais atividades econômicas desenvolvidas no Brasil colonial eram permeadas pelo extrativismo de suas riquezas naturais até o último aluvião de ouro, sem que a população local pudesse usufruir dessas riquezas, pois tudo o que era produzido era enviado a Portugal ou para outros países da Europa (Galeano, 1971; Gomes, 2007).

Assim, a colônia foi mantida por três séculos “isolada no atraso e na ignorância” (Gomes, 2007, p. 126) em virtude do pouco acesso à educação formal e do restrito usufruto dos bens produzidos pela maioria da população. Nesse período, havia pouco mais de 3 milhões de pessoas no Brasil, sendo a maioria de escravos e de analfabetos, pobres e com o nível de saúde bastante precário em função das doenças infecto-contagiosas e da ausência de um sistema de saúde formalmente organizado (Bertolozzi & Greco, 1996; Rosen, 1994). No entanto, as diferenças entre as classes sociais que já

se expressava no acesso aos cuidados em saúde: enquanto os senhores do café - a classe dominante da época - eram consultados por médicos portugueses, a maioria da população se utilizava dos conhecimentos populares sobre as doenças (Bertolozzi & Greco, 1996). O desenvolvimento social e econômico do Brasil está, assim, permeado pela estrutura de dominação e exploração e da forte desigualdade social desde o período da colonização, passando pelo Império, até chegar à República.

Uma série de eventos políticos contribuiu para a instalação da República em 1889, com os ideais de um estado democrático, porém essa mudança sociopolítica não foi realizada em toda sua plenitude, pois as decisões continuaram centralizadas e normalmente sem a participação do povo. Como afirma Luz (2000) “a República brasileira é um filho temporão do século passado, uma medida política tardiamente formada num dos últimos reinos escravistas do continente” (p. 295).

A concentração de poder em determinados extratos sociais - como os donos dos cafezais e os senhores de engenho - permeou a organização de praticamente todas as políticas desenvolvidas no Brasil, inclusive as políticas sociais. As decisões em geral eram tomadas em função da adoção do modelo capitalista na organização social, econômica e política. Um exemplo disso é que no período das oligarquias, século XIX/XX, a elite dominante tinha maior poder de decisão em todas as esferas, inclusive política e econômica.

No campo das políticas sociais, os primeiros movimentos de uma política de saúde ficaram mais conhecidos como a Revolta da Vacina, ocorrida no Rio de Janeiro no ano de 1904. A revolta se inicia em virtude da instituição da Lei da Vacina pelo então presidente Rodrigues Alves. Em virtude das constantes epidemias de febre amarela, peste bubônica e varíola no Rio de Janeiro e no interior do país, a população foi obrigada a se vacinar, sobretudo os pobres que sofriam mais com a falta de higiene

e, conseqüentemente, com as doenças (Bertolozzi & Greco, 1996). Esse movimento se coaduna com a imposição de uma disciplina do corpo apontada por Foucault (1988) e Costa (1999), além de estar em consonância com os ideais de uma sociedade civilizada e aberta para o processo de modernização industrial e econômica.

A população, já sofrida em virtude das dificuldades sociais e econômicas presentes na época, se revoltou e foi às ruas protestar contra a obrigatoriedade da vacina e da violência a que estava submetida. Para conter a turba revoltada, o presidente precisou dispor de força militar, o que gerou mais protestos e violência. Essa revolta ocorreu em função das medidas prescritivas e verticalizadas realizadas de maneira violenta e coercitiva. Na verdade, pode-se considerar que foram medidas impostas em função da crise econômica do momento e a partir dos interesses de certos grupos preocupados em manter sua posição socioeconômica na sociedade.

No início do século XX, já havia médicos nas cidades e as práticas de saúde passam a ser permeadas pelo denominado movimento higienista, cujos princípios versavam sobre a melhora das condições de saúde e de higiene da população. Os higienistas acreditavam que o atraso social e político do Brasil era decorrente das questões sociais e da falta de educação do seu povo. Dessa maneira, era preciso incutir novos comportamentos e medidas de higiene que pudessem favorecer o desenvolvimento e o progresso do Brasil já que com as doenças, a sujeira e a falta de educação, os brasileiros, nessa perspectiva, estavam em situação de atraso em relação aos europeus.

Os discursos de responsabilização das pessoas por suas condições de saúde e hábitos de higiene contribuem para que as questões socioeconômicas e a estrutura de iniquidades sociais vigentes não sejam consideradas pelas políticas públicas. Conseqüentemente, as pessoas precisam adquirir novos hábitos e comportamentos para

manter sua saúde, independente das condições de vida. O tom autoritário das medidas e a ação policial punitiva reforçam essa ideia de responsabilização individual dos hábitos de saúde:

Com essa autoridade, os médicos prescreveram novos hábitos sobre todas as condições que pudessem afetar, de algum modo, a saúde, ou seja, todas as atividades humanas - trabalho, escola, moradia, asseio corporal, moralidade. Se o país estava doente, cabia curá-lo, ou melhor, saneá-lo (Góis Júnior, 2002, p.48).

Portanto, essa preocupação em “sanear o país” tanto traz consequências positivas quando negativas. Góis Júnior e Lovisolo (2003) apontam alguns aspectos positivos do movimento higienista no sentido de que trouxe a melhora dos hábitos de higiene e saúde para a população, uma preocupação maior com a educação, com a moral e os bons costumes.

Porém, os princípios do movimento higienista eram perpassados pela ideologia positivista, que compartilhava da noção de progresso como o desenvolvimento da ciência e da sociedade dentro de determinados valores calcados na razão. Assim, a educação e a saúde eram consideradas como campos de conhecimento que deveriam avançar em termos científicos para garantir maior civilidade à população brasileira. Nesse sentido, boa parte dos interesses dos higienistas era justamente “preparar” e “educar” o povo a fim de contribuir para o desenvolvimento do país através do fortalecimento e manutenção da força de trabalho.

Apesar do iminente desenvolvimento da industrialização no país em busca do progresso, o sertão brasileiro contava com índices alarmantes de tripanossomíase, doença estudada pelo médico Carlos Chagas e hoje conhecida como doença de Chagas. Essa infecção assolava a população interiorana que vivia em casas de pau a pique, lugar ideal para a moradia do inseto transmissor, o barbeiro. Tal enfermidade era considerada

como “doença do Brasil”, porquanto era consequência das condições precárias e da pobreza em que vivia boa parte da população acometida. Como se sabe, é também uma doença incapacitante, que pode deformar o físico da pessoa, bem como trazer problemas neurológicos, caso não seja tratada adequadamente.

O movimento higienista nos primórdios do início do século XX também contou com a participação e envolvimento de parte da elite intelectual brasileira como Monteiro Lobato, por exemplo, que criou o personagem Jeca Tatu, indolente e fraco, que através da educação e das regras de civilidade conseguiu progredir na vida. Esse exemplo ilustra claramente que a falta de educação e de regras morais tinham como consequência a preguiça e a pobreza de espírito, o que não iria contribuir em nada com o avanço econômico desejado. Observa-se, mais uma vez, a responsabilização do indivíduo por suas condições de vida, de saúde e de educação. Essa ideologia pressupõe que para progredir na vida, as pessoas precisavam lutar por seus ideais e obedecer aos preceitos higienistas, independente da situação socioeconômica.

Sendo assim, as concepções de saúde e doença do início do século XX perpassavam pela questão da educação e da moral e ainda podem ser encontradas em diferentes contextos, principalmente no quesito responsabilização dos cidadãos pela manutenção de sua saúde. Ou seja, o cidadão é responsabilizado em buscar informações sobre como ficar saudável e em atender as regras de higiene divulgadas pelo governo. Nesse momento, as práticas de saúde com vistas à melhora das condições de vida do povo significavam ações de cunho autoritário, desconsiderando o contexto de privação socioeconômica de grande parte da população brasileira (Costa, 1999; Góis Júnior, 2002; Mehry, 2007).

Contudo, alguns higienistas também defenderam que para o saneamento geral do Brasil era preciso uma reorganização da política brasileira. Assim, em 1918, é fundada a

Liga Pró Saneamento do Brasil que buscava uma ação pública efetiva para melhorar as condições sanitárias e tinha como lema central “saneamento dos sertões”. Nessa época, Belisário Penna, um dos principais defensores do movimento, mostrou a realidade de pobreza e sujeira em que vivia parte da população brasileira.

A conjuntura social e política do país se caracterizava pelo estado de pobreza e precariedade de boa parte de sua população em função da situação de dependência econômica (Singer, 1998). As doenças tropicais e outras mazelas sociais se agravavam cada vez mais, principalmente no interior do país, aumentando os índices de morbimortalidade e contribuindo para o enfraquecimento da força de trabalho.

Sob a perspectiva desse setor do movimento higienista, não só a educação do povo seria eficaz, mas também o desenvolvimento de políticas que efetivassem mudanças nas condições de vida visto que as pessoas mais pobres eram geralmente mais afetadas pelas doenças. Esse movimento foi pouco a pouco contribuindo para que o Estado assumisse o papel de elaborar e administrar as políticas de saúde de maneira que, em 1919, foi instaurado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas, também militante do movimento higienista.

Com a criação do DNSP, o Estado vai gradativamente assumindo a responsabilidade pelas ações de saúde pública no país. Belisário Penna consegue relacionar política, sociedade e saúde em sua obra, apontando o papel dessas dimensões para a melhoria das condições de higiene e de vida da população (Thielen & Santos, 2002).

Paralelamente ao movimento higienista, a ciência médica passa a ser hegemônica no campo da saúde ao ampliar o conhecimento sobre as doenças infecto-contagiosas tais como os transmissores e os seus modos de transmissão. Com isso, os higienistas se esforçaram em agregar os conhecimentos científicos às políticas de saúde

para que tivessem mais força de adesão entre aqueles que não aceitassem as imposições das ações educativas. Nesse contexto, o poder do conhecimento gerado pela ciência acaba se sobrepondo à sabedoria popular e contribuindo com o solapamento de outras formas de cuidado que não fossem àquelas preconizadas pelo movimento higienista, agora com conotações científicas (Luz, 2000).

O discurso médico científico tem força ideológica quando preconiza o restabelecimento da saúde, leia-se eliminação da doença, para que a pessoa possa continuar no sistema de produção nas melhores condições possíveis. Contudo, sendo um sistema excludente, grande parte da população é de fato escamoteada em relação aos direitos de cidadania.

Dessa maneira, o movimento higienista se caracterizava como um movimento político e científico, pois era formado basicamente por intelectuais, dentre eles, médicos que estudavam as causas e a evolução das infecções parasitárias, mas sem participação popular. Contudo, a racionalidade médica vai gradativamente sendo incorporada até se tornar o modelo de saúde hegemônico entre boa parte da população.

Embora tenha sido um movimento repleto de contradições e interesses políticos heterogêneos, esse movimento pode ser considerado como um primeiro aporte para o futuro sistema de saúde pública brasileiro. Muitas de suas ideias e concepções ainda podem ser encontradas no interior das práticas de saúde, como em alguns casos de educação em saúde quando se utilizam palestras meramente informativas para colocar para a população o que pode e o que não pode fazer em relação às questões de saúde e doença. Essas situações se expressam também quando se responsabiliza unicamente a pessoa ou a família por suas condições de saúde.

Destarte, pode-se afirmar que alguns setores do movimento higienista já apontava a conexão entre condições de vida e adoecimento, bem como procurava se

articular politicamente para que as ações de saúde fossem promovidas e financiadas pelo Estado. O Estado passou a se responsabilizar não só pelas políticas de saúde, mas também pelas ações que tentam amenizar toda a situação de pobreza decorrente da progressiva industrialização e fortalecimento do modelo capitalista na organização social e política. Porém, com o processo de modernização e industrialização no Brasil do início do século XX, “a incerteza, a precariedade e as novas formas de instabilidade social continuam a crescer *pari passu* ao processo de industrialização” (Magalhães, 2001, p. 569).

Singer (1998) considera que o Estado brasileiro, em geral, se caracteriza pela dependência e subordinação às economias dominantes. Da Independência, em 1822, à I Guerra Mundial, havia o que o autor denomina de dependência consentida, cujo maior objetivo era o progresso do país em detrimento do seu desenvolvimento. Após as duas grandes guerras, se constitui uma situação mais complexa e diversificada que caracteriza a dependência tolerada (Singer, 1998). Nessa situação, os países em desenvolvimento dependem dos países industrializados em termos de tecnologia e recursos financeiros até que possam se tornar independentes economicamente.

Contudo, ao final dos anos 80, em virtude do endividamento crescente, muitos países em desenvolvimento abriram suas portas ao capital estrangeiro e às importações. Esse movimento é denominado por Singer (1998) de dependência desejada porque os países passaram a depender do capital privado globalizado para poder continuar com o processo de desenvolvimento. O lado negativo desse tipo de dependência é que o país consegue se desenvolver em alguns aspectos, mas o desemprego e a exclusão social aumentaram significativamente em função da globalização e do projeto neoliberal adotado.

A corrupção e manipulação política contribuem para o desvio dos recursos destinados às políticas sociais, no sentido de que “o poder central negocia, desvia, cerceia ou libera as verbas em princípio destinados a setores sociais básicos, como saúde e previdência social” (Luz, 2000, p.304). Quando há evidências claras de desvio de verbas ou o seu uso de forma indevida, quase nada é feito e as pessoas nem se surpreendem, como se aquilo já fizesse parte do cotidiano.

Em relação às políticas de saúde, o Brasil, em meados do século XX, se caracterizava fortemente por um Estado centralizador em que a sociedade civil pouco participava das decisões políticas, principalmente durante o governo Vargas (1930-1945) e no período da ditadura militar (1964-1984) (Luz, 2000). No governo Vargas, os direitos básicos como saúde e educação passaram a ser responsabilidade do Estado, mas sob a forma de fundos de aposentadorias e pensões, bem como os benefícios trabalhistas que vigoram até hoje. As políticas sociais e de saúde foram assim direcionadas preferencialmente aos trabalhadores contratados, que pagavam pela previdência sendo que boa parte da população, que não possuía vínculo empregatício, dependia de outros programas do governo e de filantropia.

Observa-se que as políticas de saúde a partir dos anos 50 se voltam para um cuidado mais curativo em função do modelo biomédico vigente, além de serem segmentadas e restritivas, pois só tinha acesso ao sistema de saúde aquele que, estando inserido no mercado de trabalho, contribuía com a Previdência Social. O sistema de saúde, financiado pela Previdência Social e outras formas de arrecadação do governo, acabou por tornar-se frágil e praticamente inviável, pois a demanda começou a ficar maior do que a oferta, trazendo grandes prejuízos para o Estado. Além disso, boa parte da população não tinha nenhum acesso aos serviços. Pode-se afirmar que enquanto o processo de industrialização se firmava cada vez mais no país, a ação das políticas de

saúde, previdenciárias, pouco contribuiu para a diminuição da pobreza e aumento dos níveis de saúde.

Nos anos 60, o governo João Goulart idealizou um pacote de reformas denominado de “Reforma de Base” que incluía, entre outras mudanças, uma melhor distribuição de renda para diminuir os índices de pobreza e a estatização da atenção médica, no sentido de colocar a saúde como um bem público sob responsabilidade do Estado. De acordo com Luz (2000), essas propostas se caracterizavam pela descentralização e desconcentração de poder, bem como contavam com o apoio e a participação popular. Para essa autora, os ideais dessa reforma foi um breve interlúdio democrático no meio do autoritarismo histórico.

Contudo, os militares e os grandes proprietários se viram ameaçados com a reforma idealizada no governo João Goulart e, antes que quaisquer umas dessas propostas viessem a ser adotadas, houve o golpe de estado militar em 1964 e o país mergulhou em 20 anos de total centralização do poder, perseguições e censura. Assim, não houve qualquer avanço em relação às políticas públicas de saúde, a não ser o funcionamento da Previdência Social através do INAMPS, que só beneficiava os trabalhadores formalmente contratados.

Somente em meados dos anos 70 é que a insatisfação gerada pela ineficiência e progressiva fragilização da conjuntura política possibilitou que alguns movimentos políticos e outros de cunho mais popular começassem a tomar forma e a se fortalecer ao longo da década. Diante do quadro de pauperização e vulnerabilidade decorrente das desigualdades sociais e econômicas, e influenciado pelo movimento europeu, o Estado brasileiro desenvolveu políticas de proteção social, denominadas de *Welfare state* (Magalhães, 2001; Oliveira, 2005). Essas políticas visavam a diminuição da pobreza através do financiamento de programas sociais e da disseminação da cultura de

solidariedade. No entanto, as políticas de *Welfare state* não foram realmente implementadas aqui como preconizadas e praticadas nos países mais desenvolvidos, em decorrência da própria organização política e social do Brasil. Grandes setores da população na base da pirâmide social ficaram excluídos dessas ações públicas (Luz, 2000; Magalhães, 2001).

Em relação aos movimentos populares, destaca-se o movimento pela reforma sanitária, que objetivava uma mudança organizacional no sistema de saúde vigente começando pela descentralização das ações de saúde. O objetivo era fortalecer um Ministério da Saúde independente e com recursos próprios, em detrimento do INAMPS.

As diretrizes do movimento pela reforma sanitária deflagraram conflitos políticos, pois quem estava no INAMPS não queria perder o poder adquirido. Por outro lado, o comando do Ministério da Saúde não podia ser dado a qualquer pessoa, mas sim a alguém que estivesse do “lado” do governo (Pereira, 1996). Apesar das tensões internas, os militantes do movimento pela reforma sanitária conseguiram se articular politicamente e muitos participaram da Conferência Mundial de Saúde, em Alma Ata, no ano de 1978, onde se fortaleceu a concepção de saúde como direito universal.

O movimento pela reforma sanitária também estava em consonância com as críticas ao modelo biomédico e à fragmentação dos cuidados em saúde preconizadas por diversos movimentos sociais e políticos que se iniciam nos anos 60/70 do século XX e tem o seu auge nos anos 80, com o processo de redemocratização do Brasil. Com isso, vai se conformando um contexto social e político ideal para uma mudança na maneira de se pensar e se organizar a saúde.

Apesar de toda a tensão entre aqueles que defendiam um sistema único de saúde e os que defendiam a manutenção do *status quo*, foi viabilizada a VIII Conferência Nacional de Saúde entre o Ministério da Previdência Social e o Ministério da Saúde, em

1986. A VIII CNS foi um marco para o processo de implementação e consolidação de um novo sistema de saúde no Brasil, pois se consolidou o lema “saúde como direito de todos e dever do Estado”, como uma grande meta a ser alcançada pelo sistema público de saúde.

Esse novo sistema deveria incluir a descentralização, a participação dos usuários e as ações integradas em saúde (AIS). Diante dessa nova proposta, a saúde passa a ser considerada um processo coletivo (Draibe, 2003), um direito de cidadania e os movimentos populares defendem a total acessibilidade aos serviços.

Entretanto, parte das propostas do movimento sanitário foi reformulada mais uma vez em função da tensão entre os interesses do Estado, do mercado e da sociedade. Para Cohn (2006), há um constante “jogo” político entre o Estado, o mercado e a sociedade. Em geral, os interesses do mercado e do Estado prevalecem mais do que os da sociedade, dependendo da conjuntura social e política do momento. Diante de todo esse quadro, evidencia-se que os interesses do mercado têm um papel hegemônico, ao Estado aderir ao modo de produção capitalista e ao projeto neoliberal. Enquanto isso, as políticas sociais sofrem com a falta de estrutura e com uma relativa falta de interesse das classes dominantes.

Por exemplo, a proposta vitoriosa da VIII CNS foi a progressiva estatização do sistema de saúde, pois esta não deveria ser um bem de consumo, mas um direito de todas as pessoas. Diante de tal perspectiva, o setor privado, a medicina liberal e os hospitais se mobilizaram para defenderem a autonomia de seus serviços, deixando clara a sua posição de não aceitar a estatização total da saúde.

No período da organização da Constituição de 1988, os reformistas tentaram viabilizar suas propostas, assim como integrantes do setor privado também se mobilizaram para defender os seus interesses. Os reformistas defendiam a criação de um

Fundo Único de Saúde, para garantir recursos permanentes e estáveis ao sistema de saúde. Contudo, a proposta vencedora foi a de um Ministério da Saúde forte e descentralizado, sem tanta autonomia financeira, dependendo única e exclusivamente dos recursos da Previdência Social (Pereira, 1996).

A promulgação da Constituição Federal em 1988 também fortaleceu a implantação do SUS que gradativamente foi tomando o lugar do SUDS. O novo sistema propunha a regionalização e hierarquização da assistência, a resolutividade, a descentralização, a participação e controle social, a equidade e a integralidade. Dessa maneira, “o processo de redemocratização se efetiva, com uma imensa revitalização do movimento social urbano e popular, que culmina com os debates legislativos em torno do processo constituinte que referenda a Constituição de 1988” (Rosa, 2006, p.53). Enquanto isso, o setor privado consegue manter seus privilégios e sua autonomia mesmo com a implantação do SUS.

Assim, o governo Sarney decidiu pela descentralização do sistema público e não a estatização total como pretendia os reformistas. O presidente assinou, então, a proposta do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que, de acordo com alguns reformistas, foi uma tentativa de sobrevivência política do INAMPS e do Ministério da Previdência Social (Pereira, 1996).

O SUDS não trouxe o impacto esperado sobre as condições de saúde, pois alguns dos princípios da reforma sanitária foram implementados de forma limitada e pouco eficaz. Além disso, muitos atores da reforma foram gradativamente saindo do Ministério da Saúde em função dos conflitos gerados entre os diferentes interesses do Ministério da Saúde e da Previdência Social.

No contexto mais geral, o Brasil vinha tendo pouco crescimento econômico desde os anos 80 mesmo com a adoção de uma agenda neoliberal pelo governo Sarney e

mantida pelos governos seguintes (Draibe, 2003; Pochman, 2007). Essa política contribuiu para o aumento do desemprego e consequente piora das condições de vida da população. A demanda em saúde aumentou consideravelmente; bem mais do que a capacidade do Estado e do sistema previdenciário em provê-la. Já as políticas sociais, consideradas como “parte do processo estatal de transferência e distribuição de recursos fundamentais à existência dos grupos sociais” (Marsiglia, Silveira & Carneiro Jr., 2005, p. 70), mantiveram-se frágeis e carentes de estabilidade.

Um dos pontos críticos é que a descentralização, embora contribua para a autonomia dos estados e municípios, favorece o uso indevido desses recursos por alguns secretários de saúde, mais interessados em sua ascensão política do que na saúde da população (Pereira, 1996). Isso só exemplifica o mau uso da verba pública, mostrando que a preocupação pelo bem-estar coletivo é algo que fica dependente da qualidade dos servidores públicos, muitas vezes estando em primeiro lugar os seus interesses pessoais ou de algum grupo específico.

O fato de o SUS e de todos os seus princípios, como universalização e descentralização, fazerem parte da nova Constituição Federal é um grande avanço para um país que acabava de sair de uma ditadura militar. Isso porque busca abranger toda a população, inclusive aquela que ficava excluída do sistema previdenciário.

Todavia, as políticas sociais, mesmo não tão bem efetivadas nos anos 80 são quase que desmontadas no período do governo Collor, no início dos anos 90, em função da decisão política de adotar o neoliberalismo no país e de uma política econômica de ajuste fiscal. A política neoliberal fortalece a precarização dos serviços providos pelo Estado, pois, o governo precisa arcar com os custos do desenvolvimento econômico do país, em detrimento, muitas vezes, das políticas públicas de proteção social e de saúde.

Os recursos são usados para o pagamento da dívida pública em detrimento do investimento em saúde e educação para a população.

Para Pochman (2007), “os recursos comprometidos com o pagamento da dívida pública terminam sendo improdutivos do ponto de vista da geração de postos de trabalho” (p. 1483). Ainda não há, de fato, uma prioridade máxima para as políticas sociais, como é o caso da saúde.

Ainda na década de 1990, a Constituição de 1988 começa a sofrer o impacto de uma política que privilegia o livre mercado e a fragilização do setor público de maneira que o SUS vai se construindo dentro desse contexto de tensão socioeconômica e, apesar de avanços em algumas áreas, muitas de suas diretrizes são “esquecidas” e quando muito, postas em prática de forma precária:

As políticas sociais são subordinadas às reformas estruturais e restritas a ação emergencial de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constituir uma política pública, contrariando a Constituição de 1988, que estabelece a universalidade e a igualdade como princípios de Seguridade Social (Rosa, 2006, p.57).

Dessa maneira, boa parte da população vai se tornando dependente dos benefícios concedidos pelo governo, sem efetivamente participar das esferas decisórias. Luz (2000) comenta a atual passividade da população diante da corrupção e inadequação da política previdenciária para resolver os problemas de saúde. Uma das explicações se refere à concentração de poder e à desigualdade socioeconômica como fato histórico e naturalizado, além de que a população com menor poder aquisitivo, em geral, não tem a oportunidade de participar efetivamente das decisões políticas.

O modo como o SUS foi implantado nos anos 90, com mudanças no seu projeto original e com o enfraquecimento de força política em função da saída de vários

reformistas do Ministério da Saúde, aponta para uma organização com muitas lacunas e diferentes problemas nos seus vários níveis. Dessa maneira, mal o SUS se implementa no contexto brasileiro, sofre as consequências da adoção de uma agenda política que agrava ainda mais a questão social “por se fazerem acompanhar de medidas recessivas que desempregam e, ao mesmo tempo, restringem e eliminam direitos, inclusive sociais” (Rosa, 2006, p.56).

Assim, o SUS acaba se constituindo como uma política de saúde avançada em termos da retórica de organização, gestão e princípios, mas com o sucateamento constante dos recursos para provê-lo, as ações ficam limitadas e muitas vezes de má qualidade. Quem ganha com isso é o setor privado que, desde os anos 80, vem crescendo cada vez mais com os planos de saúde, as cooperativas e o convênio desse setor com o próprio sistema público, no sentido de que os procedimentos mais caros geralmente são viabilizados pelo governo.

O governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC) é considerado como um dos que mais contribuiu para a reorganização das políticas sociais no Brasil (Draibe, 2003). No campo da saúde pública, houve o desenvolvimento do Programa Saúde da Família, em 1994, a elaboração do Piso da Atenção Básica – PAB em 1997, com o objetivo de distribuir melhor os recursos entre os municípios, bem como a promulgação da Emenda Constitucional n. 29 que fixa 5% do PIB brasileiro, 12% da renda dos estados e 15% da renda dos municípios com os gastos com saúde. Ainda assim, a manutenção da agenda neoliberal constitui um obstáculo significativo para que essas decisões tenham um impacto maior sobre o SUS.

Franco, Bueno e Mehry (2004) afirmam que o Estado é foco de interesses variados: de um lado, os que querem que a saúde seja um bem de consumo e de outro, os que concebem a saúde como um direito de cidadania. É um campo em permanente

tensão, mas sempre pendendo para os interesses privados em detrimento das políticas públicas. Isso pode contribuir para uma série de dificuldades em investir em melhores condições de trabalho, na ampliação dos serviços, na capacitação dos diferentes trabalhadores de saúde.

A lógica do livre mercado tende a enfraquecer as políticas públicas que muitas vezes ficam sem o investimento necessário para sua ampliação. Consequentemente, como essa problemática exposta acima é corriqueira e faz parte do cotidiano das instituições públicas, quem possui mais recursos, procura os serviços privados, reforçando-se toda uma ideologia de descrédito aos serviços públicos.

A maioria das pessoas, mesmo não podendo, faz algum sacrifício para pagar um plano privado, por acreditarem que esse serviço é melhor do que aqueles prestados pelo SUS. A mídia também contribui para a divulgação de que a saúde pública está sempre em crise quando elabora extensas matérias sobre o caos nos hospitais, a falta de equipamentos, a estrutura física precária de algumas unidades básicas, o que não deixa de retratar a realidade, mas há poucas reportagens sobre os avanços, os esforços empreendidos por alguns profissionais de saúde e o que funciona bem nos serviços.

Pela conjuntura acima esboçada, os problemas dos serviços públicos de saúde não são simples de serem sanados. É como se a desigualdade social e o pouco acesso aos bens e direitos de cidadania tivessem sido naturalizados, fazendo parte da subjetividade do brasileiro. Nesse aspecto, não basta só melhorar o sistema de saúde *per si*, mas também compreender melhor a questão social e cultural que impede o espírito de solidariedade e o comprometimento com os direitos do cidadão.

O que se pode observar a partir dessa análise é que o SUS foi organizado e implementado em meio a conflitos de ordem política, diferentes composições de forças e interesses diversos, em que raramente se pensa em quem realmente deve ser

beneficiado pelo SUS: a população. Os ideais do SUS se perdem nessa coalização de forças, na crônica falta de recursos, como se os princípios da reforma sanitária tivessem sido colocados em prática de forma remediada para dar alguma satisfação à sociedade, muita ao mercado e parte ao Estado.

De acordo com Luz (2000), o crescente empobrecimento da população gera mais demanda em saúde, sobretudo de sofrimento mental e psicológico em decorrência das péssimas condições de vida. A pessoa vai perdendo sua capacidade de intervir em sua própria vida, seja pela baixa autoestima, seja pelo sentimento de impotência, descrença, desesperança. De acordo com Traverso-Yépez (2009), “(...) o problema não é só a pobreza, mas a falta de acesso aos recursos que poderiam contribuir para o desenvolvimento dos seus potenciais como seres humanos” (p. 194). E o não desenvolvimento da potencialidade que cada pessoa tem, gera mais sofrimento que vai desembocar nos serviços de saúde, como a atenção básica, porta de entrada do sistema.

Dessa forma, vai se constituindo um ciclo vicioso em que os ideais do SUS vão sendo paulatinamente empobrecidos, já que no dia a dia sequer as necessidades básicas são supridas e a demanda da população por esse serviço vai aumentando cada vez mais.

3.2. A Atenção Básica no Brasil: diretrizes e estratégias

A organização do SUS estabelece três níveis de atenção: a básica, a secundária e a terciária. A atenção básica se refere aos serviços considerados de baixa complexidade, mais voltados à promoção de saúde, prevenção de doenças e a resolutividade dos problemas menos graves na própria Unidade Básica de Saúde. Já a atenção secundária e terciária se caracteriza por serviços de média e alta complexidade, respectivamente, como os serviços especializados e hospitalares. O foco do presente subcapítulo se centra

na atenção básica em função de esse contexto ser considerado como a porta de entrada do SUS, bem como a constatação da alta prevalência de sofrimento psicológico nesses serviços, expresso através das queixas de nervosismo, ansiedade e depressão, entre outras.

As diretrizes do SUS indicam o modelo de organização sob a forma do trabalho em rede, de maneira que as pessoas devem ser atendidas primeiramente na atenção básica e, caso necessário, recebem a referência (encaminhamento) para os níveis de média e/ou alta complexidade (atenção secundária e terciária) (Coordenação de saúde mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003). No contexto da média e alta complexidade, se encontram os profissionais de saúde especialistas que vão se ater primordialmente às afecções diagnosticadas na atenção básica, o acompanhamento e intervenção sobre as doenças crônicas e agudas, bem como o atendimento a urgências e emergências.

Os psicólogos e psiquiatras são considerados especialistas de média complexidade de modo que geralmente trabalham em ambulatórios, policlínicas e/ou unidades mistas. Em geral, os psiquiatras são mais encontrados nos hospitais psiquiátricos e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, 2009).

O sistema de saúde brasileiro é bastante complexo, constituído por muitas leis, portarias e documentos referentes aos modos de gestão, financiamento, dados epidemiológicos e todo tipo de ação a ser desenvolvida. Foge ao âmbito desse trabalho, analisar todos os documentos já publicados sobre a atenção básica, em função dos objetivos dessa pesquisa, que versam sobre os discursos e as práticas de cuidado às pessoas com queixas de sofrimento psicológico.

Nesse sentido, serão analisados com mais profundidade no presente subcapítulo dois documentos oficiais da atenção básica, elaborados pelo Ministério da Saúde: 1) o “Manual para a Organização da Atenção Básica” (Ministério da Saúde, 1999); 2) a Portaria 648/GM, “Política Nacional da Atenção Básica” (DAB, 2006). Os dois documentos apontam as principais diretrizes a serem adotadas pelas respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde para que se alinhem ao modelo de gestão do Ministério da Saúde, bem como explicitam o modo de financiamento das ações na atenção básica. Apesar do intervalo de publicação, ambos os textos são praticamente semelhantes no que concerne ao modo geral de organização e suas diretrizes, mas há algumas diferenças que serão discutidas mais adiante.

O documento de 1999 conceitua a atenção básica como:

Um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, à prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (p.09).

Já no documento de 2006, a atenção básica é conceituada como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (DAB, 2006, p.10). Os termos “proteção da saúde” e “manutenção da saúde” denotam certa preocupação com a qualidade de vida e a necessidade do prolongamento do cuidado. Parece que o intuito é sair da perspectiva tradicional, curativista e biologicista através de um conceito ampliado de saúde que considera o papel das condições de vida no processo saúde-doença, bem como a ênfase em intervenções comunitárias.

Essa ampliação das ações pode ser considerada um avanço, pois nos últimos anos os estudos sobre o processo saúde-doença e as contribuições da antropologia, da

sociologia e da psicologia social vêm mostrando que a perspectiva biomédica não é suficiente para abordar todos os problemas de saúde. No capítulo anterior, foi analisada a queixa de nervoso que só pode ser compreendida em função do contexto social e cultural em que a pessoa que sofre se encontra. Ainda assim, o conceito contido no documento de 2006 precisa ser melhor incorporado nos serviços, pois a organização da política da atenção básica, especialmente referente ao financiamento das ações a serem desenvolvidas, ainda é limitada.

Em relação ao modo de organização dos serviços, os referidos documentos colocam que a atenção básica está pautada nos princípios do SUS e das Normas Operacionais Básicas - NOB/96 que contém as orientações necessárias para efetiva operacionalidade do sistema de saúde. A NOB/96 reafirma a participação e responsabilidade dos municípios na organização da atenção básica local, colocando todas as atribuições e ações que devem ser implementadas pelos municípios, desde ações de gestão e organização, até a avaliação do serviço.

O Ministério da Saúde (1999) descreve as ações que devem ser prioritariamente implantadas e desenvolvidas no contexto da atenção básica: incentivo ao aleitamento materno, imunização, combate às carências nutricionais, controle das infecções respiratórias agudas (crianças de 0 a 4 anos), controle de doenças diarreicas (principalmente em crianças de 0 a 4 anos), higiene bucal (0 a 4 anos), controle do pré-natal e puerpério, controle do câncer cérvico-uterino e de mama, planejamento familiar, assistência básica aos acidentados e doenças relacionadas ao trabalho, controle e tratamento da hanseníase e da tuberculose, controle e tratamento da hipertensão e da diabetes, ações de controle da obesidade, prevenção de acidentes por quedas, incentivo aos grupos de auto ajuda para reduzir internações por depressão (principalmente entre as pessoas com mais de 60 anos).

Em geral, o objetivo das ações descritas nos documentos tem um caráter meramente técnico, a maioria enfatizando a redução da morbimortalidade e a incidência do problema. São poucos os trechos que abordam mais claramente a promoção da saúde, tal como a atividade denominada de crescimento e desenvolvimento (CD), que preconiza “a participação das famílias nos cuidados com as crianças” (Ministério da Saúde, 1999, p. 20). Outras atividades descritas se referem ao desenvolvimento de intervenções educativas e a participação da comunidade, bem como a responsabilização pela garantia de referência e contrarreferência para que os usuários tenham acesso aos especialistas de que necessitem no menor tempo possível. No entanto, não há indicadores de como essas atividades podem ser realizadas, nem quais seriam as dificuldades em sua realização. Essas atividades são praticamente as mesmas descritas no documento de 2006.

Em relação ao modo de financiamento, o documento de 1999 coloca que os recursos para o funcionamento da atenção básica advêm do Ministério da Saúde através do Piso da Atenção Básica – PAB e apontam a responsabilidade dos municípios em “ampliar suas atribuições e assumir a implementação de novas ações e atividades” (Ministério da Saúde, 1999, p.07). O PAB se refere a um valor específico que é repassado do Ministério da Saúde para os municípios para o custeio das ações e atividades da atenção básica. Esse recurso só é repassado aos municípios “mediante a garantia de um mínimo de ações e procedimentos contidos na Portaria GM/MS no. 1882 de 18 de dezembro de 1997” (p.08). De acordo com a Portaria 1882/97, tais ações são:

Consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior; visita/atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da equipe de saúde da família; vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias;

atendimentos básicos por profissional de nível médio; atividades dos agentes comunitários de saúde; orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária; assistência ao parto domiciliar por médico do Programa de Saúde da Família e pronto atendimento (p.01/02).

Para a transferência dos recursos para o município, o documento de 2006 aponta os requisitos mínimos para manutenção da transferência do PAB:

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Para que essas ações sejam controladas e contabilizadas, os gestores e os profissionais de saúde do município devem garantir os preenchimentos de vários relatórios, denominados de Sistemas Nacionais de Informações tais como Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Ao trabalhador de saúde cabe preencher as fichas dos atendimentos e o SIAB, o que acaba por demandar mais tempo e burocratizar o trabalho, já que todas as atividades precisam ser quantificadas e descritas. Tal exigência pode ser considerada como mais uma forma de controle por parte do sistema econômico, que enfatiza a produtividade e a diminuição de gastos sempre que possível.

DAB (2006) coloca ainda que:

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção (p.20).

As metas colocadas para o ano de 2006 começam com “média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas” (DAB, 2006, p.20). Fica claro que, muitas vezes, o financiamento é condicionado ao número de consultas e demais procedimentos realizados nas unidades básicas de saúde, visto que o município precisa se adequar aos critérios do Ministério da Saúde para poder receber os recursos. Ou seja, é preciso promover as referidas ações e garantir uma quantidade mínima de procedimentos para que se justifique o financiamento.

Ora, como uma política de saúde que prevê atenção integralizada, humanizada, acolhedora pode existir efetivamente, se o modelo do financiamento está pautado nas exigências do mercado? Falta clareza nesses documentos, de como as ações de promoção de saúde devem ser quantificadas, assim como os trabalhos de acolhimento, grupos e outros que eventualmente possam fazer parte do cotidiano daquele contexto específico.

Alguns autores como Luz (2000) e Mesa-Lago (2007) consideram que apesar da autonomia garantida pelo princípio da descentralização, os municípios ficam atrelados à instância superior representada pelo Ministério da Saúde. Dessa maneira, muitas atividades e iniciativas dos profissionais que trabalham na atenção básica podem deixar de acontecer, já que algumas não estão previstas no documento oficial e, portanto, poderão não ser financiadas. A ênfase na produtividade também pode contribuir para uma queda na qualidade do atendimento, já que o trabalhador de saúde terá que atender

mais pacientes em um turno, dificultando o acolhimento de qualidade, que é justamente um dos princípios da atenção básica.

Os documentos de 1999 e 2006 explicam ainda a questão do PAB variável, que se refere aos incentivos para o desenvolvimento de ações como vigilância sanitária, agentes comunitários de saúde e ESF. Isso significa dizer que quanto mais equipes de ESF o município conseguir implantar nos diferentes distritos sanitários, mais incentivo financeiro pode receber do Ministério da Saúde. Tal variável pode contribuir para que muitos municípios mantenham equipes da ESF apenas para receber os recursos, mesmo que funcionando em precárias condições.

Outra dimensão importante dos documentos se refere ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e demais pessoas que estão diretamente envolvidas nesse trabalho de atenção primária. Em relação às atribuições dos trabalhadores em saúde, DAB (2006) coloca que os trabalhadores devem:

Realizar o cuidado em saúde da população adscrita (...), realizar ações de atenção integral (...), garantir a integralidade da atenção (...), realizar busca ativa e notificação de doenças (...), realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários (...), promover a mobilização e a participação da comunidade (DAB, 2006, p.42/43).

O documento de 2006 ainda enfatiza como a necessidade do trabalho em equipe e mostra a importância do “vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (p.10). O foco no trabalho em equipe é um dos aspectos centrais dessa política visto que reforça a importância do trabalho interdisciplinar, sempre numa tentativa de colocar em prática um conceito mais ampliado de saúde. Esses pressupostos se direcionam principalmente

para o PSF, considerado como a principal estratégia da atenção básica, atualmente denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF) (Ministério da Saúde, 1999).

3.2.1. A Estratégia Saúde da Família (ESF)

A ESF, concebida como programa em 1994 pelo Ministério da Saúde, é uma tentativa de reorganizar o sistema de saúde pública, fortalecendo a atenção básica diante da constatação das dificuldades e inúmeras falhas no funcionamento da rede. Seus principais objetivos são a atenção centrada na família, a compreensão ampliada do processo saúde-doença e a prevenção de problemas de saúde através de uma série de ações a serem praticadas pelas equipes de saúde da família (Crevelim, 2005; DAB, 2000; Franco, Bueno & Mehry, 2004).

Assim, os ideais da ESF se traduzem em:

Fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo; ampliar a participação e controle social; resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS; oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento (Brêda, Rosa, Pereira & Scatena, 2005, p.451).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram reorganizadas em Unidades de Saúde da Família (USF) com o objetivo de realizar o “acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (Ministério da Saúde, 1999, p.24).

Esses princípios demarcam bem as ações destinadas à ESF no sentido de estabelecer vínculos com as famílias e assim, poder acompanhar melhor a situação de saúde de uma determinada comunidade. DAB (2006) coloca como prioridade em sua agenda política, o gradativo aumento do número de equipes ESF em todo o Brasil e continua a enfatizar a importância da ESF como principal estratégia a ser priorizada na Atenção Básica.

A ESF apresenta algumas características específicas como a territorialização, a adscrição da clientela, a presença de uma equipe interdisciplinar e diferentes estratégias como visitas domiciliares, consultas por agendamento, trabalhos em grupo. Há uma divisão territorial nos distritos sanitários onde cada equipe, composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um dentista, um ou dois auxiliares de consultório dentário (ACD) e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), fica responsável por 1000 famílias ou 4500 pessoas (DAB, 2000).

A mesma equipe deve permanecer com as mesmas famílias de forma a possibilitar um acompanhamento mais próximo e sistemático por intermédio do maior conhecimento sobre a realidade da família, a identificação dos problemas de saúde e das situações de risco; a execução de procedimentos de vigilância sanitária; a garantia de continuidade do tratamento; a realização da referência adequada a cada caso; a assistência integral; a promoção de saúde, a busca pelas ações intersetoriais e parcerias (DAB, 2000).

A participação popular e o controle social também são diretrizes enfatizadas, de modo que atuar sob os ideais da ESF requer do trabalhador em saúde uma mudança na lógica do cuidado, no sentido de privilegiar menos a técnica e ampliar a relação entre as pessoas, o vínculo e o acolhimento (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Camargo-Borges & Japur, 2005; Crevelim, 2005; Franco, Bueno & Mehry, 2004).

O acolhimento é considerado como:

A possibilidade de universalizar o acesso, abrir as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. E ainda como a escuta qualificada do usuário, o compromisso com a resolução do seu problema de saúde, dar-lhe sempre uma resposta positiva e encaminhamentos seguros quando necessários (Franco, Bueno & Mehry, 2004, p.84).

Essa noção de acolhimento aponta justamente para um interesse em compreender a demanda e realmente se comprometer com o usuário desde o início da consulta até a resolução do seu problema. Já o vínculo, “baseia-se no estabelecimento de referências dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado” (Franco, Bueno & Mehry, 2004, p.84).

Dentro dessa proposta, a equipe é convidada a reformular sua própria postura: de uma conduta mais individualista para uma conduta coletiva, de uma postura técnica para a incorporação de outros saberes e do trabalho mais voltado para a família e não só para os sintomas individuais de um paciente. As ações muitas vezes extrapolam o campo da técnica, pois uma consulta apenas não é suficiente diante da situação de pobreza e dos diferentes problemas sociais. Nesse contexto, a situação precária em que vive boa parte da população fica bastante evidenciada para os trabalhadores de saúde, uma vez que vão aos domicílios, conhecem as famílias e realizam diferentes tipos de atendimento (Traverso-Yépez, 2009).

Contudo, observa-se nos documentos analisados sobre atenção básica que o foco ainda está na doença, ou seja, a maioria das ações se focaliza em prevenir ou tratar alguma doença, seja aguda ou crônica. Embora se fale em proteger e manter a saúde, esse conceito ainda não tem sido suficientemente problematizado, pois na lista de ações descritas pelos documentos, a saúde fica subentendida como ausência de doenças.

Os ideais da ESF buscam justamente se contrapor a essa concepção de saúde, buscando se configurar com uma perspectiva mais psicossocial do processo saúde-doença, direcionar suas ações sob um conceito de saúde mais amplo e para uma atenção mais integralizada. A perspectiva é trabalhar para que as pessoas não adoeçam e que boa parte dos problemas de saúde seja resolvida nesse contexto (DAB, 2006; DAB, 2000).

As diretrizes da ESF preconizam práticas que vão além da tradicional consulta médica para cura e reabilitação, uma vez que pressupõe o conhecimento dos problemas de saúde da área adscrita justamente para promover ações contextualizadas e voltadas às necessidades da população específica. Essas diretrizes enfatizam uma maior proximidade e vínculo e o estabelecimento de uma relação trabalhador-usuário mais voltada para compreensão dos problemas de saúde da população.

Muitos desses problemas de saúde estão relacionados com diferentes aspectos da vida da população, já apontados no item sobre os determinantes sociais da saúde. Dessa maneira, muitas vezes estão além das ações propostas pelo campo da saúde de forma que seria necessária a vinculação com outros programas sociais para maior apoio intersetorial, mas isso não acontece (Traverso-Yépez, 2009).

A ESF vem crescendo no Brasil nos últimos anos, de acordo com dados do Ministério da Saúde⁵. Em 2007 já havia um total de 27.324 Equipes de Saúde da Família implantadas; 5.125 municípios com equipes ESF, cobrindo 46,6% da população brasileira, o que corresponde a 87,7 milhões de pessoas. No entanto, muitas dessas equipes trabalham sob precárias condições físicas e materiais, algumas, inclusive, sem a presença de vários profissionais importantes como o médico. Outras, com altos índices

⁵ Fonte: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#mapas> acessado em 22/07/2008.

de absenteísmo em função de trabalhadores com licença por enfermidade (Traverso-Yépez, 2008).

A análise dos documentos sobre a atenção básica mostra que, as diretrizes da atenção básica, embora estejam fundamentadas nos ideais da reforma sanitária e do SUS, a sua gestão organizacional e a sua política de financiamento estão subordinadas à política econômica, pautada na produtividade, no controle e no excesso de burocracia. Ademais, a ESF, é uma estratégia que prioriza as relações pessoais como um dos principais agentes promotores de saúde e qualidade de vida, e, nisso, acaba por exigir muito dos trabalhadores de saúde, no sentido de uma mudança na própria lógica de trabalho. Isso porque, no que se refere a diminuir a distância social entre trabalhadores e usuários, como já destacado anteriormente, estabelece relações mais igualitárias e democráticas através da escuta, do vínculo e do acolhimento. Nesse sentido, faz-se necessário analisar melhor a questão dos trabalhadores de saúde na atenção básica e na ESF.

3.2.2. O trabalhador de saúde na atenção básica e na ESF

As atuais diretrizes da atenção básica e da ESF incidem diretamente sobre a formação dos trabalhadores de saúde no sentido de incluir critérios que normalmente não fazem parte da formação desses profissionais. Uma das dificuldades apontadas na literatura é que as diretrizes da ESF não são efetivamente praticadas como idealizadas, em função de várias questões tais como o modo de organização social capitalista e a hegemonia da lógica biomédica em todos os níveis da atenção.

A lógica biomédica permeia as escolas de medicina desde o início do século XX, quando adotam os princípios da lógica flexneriana, enfatizando a objetividade, a

neutralidade e a especialização (Medeiros, 2000; Silva Jr., 1998). Esses princípios norteadores da formação contribuem para a normatização da ordem médica (ou razão médica) que vão regular social e politicamente as práticas de saúde (Costa, 1999).

O próprio avanço das ciências da saúde parece tornar necessária a especialização por causa da ampla variedade de conhecimentos e informações sobre diferentes assuntos. A ênfase na especialização, cada vez mais fragmentada, contribui para que um problema de saúde mais complexo precise ser acompanhado por vários especialistas de maneira que o profissional acaba perdendo de vista a própria pessoa que se queixa. Em geral, o profissional de saúde aprende a reconhecer sintomas e elaborar diagnósticos, mas não a compreender o sofrimento da pessoa como um todo e o contexto social e cultural em que surge a doença.

No modelo biomédico, o doente fica sob a responsabilidade do profissional de saúde, sendo este o principal ator pelo diagnóstico e tratamento e por tudo o mais que envolve a cura. Inclusive, cabe ao médico decidir o que é e o que não é doença, passível ou não dos seus cuidados (Luz, 2004; Tesser, 2006). Um exemplo é quando a pessoa procura o serviço de saúde com alguma queixa de *nervos* e o profissional (de saúde) considera que essa pessoa não tem nada, posto que não apresenta etiologia orgânica para sua queixa.

Nesse aspecto, vários autores consideram que a perspectiva biomédica é medicalizadora porque não favorece a autonomia do paciente e sim, a dependência da intervenção por parte do profissional de saúde, de forma a ser necessário cada vez mais serviços especializados (Freund, McGuire & Podhurst, 2003; Illich, 1975; Tesser, 2006). Obviamente, a sabedoria popular é quase que esmagada pela forte crença no modelo biomédico e pelo poder das empresas farmacêuticas, de modo que as pessoas

também incorporam os preceitos desse modelo e assim, buscam por consultas e medicamentos diante de qualquer incômodo ou queixa.

Para Tesser (2006), a medicalização contribui para que a pessoa vá perdendo pouco a pouco a capacidade de cuidar de si mesma, de reconhecer os sinais de seu corpo, tornando-se alienada de si. Sob essa perspectiva, a relação mais próxima com o paciente se torna mais difícil porque, em parte, o discurso científico acaba se distanciando do discurso leigo, considerado como senso comum e, portanto, menos científico, menos verdadeiro. Em trabalho anterior, Medeiros (2000) apontou que o discurso da população geralmente é pouco considerado pelos trabalhadores de saúde, que acabam também por não saber valorizar algumas estratégias de enfrentamento utilizadas por essa população, por não estar dentro do padrão biomédico.

Numa perspectiva biomédica de saúde como ausência de doença, muitos problemas que chegam à atenção básica realmente são pouco complexos no sentido de que não caracterizam infecções graves ou doenças que exigem maior atenção especializada. Porém, sob a ótica do conceito de saúde ampliado, as queixas e o sofrimento em decorrência de diabetes, hipertensão, nervosismo, depressão, estresse, entre outros problemas, são considerados complexos porque estão permeados pelas condições de vida e pelo ciclo vicioso que se forma entre uma situação estressante que gera ansiedade e depressão e, conseqüentemente, contribui para o agravamento de doenças crônicas. Por sua vez, o sofrimento com as doenças crônicas contribuem para a depressão e a ansiedade (Araújo & Traverso-Yépez, 2007).

Não há ainda uma maior reflexão sobre como a proposta psicossocial da ESF poderia ser efetivada no cotidiano institucional de limitações socioestruturais. Dessa maneira, os trabalhadores de saúde e as instituições formadoras podem até ter acesso ao discurso da ESF e conseguir realizar muitas atividades e intervenções dentro dos seus

preceitos, mas diante dos condicionamentos gerados pela racionalidade biomédica e a lógica de mercado, pode ser que fiquem apenas em um nível abstrato, usados somente por ser politicamente correto.

Mais ainda, o modelo hospitalocêntrico ainda é hegemônico na formação dos trabalhadores de saúde, especialmente a formação do médico, em meio à tecnologia de ponta, exames sofisticados e forte hierarquia nas relações interprofissionais (Cunha, 2007). Dessa maneira, a tecnologia dura, como apontada por Mehry (2007), tende a ser mais valorizada do ponto de vista sociocultural em detrimento das tecnologias leves que priorizam as relações interpessoais e são mais condizentes com os ideais da ESF e as necessidades da população atendida. Assim, o trabalho na atenção básica nem sempre é valorizado como deveria, uma vez que os projetos terapêuticos tendem a ser longos, as queixas geralmente são múltiplas, variadas e na maioria das vezes relacionadas com as condições de vida das pessoas (Cunha, 2007). Os próprios documentos analisados sobre atenção básica colocam que, nesse nível de atenção, os problemas são menos complexos, quando nem sempre é assim.

Quando chegam à Atenção Básica e à ESF, os profissionais trazem consigo resquícios da formação mais focalizada no contexto hospitalar e na técnica, de modo que as queixas mais complexas e inespecíficas, como nervoso, podem gerar incerteza e, conseqüentemente, ansiedade, por não serem bem compreendidas e pela dificuldade em chegar a um diagnóstico (Cunha, 2007; Fonseca, 2008).

Sob essa ótica, é evidenciado que o trabalhador de saúde precisa não só de novos saberes, mas de uma atitude diferente diante das questões de saúde. É necessário, por exemplo, se articular com outros profissionais para que essa rede de cuidados seja mais completa. Um dos objetivos da ESF é justamente promover alianças intersetoriais com setores como a educação, saneamento, cultura, transporte e lazer (DAB, 2000). Porém,

como já foi anteriormente colocado, a proposta de intersectorialidade não acontece no campo da saúde pública de maneira efetiva (Traverso-Yépez, 2009).

Os trabalhadores de saúde precisam de alguma maneira assumir que seus conhecimentos não são suficientes para abarcar toda a complexidade do processo saúde-doença, principalmente as questões socioeconômicas e culturais envolvidas no adoecer. Ademais, as equipes precisam aprender a trabalhar interdisciplinarmente, em conjunto com outros profissionais e outros setores, o que não tem sido fácil em função das relações de poder e hierarquias presentes entre os diferentes profissionais de saúde.

Nesse sentido, é importante refletir sobre as relações de poder na atenção básica e na ESF, sobretudo no que concerne à relação equipe-usuário. Isso porque a lógica preconizada pela ESF está de acordo à horizontalização da relação, quando defende que a equipe precisa ir ao domicílio do usuário, quando coloca toda a equipe da ESF como responsável por determinada área, quando prevê a autonomia do usuário e a participação popular.

As relações de poder também podem se expressar sob a forma de ações verticalizadas (programas que devem ser seguidos, independente do contexto), conflitos de interesse entre equipe-equipe, equipe-usuário e equipe-gestor, entre outras formas de expressão. Observa-se a verticalização de alguns programas vinculados ao Ministério da Saúde, alguns muito prescritivos, além da dificuldade e do despreparo da equipe em lidar com situações mais subjetivas. Há capacitação para os trabalhadores de saúde, mas muito pouco se fala sobre o cuidado para o trabalhador. Em geral, o trabalhador de saúde é responsabilizado pela precariedade na assistência.

Para Tesser (2006),

A nova proximidade e interação permitida pelo PSF é uma faca de dois gumes: pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e

reconstrução de autonomia, mas também, e facilmente, pode constituir-se em uma nova força medicalizadora poderosa (p.74).

Para o citado autor, é necessária a reflexão sistemática sobre as práticas desenvolvidas, para que não estejam apenas repetindo o processo medicalizador. A partir dessa perspectiva, o próprio campo da saúde pode ser considerado um dispositivo de controle e disciplina quando enfatiza hábitos e atitudes ditos saudáveis os quais devem ser adotados para evitar as diferentes infecções e doenças.

É preciso também atentar para as particularidades de cada pessoa já que o objetivo é promover saúde e aliviar o sofrimento de alguma forma. “O trabalho, a família, a religião, a cultura, a violência social – tudo isso afeta o Sujeito doente e seu tratamento” (Cunha, 2007, p.29). A equipe da ESF precisa estar preparada para isso, muitas vezes se despojar de suas certezas para adentrar no universo dos usuários.

Traverso-Yépez (2008) traz da leitura de Boff (2004) o resgate das duas formas básicas de ser-no-mundo de Heidegger: o modo-de-ser-trabalho e o modo-de-ser-cuidado. O modo-de-ser-trabalho é uma lógica pautada na razão instrumental, na tecnociência, que supõe a dicotomia entre sujeito e objeto. Já o modo-de-ser-cuidado:

É outra forma de relação que não se opõe à relação de trabalho, mas lhe dá um caráter diferenciado (...). A relação deixa de ser vertical, sujeito-objeto e passa a ser horizontal, sujeito-sujeito (Traverso-Yépez, 2008, p.76).

A lógica do modo-de-ser-cuidado aponta a importância da relação horizontal, da escuta sensibilizada, do cuidado com o outro e com sua subjetividade, que devem ser incluídos na atenção básica. Para Mehry (2007), a dimensão cuidadora inclui “processos de fala e escutas, relações interseçoras com o mundo subjetivo (...), relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor

projetos terapêuticos” (p.103). O autor denomina a atitude de cuidado, escuta e atenção ao usuário como “tecnologia leve”.

Tesser (2006) sugere o resgate das medicinas não científicas “como potenciais parceiras a atenuar, iluminar e relativizar a inadequação da medicina científica” (Tesser, 2006, p. 74). No mesmo teor, a ideia é aproveitar os recursos da própria comunidade para a promoção de saúde e resolução de problemas menos graves. Esses seriam aspectos importantes do trabalho em saúde, sobretudo na atenção básica e na ESF.

Diante do que foi discutido até o momento, desde a conjuntura política e social que conformam as práticas de saúde no Brasil, a organização da atenção básica e as questões relacionadas ao trabalho nesse campo da assistência, é possível tecer algumas considerações. A primeira é que o sistema de saúde brasileiro, incluindo a atenção básica e a ESF, não está desvinculado dos problemas sociais e econômicos que afetam a maior parte da população. Consequentemente, o financiamento das políticas de saúde é falho em virtude da própria agenda política neoliberal adotada no país, que minimiza o investimento na implementação de políticas públicas condizentes com esses problemas.

Uma segunda consideração se refere à consonância que essa agenda política tem com o modelo biomédico e racionalizador hegemônico na formação dos trabalhadores de saúde. Dessa maneira, os princípios da atenção básica e principalmente da ESF, embora preconizem a humanização, o acolhimento e o vínculo, não são efetivamente praticados no cotidiano, não apenas em função das limitações socioeconômicas, mas também da própria dificuldade em incorporar os princípios da ESF que exigem do trabalhador de saúde a relação mais próxima com os usuários. Há as propostas, mas não a problematização de como isso acontece no cotidiano dos serviços, nem reflexões sobre a dimensão intersubjetiva, que inclui a subjetividade de cada pessoa e a maneira como se relacionam umas com as outras.

Uma terceira e última consideração é que a prevalência de transtornos mentais comuns e outros problemas de cunho psicológico é bastante significativa, apesar da implantação de equipes da ESF em boa parte dos municípios brasileiros (Corney, 1999; Hegadoren, Norris, Lasiuk, Silva & Chivers-Wilson, 2009; Maragno et al., 2006; Winefield, Turnbull, Seiboth & Taplin, 2007). Isso pode ser consequência da ausência de ações mais focalizadas em saúde mental na atenção básica, apesar da evidente demanda por esse tipo de serviços.

No documento sobre a atenção básica de 1999 não há nenhuma alusão sobre ações de saúde mental na atenção básica, talvez pela conduta tradicional em encaminhar os pacientes para hospitais psiquiátricos e especialistas da saúde mental.

Assim, a inserção pela preocupação com a saúde mental enquanto campo de políticas assistenciais e de práticas é bem recente no contexto brasileiro, de maneira que a análise dessas questões se faz necessária para a compreensão das dificuldades na ESF em atender esse tipo de problema.

3.3. Atenção Básica e Saúde Mental: um diálogo mais do que necessário

A ampliação da cobertura do número de equipes da ESF no Brasil nos últimos anos contribuiu para a constatação de que a atenção em saúde mental deve perpassar a Atenção Básica e, conseqüentemente, a ESF. Isso porque, em primeiro lugar, constatou-se que um número significativo de queixas que chegam à Atenção Básica se refere ou envolve também queixas de ordem psicológica e emocional (Campos, 1998; Coordenação de saúde mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003; Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, 2009). Em segundo, embora

comuns na Atenção Básica, como já fora colocado anteriormente, tanto usuários como profissionais têm dificuldades em lidar com essas queixas (Campos & Soares, 2003).

Inicialmente, o termo saúde mental pode fazer jus à criticada dicotomia mente-corpo, já que o campo da saúde, num sentido geral, estaria restrito somente à dimensão fisiológica e biológica do adoecer humano e o campo da saúde mental à dimensão psicológica. Mais ainda, observa-se que quando se alude ao campo da saúde mental há uma associação direta com a loucura. Assim, o campo da saúde mental normalmente se configura como um conjunto de políticas voltadas para a desinstitucionalização e a defesa de outras formas de cuidar das pessoas com transtornos mentais. Isso pode restringir o campo de atuação das políticas, pois há diferentes graus de sofrimento psicológico. Embora esse sofrimento possa se agravar e mudar para uma doença mental, na atenção básica se apresenta normalmente sob a forma de queixas como *doença dos nervos, nervoso* e outras situações parecidas.

Para Amarante (2007), a saúde mental pode ser considerada como uma “complexa rede de saberes que se entrecruzam” (p.16). Mais adiante, o autor reitera que a “saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas” (p.19). Esse conceito é mais condizente com o conceito ampliado de saúde e inclui todas as formas de sofrimento psicológico, dos denominados transtornos mentais comuns até os mais graves.

O uso do termo “campo da saúde mental” usado pelos profissionais em prol da reforma psiquiátrica se justifica quando eles defendem o campo como complexo e multidimensional, como um processo e não como um estado ou um contraponto à saúde física. A saúde mental tende a ser considerada muito mais como um campo político do que como uma divisão rígida entre saúde física e saúde da mente. Nesse sentido, todo

trabalhador que atua na saúde também pode e deve ser considerado trabalhador de saúde mental, uma vez que o sofrimento psicológico pode perpassar todo e qualquer tipo de problemas de saúde como diabetes, hipertensão, cardiopatias, entre outras (Lancetti, 2000).

Para compreender o desenvolvimento do campo da saúde mental em contraposição aos preceitos manicomiais, Amarante (2007) aponta que na época da Revolução Francesa foram dados os primeiros passos de uma ciência chamada alienismo, preconizada por Phillipe Pinel. O alienismo se caracterizava pelo regime asilar e pelo tratamento moral que consistia em isolar o sujeito considerado como louco, evitando o convívio social, uma vez que se considerava a influência da vida em sociedade como precursora das doenças mentais (Amarante, 2007). É nesse período que o asilo e, posteriormente o hospital, passa a ser uma instituição médica e o lugar social dos doentes e da doença.

Em virtude da longa história de institucionalização da loucura e do seu contraponto como sendo a razão (Luz, 2004), o campo da saúde mental ficou restrito ao tema da doença mental e, mais recentemente, ao movimento pela reforma psiquiátrica. Dessa maneira, os discursos tradicionais da saúde mental que focalizam apenas a questão da loucura estão incorporados na maioria das pessoas (Ramminger, 2006).

O estigma da loucura ainda presente na população e a falta de conhecimentos e possibilidades terapêuticas diferenciadas de acordo com cada pessoa que sofre, dificulta um tipo de atenção mais particularizada. Os trabalhadores em saúde mental se encontram diante da tensão entre as propostas de atenção psicossocial e o discurso tradicional científico, que preconiza um tratamento hospitalar e medicamentoso para a pessoa que sofre com os transtornos mentais.

Apesar da força política dos hospitais psiquiátricos e dos preconceitos relativos à loucura, os serviços substitutivos como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Ambulatórios de Saúde Mental e Serviços Residenciais Terapêuticos vêm crescendo em número nos últimos anos no Brasil (Brasil, 2005). Isso mostra que apesar dos problemas sociais e econômicos, o país tem conseguido avançar, ainda que lentamente, na implementação dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Amarante (2007) chama a atenção de que os serviços substitutivos devem ser entendidos como “dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais. Enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (Amarante, 2007, p.69).

Os fóruns de saúde mental que ocorrem periodicamente nas diferentes regiões do país, os documentos oficiais que abordam a questão e, principalmente, a inserção das diretrizes da Reforma nos princípios do SUS têm contribuído para algumas dessas mudanças. Contudo, faltam considerar os problemas de saúde mental que não se configuram como “doença mental” e que fazem parte do cotidiano dos serviços de atenção básica.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (citado em Kohn, Saxena, Levan & Saraceno, 2004), aproximadamente 450 milhões de pessoas sofrem com problemas de saúde mental em todo o mundo. Os dados da OMS colocam que de 10 casos de pessoas incapacitadas para o trabalho ou outras atividades da vida cotidiana, 04 se devem a questões psiquiátricas, sobretudo depressão.

Normalmente, os transtornos psiquiátricos e mesmo os transtornos mentais comuns, que geram significativo sofrimento psicológico, começam cedo na vida da pessoa e apenas uma minoria de pessoas tem acesso a um tratamento realmente eficaz,

quando consegue (Kohn, Saxena, Levan & Saraceno, 2004; Maragno et al, 2006). Essa falta de ações preventivas e promotoras de saúde mental gera uma gradativa perda das habilidades e dos recursos que as pessoas têm para gerenciar sua própria vida, tornando-as mais incapacitadas e em risco de transtornos mentais mais graves.

Além disso, a pessoa, sem cuidado adequado, começa a ter uma série de perdas em sua vida, como seu status social perante a comunidade e a incapacidade para trabalho, que pode gerar ainda mais pobreza e piorar sua qualidade de vida. Ou seja, um problema psicológico que vai se agravando e acaba trazendo impedimentos à pessoa em todos os aspectos (Medeiros, 2003; Traverso-Yépez & Medeiros, 2005).

Analisando a distância entre a prevalência de transtornos mentais e a proporção de pessoas em tratamento, Kohn, Saxena, Levan e Saraceno (2004) apontam algumas possíveis razões pelas quais as pessoas não procuram tratamento: 1) falha em reconhecer que há uma dificuldade; 2) crença de que o tratamento não é efetivo; 3) ideia de que o problema vai se resolver por si só; 4) tentativa de cuidar sozinho do problema. O estigma, o preconceito e o medo que cercam as questões relativas à saúde mental podem ser uma das razões pelas quais as pessoas não procuram os serviços, de maneira que há uma tendência em evitar o confronto com um diagnóstico ou o reconhecimento de que há, de fato, um problema a ser cuidado.

A título de ilustração, Kohn, Saxena, Levan & Saraceno (2004) mostram que, em média, metade das pessoas diagnosticadas com um transtorno psiquiátrico (esquizofrenia, depressão, transtorno de ansiedade, transtorno do pânico ou dependência de álcool e/ou drogas) na cidade de São Paulo permanece sem atendimento, sem tratamento adequado. Ou seja, apesar dos avanços tecnológicos e mudança dos serviços de saúde mental, essas pessoas não procuram ou não conseguem um tratamento.

Hegadoren et al (2009) colocam que apenas um terço dos pacientes com sintomas de depressão procura o sistema de saúde. Esses dados apontam que além do medo, do estigma e do preconceito com relação a essas questões, as pessoas não parecem ter informações suficientes sobre os problemas psicológicos e transtornos mentais. Por outro lado, é importante refletir sobre o tipo de assistência que está sendo oferecida a essas pessoas, desde as dificuldades de acesso aos serviços, até às intervenções que estão sendo ofertadas. Muitos trabalhadores de saúde não sabem identificar totalmente esses problemas, falhando, por isso, em providenciar um diagnóstico adequado.

Os princípios da Atenção Básica e da Reforma Psiquiátrica convergem ao preconizarem o acolhimento ao usuário, o vínculo, a humanização da assistência e, sobretudo, a inclusão da família nos cuidados em saúde como um todo. Nesse sentido é que vários autores como Amarante (2007), Ramminger (2006) e Lancetti (2000), defendem a inclusão de cuidados em saúde mental na Atenção Básica. Amarante (2007) aponta que a proposta de Franco Basaglia, psiquiatra italiano inovador no seu campo, é colocar a doença “entre parênteses”, considerar prioritária a experiência vivida pelos sujeitos e não a doença em si. O espaço para que a pessoa relate sua experiência do sofrimento é primordial para que haja a produção do cuidado, é o momento em que aquele que sofre pode expor sua intimidade, suas angústias, seus medos. Só assim, ele poderá se vincular com o membro da equipe.

Nesse sentido, argumentando sobre a importância de incluir os cuidados em saúde mental na Atenção Básica, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) coloca que:

A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade e são bem aceitos pela população local; provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde; em muitos países em desenvolvimento, onde os serviços de saúde mental não estão bem estruturados, o profissional de atenção primária é frequentemente o primeiro recurso de atenção à saúde; o seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações; esse profissional está em posição de oferecer cuidado continuado; é também a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitam (p. 05).

Os documentos do Conselho Nacional de Saúde (2002) e de Brasil (2005) reconhecem que, de fato, as equipes de Atenção Básica se deparam cotidianamente com problemas de saúde mental. Por esse motivo, os documentos mais recentes traçam diretrizes para a inclusão de cuidados em saúde mental na Atenção Básica, sobretudo na ESF (Conselho Nacional de Saúde, 2002).

No referido documento de 2002, é colocada a importância de “priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade” (p.49). O documento citado coloca a necessidade de se criar mecanismos que dê condições para que os médicos generalistas possam cuidar dessas pessoas, evitando a medicalização excessiva. Propõe também a capacitação das equipes da ESF para atenção em saúde mental, a supervisão e a assessoria através das equipes de referência, atendimentos individuais e em grupos, promoção de saúde mental na comunidade através de diferentes ações e a criação da ficha “B” de Saúde Mental no SIAB.

Considerando que a ESF é uma das principais portas de entrada ao SUS e também uma das mais importantes estratégias da Atenção Básica, Brasil (2005) aponta que essa proximidade com as famílias e a possibilidade do vínculo com a comunidade já

é uma ferramenta de trabalho para os cuidados em saúde mental. Coloca ainda 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 Atenção Básica”.

Articular a saúde mental com a atenção básica pressupõe uma perspectiva multidimensional para a produção do cuidado em saúde mental das pessoas em sofrimento psicológico. Walker, Verins, Moodie e Webster (2005) apontam três determinantes-chave para promover a saúde mental: inclusão social (enriquecendo os relacionamentos, o apoio social, o engajamento comunitário e cívico), diminuição da discriminação social e da violência (através da tolerância à diversidade, segurança, empoderamento), maior participação econômica (por meio do acesso ao trabalho, à educação, à moradia e a melhores condições financeiras).

Para a promoção da saúde mental, termos como empoderamento, apoio social, capital social são comuns na literatura, sendo que os trabalhadores de saúde são convidados a desenvolver ações que possibilitem, por exemplo, o empoderamento, considerado como a conquista de espaço e poder na sociedade. Porém, as questões sociais, políticas e econômicas têm um papel importante e determinante nos níveis de saúde mental. Para promover saúde mental é preciso considerar a ação em todas essas frentes, ou seja, é um problema muito mais complexo, do que simplesmente incrementar os serviços de saúde. É principalmente uma questão de ordem política, onde a melhor distribuição de renda e o acesso a melhores condições de vida são imprescindíveis para favorecer a inclusão social e, conseqüentemente, a saúde das pessoas.

Os trabalhadores de saúde da atenção básica são estimulados a desenvolver projetos em que, a exemplo de Charikar (2008), o foco seja na qualidade das relações entre profissional de saúde e paciente, ênfase na educação e orientação sobre diversos

temas de acordo às necessidades do contexto, compreender melhor as dificuldades enfrentadas pela comunidade e assim, promover intervenções considerando essas necessidades. Nesse sentido, a ideia seria apoiar o desenvolvimento da autonomia das pessoas para que elas consigam assumir um maior controle sobre seus problemas e suas dificuldades, além de contribuir para o fortalecimento das redes sociais (Walker, Verins, Moodie e Webster, 2005).

Zerbe (1999) desenvolveu todo um trabalho focalizado na atenção básica em saúde mental, com o objetivo de mostrar aos trabalhadores de saúde como lidar com os pacientes desse contexto, os quais procuram o serviço com diferentes níveis de sofrimento psicológico e transtornos mentais diversos. A autora mostra que não é preciso ser psiquiatra ou psicólogo para lidar com esses pacientes, mas é preciso conhecer minimamente os diferentes transtornos e assim, poder pensar estratégias de intervenção. A intenção é desenvolver políticas de intervenção, conhecer melhor as questões de saúde mental assim como situações que favoreçam a troca de experiências e de conhecimentos acerca dessas questões.

Em Brasil (2005), observa-se a constatação de que a Atenção Básica por si só não tem como resolver toda a demanda em saúde mental, por esse motivo, propõe a organização do trabalho em rede através da atenção básica, dos CAPS e dos ambulatorios de saúde mental, trabalhando de maneira inter-relacionada. A estratégia denominada de apoio matricial seria a linha de interseção entre os serviços.

3.3.1. O apoio matricial nas equipes da ESF

A concepção de apoio matricial é estruturada por Campos (1999) e incluída na política da Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde a partir de 2003. O

documento gerado pela Coordenação de Saúde Mental em conjunto com a Coordenação de Gestão da Atenção Básica (2003) coloca que a organização da atenção à saúde mental na Atenção Básica deve ser feita em rede, tendo os profissionais dos CAPS como principais apoiadores das equipes da ESF, conforme se lê:

O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (Coordenação de Saúde Mental & Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003, p.04).

É um dispositivo de corresponsabilização pelos casos, que pressupõe intervenções conjuntas da equipe dos CAPS e da ESF com as famílias, além de prever supervisão e capacitação contínua dos trabalhadores de saúde. A corresponsabilização contribui para a integralidade no sentido de que a equipe ESF e os apoiadores trabalham juntos, compartilhando os casos e buscando maior nível de resolutividade (Campos & Domitti, 2007).

O intuito é resolver os problemas de saúde através da própria equipe da ESF, sob supervisão dos apoiadores matriciais (profissionais da saúde mental da rede, sobretudo dos CAPS). “As equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação” (Coordenação de Saúde Mental & Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003, p.05).

O dispositivo do apoio matricial tem sido incentivado pelo Ministério de Saúde como uma estratégia de fortalecimento da atenção básica no campo da saúde mental. O fato de prever ações na própria Unidade de Saúde da Família e de incluir diferentes

metodologias de trabalho torna a estratégia do apoio matricial essencial para o próprio fortalecimento da ESF e do SUS. Muitos dos ideais da ESF podem ser atingidos com esse tipo de trabalho, uma vez que os trabalhadores vão ter a oportunidade de receber outros profissionais, trocar ideias, encontrar um apoio teórico e metodológico e construir projetos terapêuticos compartilhados.

Para Bertussi (2009), o apoio matricial ou matriciamento:

(...) pode propiciar momentos relacionais, nos quais se estabelece a troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas, com o objetivo de garantir que as equipes estabeleçam relações ou responsabilizem-se pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todo o Sistema de Saúde (p.11).

O apoio matricial é considerado como uma proposta metodológica cujo objetivo é “articular atenção básica e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada” (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros & Bezerra, 2009, p.69). Além disso, o apoio matricial também pode ser:

(...) a oferta de conhecimento, saberes, propostas de ações, práticas conjuntas, historicamente reconhecidas como inerentes a determinados profissionais: a profissionais de categorias diferentes envolvidos na construção dos projetos terapêuticos singulares (Sombini, 2009, p.19).

Dessa maneira, o encontro de saberes pode proporcionar também apoio para algumas situações de angústia dos trabalhadores que vivenciam de perto os dramas do cotidiano das pessoas da comunidade. Essa troca de saberes e experiências entre os próprios trabalhadores de saúde e os usuários podem proporcionar diferentes maneiras de lidar com o problema das pessoas, bem como a construção de projetos terapêuticos diversos de acordo a real necessidade de quem está sofrendo. Caso aconteça como previsto, o apoio matricial pode funcionar como um elo que vai contribuir para o

fortalecimento do trabalho em rede. Os princípios da ESF se coadunam com os objetivos do apoio matricial, podendo ser consideradas estratégias que se complementam. O trabalho em equipe, o estudo de caso, o trabalho em rede são alguns aspectos elencados para ilustrar essa consonância entre ESF e apoio matricial.

A maior dificuldade é que o trabalho em saúde foi organizado de acordo aos procedimentos e não à produção de cuidados, enfatizando a técnica em detrimento das relações (Bertussi, 2009).

Os ideais de acolhimento e vínculo podem começar a ser mais efetivados a partir dessa experiência em ouvir o colega e sentir que não está sozinho com os casos mais complicados de transtornos mentais e sofrimento psicológico. Inclusive, Dimenstein et al. (2009) colocam que muitas vezes as expectativas dos trabalhadores da ESF é que o apoio matricial funcione como um espaço onde eles possam relatar suas próprias vivências e encontrar suporte emocional/terapêutico para si mesmos. Embora não seja esse o objetivo do apoio matricial tal como apontado por Campos (1999), acredita-se na importância desse tipo de espaço para os trabalhadores de saúde, uma vez que eles, de alguma maneira, precisam ouvir diferentes histórias de sofrimento dos usuários e ainda lidar com os aspectos emocionais envolvidos.

Assim, se o apoio matricial pode funcionar como rede de conversação como coloca Bertussi (2009), o espaço dialógico também gera possibilidades para os trabalhadores de saúde trocarem ideias e experiências e falar de suas angústias e preocupações com relação ao trabalho deles. Essa vivência pode contribuir para o fortalecimento do trabalho em equipe e para uma preparação melhor para lidar com o sofrimento psicológico.

Nessa perspectiva, a implantação de equipes de apoio matricial demanda uma mudança na lógica do cuidado, uma abertura a novos saberes e possibilidades de

intervenção. O psicólogo e outros especialistas, por exemplo, precisam sair dos muros de suas especialidades e conhecer as comunidades, o modo de vida, as concepções, crenças e valores. Dessa maneira, pode ser possível desenvolver um trabalho em rede, menos técnico, mais humanizado.

Contudo, em Natal/RN, a implementação do apoio matricial ainda é tímida, falta maior articulação entre os serviços e a ênfase nos especialismos ainda é muito forte (Dimenstein et al., 2009). Porém, já existe um movimento da coordenação de saúde mental do município, esta, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, em mobilizar as equipes do CAPS e da ESF para esse encontro. Em um dos distritos sanitários do citado município já existe o matriciamento de duas unidades básicas de saúde da família.

Recentemente, em janeiro/2008, foi aprovada a Portaria No. 154 que implementa na ESF os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Essa Portaria prevê a criação de equipes NASF com o objetivo de:

Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (Portaria 154, 2008, p.02).

A equipe NASF deve ser interdisciplinar, com profissionais de diferentes áreas, inclusive psicólogos e psiquiatras. O documento salienta que em cada equipe NASF deve haver pelo menos um profissional da área de saúde mental em virtude da alta demanda no contexto da Atenção Básica. Cada equipe NASF deve realizar suas atividades atendendo um mínimo de 08 equipes da ESF e no máximo, 20. A principal função da equipe NASF é apoiar a ESF dentro de cada especificidade profissional e de acordo com a demanda da área adscrita. As ações das equipes NASF são semelhantes ao apoio matricial. A intenção é promover o encontro das equipes ESF com diferentes

profissionais para possibilitar a construção de projetos terapêuticos e a promoção do trabalho em rede, com a troca de saberes já defendida por Bertussi (2009).

No entanto, a consolidação de equipes NASF depende do interesse e comprometimento de quem está na gestão das secretarias municipais de saúde e respectivas coordenações de saúde mental. Não se pode esquecer dos possíveis interesses e conflitos políticos que certamente permeiam qualquer ação de cunho administrativo. Vale considerar que há algumas equipes NASF em outros municípios do estado do Rio Grande do Norte. Porém, no contexto do município de Natal/RN, a implantação de equipes NASF é ainda muito tímida, não há, portanto, como saber o impacto desse trabalho sobre as queixas de saúde mental que chegam à atenção básica.

Em âmbito nacional, observa-se, mais recentemente, uma significativa produção documental sobre as diretrizes para o trabalho em saúde mental na atenção básica. No entanto, mesmo com a quantidade de diretrizes que são desenvolvidas no seio do Ministério da Saúde e de outros órgãos competentes, muitas não correspondem à realidade do cotidiano dos serviços.

A partir das reflexões realizadas, observa-se que há uma dificuldade em mudar a lógica do cuidado em saúde, principalmente devido a hegemonia da racionalidade médica e do modelo de organização e gestão do SUS. Nesse caso, os trabalhadores em saúde se deparam com um discurso político que demanda uma mudança na técnica (da medicalização à arte de cuidar) e nas relações interpessoais, com o foco na pessoa que está sofrendo. Ao mesmo tempo, é um sistema que ainda possui um modelo de financiamento um tanto perverso, pautado no discurso neoliberal e baseado em hierarquias profissionais.

Os usuários, habituados a uma assistência clientelista e curativa, também sentem dificuldades em aceitar as ações da ESF. Sendo assim, o maior problema é a pouca

sintonia que parece haver entre políticas oficiais, discursos profissionais e práticas de cuidado.

IV. DISCURSOS E PRÁTICAS DE CUIDADO AOS *NERVOS* NA ATENÇÃO BÁSICA EM NATAL/RN

*Para ser feliz na vida,
Viva com sabedoria,
Sempre adiando a tristeza,
Retendo bem a alegria
(Luiz Otávio)*

O presente capítulo propõe identificar e analisar como as ações e as práticas de saúde relacionadas com o sofrimento psicológico são organizadas na atenção básica a partir do trabalho investigativo realizado em unidades básicas de saúde do município de Natal/RN. O texto foi organizado em três seções de acordo aos objetivos propostos pela presente pesquisa.

Considera-se relevante iniciar o trabalho de análise destacando a maneira como os trabalhadores entendem os princípios e diretrizes da atenção básica e como essas diretrizes são expressas no contexto institucional local. Dessa forma, a primeira seção foi organizada em quatro subtemas, a fim de facilitar o entendimento geral acerca da instituição onde tem lugar as ações e práticas dos trabalhadores.

O primeiro sub-tema se refere às características gerais da atenção básica, bem como às condições estruturais para o desenvolvimento do trabalho nesse contexto. Isso porque o modo de gestão das unidades básicas de saúde e as relações com outras instâncias administrativas e políticas têm total relação com os discursos e práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho. Assim, as ações das pessoas não estão desvinculadas dessas relações institucionais, dos discursos translocais e das questões políticas presentes no contexto institucional em questão (Campbell & Gregor, 2002).

O segundo subtema se refere ao tipo de comunicação estabelecido entre as diferentes instâncias que conformam a atenção básica. Nesse sentido, é analisado como

se organiza o trabalho em rede do município, a partir da perspectiva dos trabalhadores de saúde participantes da pesquisa, na atual conjuntura social e histórica.

O terceiro analisa o modo de financiamento da atenção básica e quais suas implicações para os discursos e práticas dos trabalhadores em saúde. O quarto subtema se refere ao desconhecimento dos temas em saúde mental e a falta de apoio intersetorial que podem ser considerados como as principais dificuldades do trabalho na atenção básica em saúde mental. Essa temática foi uma das mais evidentes durante as visitas às Unidades de Saúde.

A segunda seção se refere mais propriamente à maneira como os trabalhadores de saúde caracterizam as queixas de *nervos* e o sofrimento psicológico. Por fim, a terceira seção visa apontar e analisar as ações e práticas de cuidado dos trabalhadores de saúde diante de pessoas com problema de *nervos* e similares. Nesse tema, todas as ações referidas pelos trabalhadores com o objetivo de amenizar, diminuir ou mesmo curar esse tipo de queixa serão descritas e analisadas à luz da perspectiva teórico-metodológica já explicitada. Para facilitar a compreensão, essa seção foi organizada por contexto, uma vez que há singularidades nas diferentes Unidades de Saúde visitadas, bem como se diferencia no grau de envolvimento e na participação no processo da pesquisa.

As seções consideradas podem ser melhor visualizadas na figura a seguir:

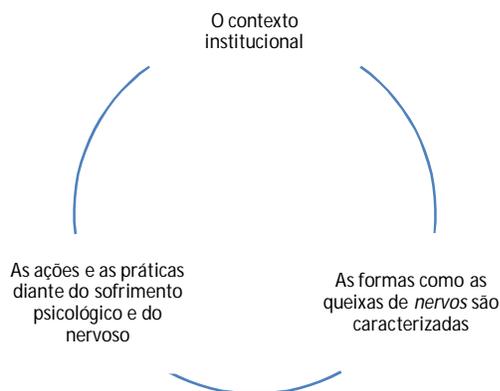


Figura 4.1 – O fluxo das construções discursivas do trabalho

A figura 4.1 mostra a inter-relação entre os diferentes textos, em que se busca evidenciar a influência que um exerce sobre os outros e a dialética entre um e outro. Espera-se deixar claro que essa é apenas uma leitura do contexto pesquisado, dentre muitas possíveis.

A discussão dos resultados do processo de pesquisa permeia todo o texto por se considerar a importância de não perder o contato com o dado analisado. Além disso, busca-se facilitar a compreensão e diminuir as repetições. Por fim, nas considerações finais, serão apresentadas as contribuições desta pesquisa para o aprimoramento de práticas de cuidado em saúde mental nos contextos onde estas existem e o estímulo para que novas práticas sejam fomentadas nas demais unidades de saúde da família.

4.1. O contexto institucional sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde – o funcionamento da atenção básica no cotidiano

O tema da atenção básica e do cotidiano de trabalho busca analisar o seu funcionamento a partir da perspectiva dos trabalhadores de saúde participantes da presente pesquisa. Essa construção discursiva está relacionada à maneira como o

contexto de trabalho é organizado em função das diretrizes burocráticas e administrativas do serviço público, bem como dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

É importante lembrar que o percurso da análise é baseado na perspectiva dos participantes da pesquisa, além do olhar do próprio pesquisador a partir de visitas, conversas informais e entrevistas no período entre 2006-2009 às Unidades de Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde do município de Natal/RN.

Os subtemas dessa seção não foram escritos numa ordem ao acaso, mas na tentativa de partir dos aspectos mais evidentes e que permeiam as ações dos trabalhadores de saúde em diferentes níveis. A organização e as condições de trabalho são aspectos fortemente considerados como obstáculos ao desenvolvimento de ações dentro das diretrizes preconizadas pelos documentos oficiais da atenção básica e da ESF. Por esse motivo, o primeiro tema a ser analisado diz respeito a essas questões.

4.1.1. Características da gestão e condições de trabalho – aos trancos e barrancos, dá para resolver⁶

Embora os gestores (diretores e administradores) das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes dessa pesquisa sejam funcionários da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a maioria está nesse lugar de gestão como cargo comissionado. Ou seja, são indicados por seus superiores da SMS para ocuparem a gestão da USF, mas não há garantia nenhuma em relação ao tempo que vão permanecer nesse lugar. Por esse motivo, entrevistar os gestores não foi fácil, pois alguns se mostraram receosos, principalmente quando foram solicitados a gravar a entrevista. Nesse sentido, todo o

⁶ Gestora – contexto D.

cuidado foi tomado para evitar a identificação dos trabalhadores de saúde participantes desse trabalho e as unidades básicas visitadas são identificadas apenas com letras do alfabeto.

Um dos primeiros aspectos observados é que alguns gestores participantes demonstraram um certo temor de expressar as condições de trabalho. Evidencia-se um receio em perder o cargo ou mesmo em ser remanejado(a) para outra Unidade não desejada. Pode ser considerado também que a presença do pesquisador foi percebida como uma espécie de fiscalização sobre o que está acontecendo no cotidiano de trabalho. Observou-se também que alguns gestores se colocam numa posição de subordinação dentro da instituição de saúde no sentido de recearem represálias e perseguição política.

No contexto B, por exemplo, a gestora apresentou uma resistência inicial em participar da pesquisa em função de experiências anteriores que foram percebidas como negativas. Coincidentemente, não foi possível entrevistá-la, em função de suas inúmeras atividades no serviço, apenas conversas informais em que afirmava estar estressada com tanto trabalho e outras funções que não eram de sua alçada, mas que tinha que fazer devido à ausência de funcionários na Unidade.

No trecho abaixo se percebe a hesitação de uma gestora em falar sobre o trabalho na atenção básica:

Gestora: - Entendeu? É meio complicado para mim falar, viu, Luciana.

Luciana: - Como assim complicado?

Gestora: - Porque eu, você pode até estar dizendo coisas que não corresponde, assim, é o que eu vejo ou o que eu acho.

Luciana: - Sim, é. Mas, eu quero é a sua opinião mesmo, não é para julgar nem para...

Gestora: - A pergunta não é nada difícil, né? (Riu).

Luciana: - Que é que você chama de difícil?

Gestora: - Um bocado de coisas. Olha...

Luciana: - Diga...

Gestora: - Psicóloga, né? Tá vendo, foi puxando, puxando (riu)...(gestora, contexto D)

Nesse momento, a participante claramente mostra sua surpresa em perceber que estava colocando sua opinião sobre a atenção básica e a ESF como se fosse algo que não deveria ser revelado. Em um outro momento, mais informal, essa participante comentou sobre as dificuldades e como estava “estressada” com a sobrecarga de trabalho, com a falta do médico em uma das equipes e com a conseqüente reclamação dos usuários.

Esse “cuidado” em não colocar o que realmente pensa sobre a atenção básica e a saúde pública em geral, revela as relações que se conformam no cotidiano de trabalho. Relações que se constituem a partir das relações de poder e de dominação, expresso pelas hierarquias e poder de decisão sobre o lugar de trabalho dos funcionários públicos que não podem ser demitidos, mas podem ser realocados à sua revelia.

No decorrer do processo de interanimação dialógica gerado pela entrevista, a gestora do contexto D afirma que faz de tudo, menos administrar a Unidade, em função do excesso de demandas e de tarefas a serem realizadas:

Assim, porque assim, eu fico com muitas, muitas atribuições que não seriam para mim, mas também é porque não tem pessoal, não tem recursos humanos que abranja, que coloque as pessoas para trabalhar nos seus setores para eu ficar livre para realmente desenvolver minha função, de administrar, né?(gestora, contexto D).

Há certo grau de conformismo e/ou impotência no sentido de ficar esperando a SMS enviar outro funcionário, enquanto vai fazendo tudo que aparece para fazer. A questão dos recursos humanos é uma queixa constante no campo da saúde pública e ainda não tem sido suficientemente problematizada no sentido de efetivamente mudar a lógica do trabalho e a reorganização das equipes.

Em DAB (2006), constata-se que não há qualquer menção sobre gestores ou outros profissionais que devem fazer parte das Unidades de Saúde tais como auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais. Observa-se, assim, que um dos muitos problemas que dificultam a real implantação das diretrizes da atenção básica pode também ser a falta de trabalhadores ou a má distribuição de pessoal administrativo nas diferentes unidades de saúde. Esse é um problema logístico que precisaria ser considerado pelas instâncias organizacionais da saúde.

Um segundo aspecto dessa construção discursiva se refere às condições de trabalho. Alguns gestores têm um posicionamento mais crítico em relação a essa questão, mas em outras unidades as condições de trabalho parecem ser diferentes. Os discursos de uma das participantes mostram as múltiplas tarefas que deve realizar nas atividades cotidianas e a consequente sobrecarga de trabalho:

Trabalho, tipo de manhã eu fico na farmácia que toma o tempo todo, passo esse tempo todo na farmácia. Às vezes, o telefone, às vezes no arquivo, na marcação de consultas. Então é muita coisa para uma pessoa só, né? E isso realmente não é a função da administradora. A administradora tem que estar muito com a saúde, é fazer o possível para manter a Unidade, né? Trabalhe bem, atenda bem, e isso eu não tenho tempo de fazer. Meu serviço é de administração, acho que de administração mesmo faço pouco. (gestora, contexto D).

Há a queixa de sobrecarga de trabalho e dificuldades em cumprir outras funções. Desse modo, essa gestora coloca que não consegue participar das reuniões de apoio matricial que acontecem nesse contexto, em função das inúmeras demandas, o que pode desestimular e dificultar ainda mais a implantação de novos dispositivos de cuidado. Em função do estresse, das pressões do dia a dia e da sobrecarga de trabalho, essa participante afirma já ter solicitado licença médica pelo menos uma vez durante um determinado período.

Ramminger (2006) aponta a precariedade do trabalho como principal motivo de adoecimento entre os trabalhadores de saúde, incluindo gestores. A autora coloca, inclusive, que “a falta de integração da equipe e de espaços de escuta e de reflexão, são identificados como fatores que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores” (Ramminger, 2006, p. 74). No caso aqui, é evidente que as gestoras dos contextos B e D trabalham sob pressão, tentando dar conta da demanda dos usuários e da administração das equipes ESF, o que contribui para os altos índices de absenteísmo no campo da saúde (Traverso-Yépez, 2009). Nesse caso, fica claro que o cuidador também precisa de cuidados.

Por outro lado, o que seria o serviço de administração da USF? O que fica evidente na pesquisa é que a divisão do trabalho ainda segue uma lógica taylorista, na qual cada profissional assume a sua tarefa específica, delimitada e fragmentada (Bertussi, 2009; Campos, 1998). A questão que se coloca é se essa divisão rígida de trabalho realmente é útil para o contexto da atenção básica.

Porém, faz-se necessário considerar as especificidades de cada contexto, pois nem todos os gestores se sentem insatisfeitos ou sobrecarregados, como pode ser constatado com a gestora do contexto A, graduada em administração, que descreve um pouco o seu cotidiano de trabalho:

Na parte da administração, né, é, o que eu consegui foi a satisfação dos funcionários, porque quando eu cheguei aqui eu encontrei uma insatisfação muito grande. Eu não sei o que foi que houve com a outra gestão, mas eu encontrei aqui essa insatisfação. Então, hoje pra mim já é um ganho, você ver hoje os funcionários vindo trabalhar de bom humor, né, querendo mesmo abraçar o serviço. Apesar das dificuldades que nós temos, né, mas mesmo assim, graças a Deus, Deus está nos ajudando. (gestora, contexto A).

Essa gestora consegue administrar a Unidade ⁷ sem maiores problemas provavelmente por ser mais qualificada, ou ainda, por ter uma rede maior de contatos com os profissionais de instâncias superiores. Enquanto isso, os outros gestores participantes (contextos B e D) se dividem em várias tarefas no seu lugar de trabalho, ficando geralmente sobrecarregados e sem tempo de realizar as atividades de gestão.

A participante do contexto A afirma ainda que se sente muito bem como gestora e o discurso vai deixando claro que se esforça significativamente para permanecer nesse lugar o tempo que puder, mas que essa decisão não depende dela e sim, de uma instância superior que tem todo o poder decisório, no caso a “secretaria” (municipal de saúde). O trecho abaixo expressa identificação com o trabalho que desenvolve, reforçando que gosta do que faz e faz bem feito, além de procurar pensar nos colegas de trabalho.

***Gestora:** Então, eu vivo sempre procurando o que é bom, dentro sempre da parte administrativa já que foi uma profissão que eu escolhi e é uma coisa que eu gosto. Porque eu penso assim se você faz aquilo que você gosta, por mais que sejam difíceis as coisas, mas se você abraça uma profissão que você gosta é totalmente diferente de fazer aquilo que você não gosta, então eu faço aquilo que eu gosto.*

***Luciana:** E estar aqui na Unidade é algo que você gosta?*

***Gestora:** Com certeza. Não sei até quando eu vou estar aqui né,...*

***Luciana:** Não é algo que você decide?*

***Gestora:** Não, não, não, né. Aí é a secretaria que decide. Mas, o que eu posso fazer em prol do meu serviço com certeza eu vou fazer, dos meus companheiros de trabalho.*

Fica clara a questão do poder no sentido de se colocar nas mãos da instância superior e para ser reconhecido e legitimado em seu papel, é preciso se esforçar, mostrar que é competente, ser benquisto no local de trabalho. Esse parece ser um jogo político implícito nas relações que se estabelecem entre as diferentes instâncias.

⁷ Vale salientar que o contexto A se caracteriza por ser uma unidade de saúde com atenção primária e secundária, contando ainda com a presença de 06 equipes da ESF.

Nesse último trecho, observa-se o que Willig (2001) denomina de “orientação para a ação”, ou seja, o direcionamento que a pessoa dá ao discurso, no caso aqui, como a gestora vai orientando seu discurso para mostrar que é competente e que merece continuar nesse lugar. Essa realidade apontada pela gestora do contexto A é bem diferente daquela expressa pela gestora do contexto D.

Ceccim e Mehry (2009) apontam que, ao olhar com mais atenção para o cotidiano dos serviços, é possível constatar essas especificidades, essas diferenças em todas as dimensões, inclusive nas práticas de cuidado:

Percebemos, por exemplo, que os profissionais são bem diferentes entre si na maneira de cuidar, parecendo - muitas vezes - que uns cuidam e outros não, ou que uma dada equipe de saúde ocupa-se do cuidado e outra não (Ceccim & Mehry, 2009, p.533).

Essas especificidades dependem também da maneira como o gestor se posiciona diante das diretrizes e da SMS. Nessa perspectiva, a gestora do contexto A ainda afirma que conseguiu mudar o quadro de desmotivação dos funcionários que estava em evidência desde a gestão anterior (sic):

A Unidade estava num processo de reforma, de pintura e adequação de portas, né? Quando na realidade já se faziam 8 meses e não saía do lugar, então, essa foi uma coisa que eu busquei muito, que eu cobre muito da Secretaria e a Secretaria assim ter me dado um respaldo muito grande, ter me ajudado em relação a isso. Então, isso foi uma das causas em que aconteceu essa desmotivação. Foi isso aí. Tavam no conselhos, nas igrejas, mas num é nunca como estar dentro da própria unidade de saúde (gestora, contexto A).

Fica claro aqui que o tipo de relação estabelecida entre os gestores e a SMS depende muito do posicionamento e da autoestima do gestor em questão. Quem se coloca no mesmo patamar dos gestores da SMS pode ter maiores possibilidades de cobrar dos mesmos para que algumas ações aconteçam. Isso depende também do grau de aproximação que o gestor tem com seus superiores na escala hierárquica e do tipo de

relações que se estabelecem entre as diferentes instâncias. Nesse sentido, não é apenas o organograma da instituição que entra em vigor, mas também as relações informais, as amizades e as maneiras como as pessoas buscam resolver os problemas da Unidade.

Em geral, quando a pessoa se posiciona como se estivesse recebendo um favor, quando na realidade o SUS é um direito de cidadania, dificilmente conseguirá o que precisa. Nas unidades de saúde participantes da pesquisa é comum observar que algumas pessoas cobram os serviços, enquanto outras se posicionam como se estivessem prestando um favor, no caso dos profissionais, e recebendo um favor, no caso dos usuários.

Observa-se que além de precisar mostrar serviço para se manter como gestor, pelo menos até as próximas eleições, quando todo o quadro de gestão muda em função do novo prefeito⁸, o gestor também precisa buscar os canais abertos da SMS para poder dar andamento às suas ações nas unidades de saúde. Assim, os gestores precisam encontrar outros caminhos para resolver as demandas com mais agilidade, mas ao mesmo tempo, ter o cuidado de não ultrapassar os limites. O gestor acaba assumindo um posicionamento político no sentido de procurar realizar suas ações, sem desagradar os seus superiores, e ao mesmo tempo, obter o que precisa para o seu serviço.

Essa rede de relações institucionais acontece de forma quase invisível, dependendo do interesse das pessoas e/ou do grau de entendimento que elas têm umas com as outras e que pode facilitar ou dificultar o serviço. Isso pode ser constatado a partir da entrevista com outra das gestoras, quando comenta sobre o que é preciso fazer para conseguir os pedidos de medicamentos para a USF:

Gestora: - Vai via Distrito. A gente sempre vai via Distrito entendeu? Antes de a gente fazer qualquer coisa, tudo tem que passar pelo Distrito. É Distrito-Secretaria.

⁸ Que escolhe seus secretários e estes, seus assessores e outras pessoas para cargos comissionados.

Luciana: Ah! Então vocês vão para o Distrito e de lá para a Secretaria. Aí como é esse trâmite, é fácil, não é? O que você acha?

*Gestora: Eh... é fácil. Às vezes, a gente também consegue, **pula um pouquinho algumas coisas** (ri), liga , entendeu? **Para conseguir as coisas mais rápido.** Porque assim, é muitas Unidades também por Distrito, né? Tanto é que o Distrito também foi dividido. Antes era um só, hoje são dois (...), exatamente por essa demanda que era a de mais habilitação de Unidades. Mas assim, **aos trancos e barrancos dá para resolver.** Porque também o Distrito não depende só dele, né? Depende também da Secretaria, depende dos Núcleos também.*

Luciana: - Sim...depende de que?

Gestora: - Dos Núcleos da Secretaria. Porque tudo passa via Distrito, no caso depois passam para Secretaria, mas na Secretaria tem Núcleos, né? Que é dividido na Secretaria. Aí a cada tanto a gente tem que mandar alguma coisa, mas sempre via Distrito. (gestora, contexto D).

Na continuidade do discurso, vai ficando claro que não é assim tão fácil, visto que é preciso “pular” algumas etapas, seja telefonando diretamente para as pessoas responsáveis ou tentando apressar o trâmite oficial através de outras ações que não ficam claras nesse trecho do discurso. As pessoas vão encontrando maneiras de efetivar as ações ou ainda de conseguir o que precisam da maneira mais rápida e, aparentemente, mais eficaz do que o caminho “normal”.

Analisando a orientação para a ação fica claro que, diante dos recursos limitados, o gestor continuará utilizando essa estratégia para pressionar e conseguir os insumos necessários. Dessa maneira, o gestor mais seguro de si e do seu trabalho, aprende a cobrar aquilo a que tem direito para garantir melhores condições de trabalho na Unidade. Essas estratégias caracterizam a rede de relações informais, nem sempre claras, mas que devem fazer a diferença entre as unidades de saúde no sentido de conseguir insumos e outros materiais de forma mais rápida e eficaz.

4.1.2. Comunicação entre os trabalhadores e o trabalho em rede – *é tudo muito difícil, a gente fica sozinho*⁹

Essa construção discursiva diz respeito aos diversos aspectos que permeiam a comunicação entre os trabalhadores de saúde e o trabalho em rede. A intenção é explicitar como é o cotidiano de trabalho desses profissionais, partindo do princípio de que as diretrizes do SUS preconizam o trabalho em rede. Nesse sentido, três subitens são apresentados e analisados, tais como: a) as condições de trabalho sob a perspectiva dos trabalhadores de saúde; b) o condicionamento ao medicamento que dificulta a criação e prática de outras ações; c) as relações entre os profissionais de saúde e a rede de trabalho em saúde.

O primeiro aspecto a ser discutido nesse item se refere às condições precárias de trabalho nas equipes da ESF. O depoimento abaixo expressa a maneira como a implantação do PSF é compreendida por alguns trabalhadores: verticalizada, de cima para baixo, sem o cuidado em relação à preparação dos trabalhadores de saúde e, especialmente, sem considerar os problemas de saúde já estabelecidos, crônicos:

Isso, só como agir, mas não foi nada a ver com o PSF, porque desmancharam uma estrutura que já estava toda formada para fazer a nova estrutura, sem ter base!! Porque foi de repente! Porque eu achei muito errado quando acaba com aquele sistema antigo pra ter o novo sistema. O sistema que agora eles visam não é tratar o doente, é evitar ficar doente, né? Agora, como é que eu vou prevenir, se a pessoa já está doente? Eu teria que tratar ele primeiro pra depois ... não, ele já está doente, eu não tenho mais como prevenir a doença dele. Era para ser separado, ter um canto para aqueles que já estão doentes, um atendimento para aqueles doentes, né, uma equipe para atender aqueles doentes e uma equipe realmente para fazer a prevenção (agente de saúde, contexto D).

⁹ Enfermeira, contexto A.

Pode-se supor que, para esse agente de saúde, o PSF foi quase que uma imposição aos serviços que já existiam na atenção básica. Vários autores apontam as benesses da ESF no sentido de suas diretrizes estarem em consonância com o sistema de saúde mais democrático e integralizado (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Camargo-Borges & Japur, 2005; Oliveira & Spiri, 2006). No entanto, a forma como foram implantadas essas equipes e as condições políticas de cada Município para essa implantação é bem menos considerada.

A impressão é a de que o projeto do PSF foi idealizado no bojo da construção do SUS, posto em prática pelo Ministério da Saúde e encampado pelas respectivas Secretarias Estaduais e Municipais. O impacto dessa mudança na assistência parece não ter sido suficientemente problematizado em pesquisas do gênero. O fato de implantar equipes ESF sem um lastro social, cultural e econômico que as sustente parece contribuir para condições de trabalho precárias e as fortes críticas por parte dos trabalhadores de saúde.

Essas observações coincidem com a pesquisa de Ribeiro, Pires e Blank (2004) quando analisam o trabalho em saúde, sobretudo no contexto da saúde da família, e mostram que as condições de trabalho são um dos fatores que mais dificultam a real implementação das diretrizes da ESF.

Em DAB (2006), as diretrizes para a atenção básica são bem claras ao afirmar que cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000 habitantes por equipe da ESF. No caso dos agentes comunitários de saúde, a média recomendada é que cada agente seja responsável por até 750 pessoas (DAB, 2006). Esse índice já parece excessivo quando o objetivo é estabelecer vínculos e se responsabilizar pelas ações de promoção de saúde. Porém, o que geralmente ocorre é que as equipes da ESF são responsáveis

por um número muito maior de famílias em comparação com o que aponta o documento:

Mais de 2000 e todo dia cresce! Eu comecei com 162 famílias, hoje eu estou com 210. Todo dia cresce (agente de saúde, contexto D)

É, agora, nessa parte assim, aí gente, aí a gente quando tá fazendo, com todos os funcionários, a gente parou e disse assim, e a gente vai fazer o quê? Né? Tem uma psicóloga que podia ajudar, mas ela não vai ter espaço, não vai ter tempo, né? Que ela já tá inserida com a gente nas reuniões de equipe, mas num trabalho desses, são 6 equipes, a gente tem uma média de cada equipe, tem uma média de quantos, de quantos doentes mentais mesmo, daqueles crônicos, né? (Enfermeira, contexto A)

O trecho abaixo, selecionado da transcrição da entrevista em grupo com os agentes de saúde do contexto D, aponta justamente para essa precarização do trabalho e a afirmação de que o PSF não funciona como deveria:

ACS 1: Não tem estrutura nem pra gente fazer um trabalho, nem que a gente quisesse fazer um trabalho com as pessoas com problemas de nervos, a gente não tem. A gente tem que estar mendigando né...um salão, uma sala emprestada.

ACS 2: Pedindo uma sala emprestado...

ACS 1: Quer dizer, nem todo dia, você tem uma sala disponível, né.

ACS 3: Na realidade, vou dizer aqui pela nossa equipe que funciona pelo esforço de muitos profissionais.

ACS 1: É.

ACS 3: Porque se não fosse, se fosse pra seguir as normas, isso aqui não funcionava.

Luciana: Por quê?

ACS 3: O PSF não funcionava! Porque as normas são outras, entendeu? E a gente aqui é a falta de material, a falta de espaço, condições de trabalho; funciona, justamente, pelo interesse dos profissionais.

Conill (2008) aponta que “o impacto do PSF nos indicadores de saúde permanece controverso” (p.512). A citada autora justifica que a precariedade das condições de trabalho, a insatisfação dos trabalhadores e a presença de vínculos precários podem ser consideradas como as principais barreiras para os avanços do referido programa. Isso mostra que o problema em si não é só a falta de profissionais,

mas a dificuldade em melhorar as condições de trabalho, de efetivar as diretrizes do acolhimento e do vínculo entre os próprios trabalhadores de saúde das diferentes instâncias que as compõem.

Enfermeira: Que o pessoal gosta muito de dizer que a rede básica não funciona, mas só sabe quem tá aqui. Ela funciona, agora só que a gente não tem, é, é, é respaldo, as parcerias....

Luciana: Parece assim que vocês ficam muito sozinhos em alguns momentos, né?

Enfermeira: É, fica só, é. E é muito criticado, muito criticado pela rede hospitalar.

Médico: Muito.

Enfermeira: Só dizendo piadas, num sei o quê.

Médico: Dizer que a gente não funciona, eu pelo menos tenho minha consciência de que eu trabalho, que uma pessoa que faz 500 consultas por mês...(Contexto A)

Isso fica evidente entre os trabalhadores quando questionam como fazer um trabalho de qualidade, em prol das necessidades da comunidade, uma vez que prevalece a lógica da produtividade na avaliação e financiamento do trabalho. Esse é o argumento usado pelo médico do contexto A para denunciar essa lógica focada na produtividade:

Por exemplo, eu atendo segundas, quartas e sextas pela manhã qualquer paciente que tiver na fila. Quando eu chego de 7h, eu recolho os prontuários e mando tirar os prontuários. É pra atender 16 fichas, 16 pacientes, eu atendo, eu tiro 20, 20 e poucos prontuários, que é diferente de ficha. Você entra aí tem: papai, mamãe... de 5 a 6 pessoas por família, você atende. Tem dia que é ótimo, é só um paciente, vem só, você num instante atende. Hoje eu fiz o CD¹⁰, realmente eu estou aqui desocupado conversando aqui com você. Mas, ontem eu não pude nem sequer ir ao banheiro, eu não pude.

Já uma enfermeira do contexto A, por exemplo, se queixa de que alguns funcionários do sistema não são tão “competentes” (sic) e cobram produção das unidades básicas. Em dois contextos (D e E), alguns trabalhadores comentaram sobre a exigência do gerente do distrito para uma maior produtividade. A gestora do contexto D coloca a dificuldade do trabalho em rede e do seu próprio trabalho:

¹⁰ Crescimento e Desenvolvimento.

Um caos, muito ruim. Falta de pessoal, falta de médicos, falta de medicamentos, tudo isso. E a gente não pode resolver, porque a gente fica aqui. Pede médico, né? Mas, quem tem que mandar, não somos nós. É a Secretaria, é o prefeito. Quem está no exercício é que tem que mandar. Medicamentos do mesmo jeito, a gente solicita, mas não tem quem dê a gente. O nosso trabalho sempre depende de outras pessoas, não só da gente. (gestora, contexto D).

Essa é a mesma gestora que afirmou “pular etapas” para conseguir alguns insumos como já foi apontado no item 4.1.1. O fato é que para que os gestores possam efetivar as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, é preciso que recorram inicialmente ao Distrito correspondente ao seu contexto de gestão e aguardem o trâmite burocrático de uma instância à outra até que haja resolução pela instância competente. Ou, para receberem respostas mais rápidas, precisam usar algumas estratégias e a sua rede de contatos como colocado anteriormente.

Além disso, há uma dependência das instâncias ditas superiores para que estas resolvam o problema, como a falta de médicos e medicamentos. Os ideais de horizontalidade e transversalidade, que contribuiriam para compor o trabalho em rede, ficam paralisados em função de uma perspectiva de saúde ainda centrada na racionalidade biomédica.

Considerando essa questão, Vietta, Kodato e Furlan (2001) colocam que a ênfase da racionalidade médica no trabalho em saúde contribui para que os recursos culturais da população sejam escamoteados, o que pode efetivamente piorar os níveis de saúde ao invés de melhorar. Como os usuários geralmente se posicionam como subordinados aos profissionais, por estes serem considerados como supostos donos do saber, pode acontecer de realmente se colocarem de forma passiva diante do processo saúde-doença.

O trabalho que deveria ser em rede, no sentido da referência e da contrarreferência funcionando efetivamente, da comunicação horizontal entre as

diferentes instâncias, fica prejudicado, ou ainda, se torna um verdadeiro emaranhado como colocam Figueiredo e Onocko-Campos (2009). As relações desiguais de poder aparecem claramente nessa dificuldade em manter um diálogo com os gerentes de distrito, com os profissionais de saúde da atenção secundária e terciária, com os próprios agentes de saúde, que muitas vezes se sentem desvalorizados.

O modelo de gestão mais democrático, dialético e problematizador trazido por Campos (1998) poderia começar a ser praticado na atenção básica através da escuta atenta às sugestões dos próprios trabalhadores:

Luciana: O que vocês acham que podia melhorar?

Médico: Que tivesse uma referência que realmente funcionasse...

Enfermeira: Que funcionasse com o especialista...

Médico: Inclusive que os pacientes fossem e viessem com uma contrarreferência que não vem. Os colegas médicos especialista lá de cima, do topo, eles não gostam de fazer contrarreferência. E eles não vão dizer, na base, o que é que o paciente tem. (contexto A)

Além de apontar a importância da referência e da contrarreferência, o médico do contexto A se posiciona como estando na base da pirâmide hierárquica no que concerne aos cuidados em saúde. Fica evidente que ser um especialista traz maior status para o profissional do que ser médico da atenção básica (Meneses e Rocha & Trad, 2005).

Considera-se que apesar das diretrizes da atenção básica e do PSF, o que se vê nas unidades de saúde visitadas são diferentes problemas como a precarização do trabalho, não só no próprio serviço, mas também entre as diferentes instâncias decisórias, conforme comentado no item 4.4.1..

O segundo aspecto importante que faz parte dessa construção discursiva é o condicionamento das pessoas ao uso de medicamentos. Os depoimentos abaixo ilustram essa questão:

E, muitas delas, a maioria é com queixa de dor de cabeça intensa, constante. E daqui uns dias ela vai chegar querendo diazepam. Elas são novas agora, tem 20 e poucos anos, mas quando começar com seus 30/40, vai começar...(enfermeira, contexto A)

ACS 1: É muita gente na área tomando remédio controlado, é amitriptilina, é diazepam, é muita gente.

ACS 2: É psicotrópico, é demais, o pessoal que toma psicotrópico.(agentes de saúde, contexto D)

Essas loucas, loucas, pela receita azul! Eu geralmente não passo de primeira vez. A não ser uma urgência, mas quando elas já vêm já com a receita passada por psiquiatras que elas encontram na rede, aí o uso é contínuo, eu só faço renovar as receitas. Mas, a queixa é grande, não só mulheres como homens também (médico, contexto A).

Fica claro no depoimento acima que o médico em questão não mantém nenhum contato com o psiquiatra que o usuário “encontra na rede”. Muito provavelmente, ele só sabe quem é o especialista que prescreveu o medicamento devido o carimbo na “receita azul”. O documento da atenção básica afirma que um dos principais objetivos do PSF é “gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva” (DAB, 2000, p.317). A saúde coletiva busca problematizar a complexidade do tema saúde, mas a ideia de saúde apenas como ausência de doenças ainda é muito forte tanto entre boa parte dos profissionais, quanto entre a própria população usuária do serviço. Normalmente, ela procura o médico e, na maioria das vezes, exige o medicamento.

O PSF, como estratégia que prioriza o vínculo, o acolhimento e a mudança na lógica da assistência, pode muito bem funcionar com os níveis de atenção, em rede, se sintonizados com essas diretrizes. O campo da saúde inclui aqui o exercício da cidadania, da democracia, da participação social e não apenas aspectos fisiológicos das

doenças, como se enfatiza na lógica biomédica e que se expressa nessa busca por medicamentos.

O terceiro aspecto dessa construção discursiva se refere às relações existentes entre os profissionais de saúde, os gestores e os usuários. Essas relações podem facilitar ou dificultar o trabalho em rede. Nesse sentido, apesar do discurso da interdisciplinaridade, ainda é forte a delimitação de campos de atuação entre os profissionais, principalmente entre o médico e outras categorias de nível superior. O projeto de Lei do Ato Médico¹¹ é justamente a expressão maior dessa lógica que posiciona o médico como o profissional da saúde por excelência e os demais profissionais como técnicos.

Na tentativa de resolver os problemas que chegam à Unidade, a gestora do contexto D coloca que a enfermeira, em função da falta de médico na Unidade, começou a encaminhar alguns usuários com problemas de saúde:

Porque assim, (...) ela estava fazendo isso na área dela, que não tem médico. Então, assim, para não deixar o pessoal tão abandonado, digamos, a pessoa chegava com uma dor no tornozelo, no braço, alguma coisa, ela via e dava um encaminhamento para ortopedia, para reumatologia, né? Aquela coisa. E foram proibindo. (...) Aí eu digo, você chega e diz: - Não vai? Ou vamos deixar fazer, porque uma vez (a enfermeira) mandou uma pessoa de referência para aqui, a própria gerente do Distrito chegou e disse que ela não era médica, então é chato! Ela é profissional, ela estudou. Ela não é médica, mas ela estudou, ela sabe. Entendeu? Então, pronto, depois disso, ela não fez mais nada. Aí fica no maior sufoco. Eu não tiro a razão dela. (gestora, contexto D).

Apesar de o discurso oficial preconizar a horizontalidade e o fluxo de usuários, os próprios trâmites administrativos e políticos dificultam tal funcionamento. De um

¹¹ O Projeto de Lei Ato Médico 7703/2006 tem mobilizado a maioria das categorias profissionais de saúde que se posicionam contra ou a favor desse projeto que estabelece os limites da atuação dos profissionais de saúde em favor da categoria médica. O Projeto ainda não foi aprovado pelo Senado e já sofreu algumas revisões, mas está em vias de análise, de forma que há um amplo movimento de diferentes categorias profissionais, incluindo a psicologia, para que não seja aprovado da maneira como está formulado.

lado, a enfermeira que procura resolver os problemas da maneira que pode, de outro, a gerente do distrito que se pauta nas diretrizes que indicam o papel de cada profissional. Ainda assim, fica evidente que, muitas vezes, a conformação organizacional dos serviços funciona de uma maneira, enquanto as diretrizes do PSF e da atenção básica apontam para situações bem diferentes.

A literatura aponta para a significativa distância entre o que se propõe nas políticas de saúde e o que realmente acontece na realidade cotidiana (Figueiredo, 2006; Nunes, Jucá & Valentim, 2007; Traverso-Yépez, 2005). Muito se coloca sobre a formação dos profissionais de saúde, mas pouco se problematiza sobre essas relações de poder e o organograma subjetivo que é construído no cotidiano de trabalho, permeado pelos interesses pessoais e pela burocracia. As relações entre os profissionais, gestores e usuários muitas vezes são permeadas por conflitos em que a questão do poder fica evidente em função dos cargos, da maior ou menor qualificação, do maior ou menor prestígio, como vai ficando evidente no processo da pesquisa.

Em relação à necessidade de mudança na formação dos profissionais, destaca-se a mudança da perspectiva biomédica, cuja lógica enfatiza a doença e a cura, para um modelo psicossocial de cuidado, que inclui as dimensões política, biológica, psicológica e sociocultural como determinantes das doenças (Nunes, Jucá & Valentim, 2007). Porém, pouco se fala sobre as dificuldades em implantar diretrizes mais condizentes com esse modelo, em equipes sobrecarregadas e com significativa demanda reprimida.

Além dos percalços burocráticos, a gestão em saúde também fica por vezes à mercê do período eleitoral:

Não, eu não diria que diminui o pessoal, fica, fica, como é que eu poderia dizer assim, tem eleição, então chega num certo ponto que se não andou, não caminha mais, não pode aprovar por conta disso, por conta daquilo, fica mais difícil mexer com as pessoas, você tá entendendo, então, tudo isso, no plano administrativo gera

*consequências, na repercussão do que você prevê, em tudo que você planeja, tá entendendo? Porque, quer dizer assim, a partir de tanto, você não desloca mais funcionário, você não vai ter mais nada aprovado, entendeu, **você não vai mais poder criar mais outras coisas**, tá entendendo? Então tudo isso são coisas que barram o processo, né? (gestora, SMS)*

Nesse trecho da fala da gestora evidencia-se essa questão das mudanças na administração que influenciam o fluxo do trabalho. São situações que não aparecem nos planos de gestão, nem nos documentos oficiais como em Brasil (2006). Nesses documentos, existem as diretrizes e os princípios, mas não há o nó górdio que dificulta a realização dessas ações, como a questão dos recursos humanos, visto no subitem 4.1.1, e a rede de relações e comunicação entre uma instância e outra como visto nesta seção. A cada quatro anos há um período pré-eleitoral onde todos os processos ficam paralisados no aguardo da nova gestão. As pessoas comprometidas com o sistema público de saúde parecem se sentir impotentes diante dessa fase, em que não é possível criar nada, pelo menos durante esse período.

Na política oficial da atenção básica, a integralidade é considerada uma das principais diretrizes do sistema de saúde (DAB, 2006). Nesse sentido, o trabalho em rede é considerado como primordial para alcançar esse objetivo. Um dos documentos desenvolvidos pela SMS/Natal/RN propõe exatamente explicitar os serviços que compõem a rede de atenção no município de Natal/RN.

Nesse documento, a porta de entrada ao sistema de saúde é a atenção básica, com a qual a atenção especializada deve estar em total comunicação. Dentro desse desenho da rede, as estratégias de cuidado e os diferentes serviços são delineados para

(...) a organização da rede de serviços com atuação transversalizada, a partir da atenção básica que será qualificada para acolhimento inicial a essas demandas, referenciando para unidades de maior complexidade e também outros organismos que atuam numa perspectiva de atenção integrada. Possuindo como premissa o atendimento às pessoas em

conformidade com o seu perfil, percebem-se as especificidades de cada clientela, de acordo com o gênero, faixa etária, necessidades especiais, exposição a riscos e vulnerabilidades (SMS, 2007, p.10).

Sendo assim, a SMS propõe um caminho institucional para a solução de problemas dos usuários partindo das unidades básicas de saúde para os níveis especializados. No caso dos materiais de consumo, medicamentos e outros procedimentos, a proposta é de que as unidades de saúde consigam resolver suas pendências e demandas de forma mais ágil com a colaboração dos distritos sanitários, que geralmente se localizam no território, próximo às unidades correspondentes:

A rede básica municipal é composta de 58 unidades que se constituem como ponto privilegiado para o primeiro contato do acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cumpre ainda a **função essencial de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção** (SMS, 2006, p.25-grifos meus).

Os trechos em negrito expressam uma intenção de agilidade na atenção ao usuário entre as diferentes instâncias que fazem parte da rede SUS. Mais adiante, o documento em questão esclarece melhor sobre a organização do fluxo e contrafluxo de pessoas quando utiliza o termo “corredores funcionais”, ou seja, uma tentativa de facilitar as idas e vindas dos usuários pela rede:

Apesar de todo esforço, percebe-se ainda a fragmentação da assistência em todas as dimensões, o que leva a gestão a estabelecer a criação de “corredores funcionais”, que conduzem o paciente ao longo da rede, permitindo integrar as ações a ele dirigidas, ainda que realizadas por diferentes profissionais entre diferentes unidades (SMS, 2006, p.27).

Fica evidente a intenção da SMS em trabalhar com uma rede de comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários. Há uma preocupação com o fluxo de trabalho

na própria instância administrativa, como pode ser constatado nos itens sobre gestão e financiamento do sistema municipal de saúde:

Considere-se ainda a morosidade administrativa como fator limitante da melhor alocação de recursos, sendo passível de medidas que tenham como finalidade dotar as estruturas de gestão de mecanismos e instrumentos tecnologicamente compatíveis com a complexidade das funções burocráticas estabelecidas em Lei, instrumentalizando também os trabalhadores, através de programas continuados de capacitação e conseqüente valorização do exercício profissional em áreas intermediárias às ações finalísticas do Sistema, tornando a tecnoburocracia mais ágil (SMS, 2006, p.35).

O objetivo é promover maior capacitação das pessoas através de cursos, treinamentos e melhorias tecnológicas para mudar a organização do trabalho. A capacitação profissional pode até contribuir para uma maior agilidade dentro da rede. Contudo, essa capacitação não é suficiente se as relações de poder não forem problematizadas, se as questões do financiamento não fizerem parte das discussões e se outros problemas particulares de cada contexto não forem considerados.

Por fim, é possível desenhar a “rede” de serviços da atenção básica a partir da análise em questão:

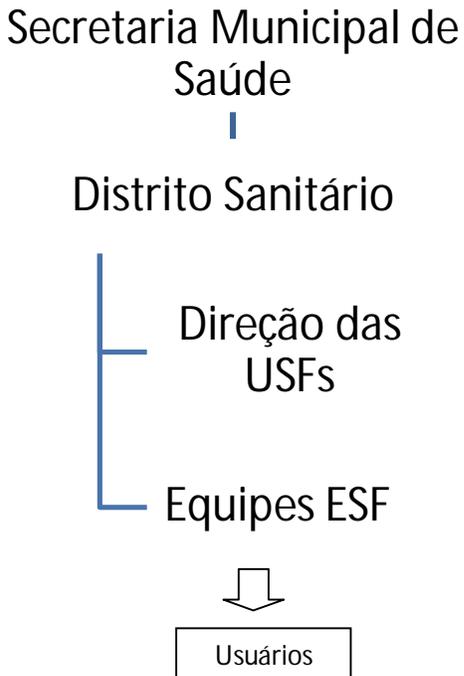


Figura 4.2 – Hierarquia da gestão em saúde tal como observada na análise da pesquisa de campo

Na figura 4.2, é possível observar a verticalização do sistema de gestão de forma bastante simplificada, de acordo com o que foi observado na pesquisa de campo e a partir dos discursos realizados. Embora exista o Conselho Municipal de Saúde e este apareça em lugar de destaque no organograma oficial da SMS (anexo 3), os participantes desse trabalho não se referiram a essa instância.

É possível notar também na figura 4.2, que as equipes ESF e os usuários formam uma base aparentemente mais fragilizada, mas isso pode estar relacionando ao processo de acomodação frente ao *status quo* vigente e não porque são realmente frágeis. É sabido que quando buscam cobrar os serviços a que têm direitos, podem contar com as instâncias jurídicas para consegui-los.

O objetivo da rede de cuidados em saúde ainda não se efetivou em função das dificuldades de comunicação, da racionalidade médica, das relações de poder entre os

próprios profissionais. Essas questões são muitas vezes invisíveis, que perpassam as relações cotidianas de trabalho, e podem ser compreendidas como micropolíticas do processo de trabalho (Franco, 2006).

Considerar esses aspectos micropolíticos nos documentos oficiais pode ser difícil em função das especificidades contextuais de cada região, pois os documentos são produzidos para todo o país, em um nível macropolítico. Dessa maneira, os entraves burocráticos, a falta de diálogo entre os diferentes níveis e os especialismos deveriam ser melhor problematizados para que haja, de fato, uma rede de trabalho. Para começar a mudança, faz-se necessário colocar em pauta uma discussão mais profunda sobre as relações interpessoais que vão se estabelecendo no cotidiano profissional e que podem dificultar o processo de trabalho em rede.

4.1.3. O modo de financiamento na atenção básica - para alguns é *de pernas curtas*¹²

Ao analisar a política da atenção básica em DAB (2006), observa-se a presença de 10 itens elencados como características do processo de trabalho das equipes da atenção básica, incluindo o cuidado aos problemas de saúde mais frequentes, o desenvolvimento de ações educativas e de ações focalizadas sobre os grupos de risco, a implantação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, o desenvolvimento de ações intersetoriais, entre outras.

Em relação ao PSF, as características do processo de trabalho descritas em DAB (2006) incluem o cadastramento das famílias, o mapeamento e reconhecimento da área adscrita, o diagnóstico e implantação de ações sobre os problemas de saúde mais

¹² Gestora, SMS.

frequentes, a elaboração de práticas de cuidado à família, o trabalho interdisciplinar e em equipe, além da promoção de ações intersetoriais, entre outras. Essas ações, em si, não são financiadas separadamente, pois o financiamento é baseado no número de equipes ESF ou Unidades Básicas de Saúde implantadas no município, bem como nos procedimentos elencados pelo Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva, um médico do contexto C contou a história do cobertor curto em uma das reuniões sobre saúde mental na atenção básica¹³: “você puxa dali, puxa daqui e não consegue se cobrir”. Essa é a principal metáfora quando se fala em problemas de financiamento nesse contexto.

Sobre esse tema, a psicóloga do contexto A considera que há um descompasso entre os princípios do SUS e o sistema de financiamento, que privilegia as ações curativas. De fato, ficou evidente, nas conversas informais e entrevistas, que muitos trabalhadores se sentem insatisfeitos porque as ações que consideram como promoção de saúde (passeios, caminhadas, reuniões com usuários) não são contabilizadas como produção, pois não há espaço no relatório de produção para inserir essas ações (sic).

Sobre essa questão, Marques e Mendes (2003) apontam algumas críticas em relação ao modo de financiamento da atenção básica, principalmente depois da Norma Operacional Básica (NOB)/1996. Essa diretriz se refere à transferência de recursos para uma maior responsabilização dos municípios pelo financiamento da atenção básica, embora o repasse seja feito através da implantação de ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

¹³ Essas reuniões, denominadas de “rodas de conversa em saúde mental”, fizeram parte do processo de investigação desse trabalho, tendo sido solicitadas pela gestora do contexto C e realizadas na própria unidade no período de julho a novembro/2009. Foi feito todo um trabalho nesse contexto em conjunto com uma aluna de Iniciação Científica que será melhor explicado mais adiante.

As críticas se referem justamente à contradição desse modelo: de um lado, os municípios são mais responsabilizados pela alocação de recursos, mas devido aos ajustes fiscais, precisam fazer contenção de despesas. Por outro lado, o Ministério da Saúde define quais ações serão mais incentivadas financeiramente, como a implantação de equipes ESF. Dessa maneira, o município acaba implantando equipes ESF, para receber os incentivos, mas nem sempre tem condições de mantê-las. Os autores consideram que:

De maneira contraditória, exatamente quando a forma transferências se firma como alternativa à remuneração por serviços produzidos pelo Ministério da Saúde, os recursos federais ganharam um “carimbo”, classificando sua destinação (Marques & Mendes, 2003, p. 405).

De alguma maneira, os gestores municipais perdem um pouco a autonomia em definir a destinação dos recursos, sendo a implantação de equipes da ESF uma maneira de assegurar mais recursos através do Piso da Atenção Básica (PAB) variável, recurso que depende do número de equipes ESF implantadas. Isso se expressa no significativo aumento de equipes ESF no Brasil: de 328 equipes em 1994 para 10.788, em 2001 (Ministério da Saúde). No município de Natal/RN, há o registro de 116 equipes de saúde da família (Datusus¹⁴, acessado em 28/10/2009) distribuídas em 04 distritos sanitários.

Para Marques e Mendes (2003), o princípio da integralidade à assistência pode ser dificultado em virtude da ênfase do Ministério da Saúde em implantar equipes de saúde da família (sem as devidas condições financeiras por parte do município) e principalmente devido ao repasse de recursos condicionados às ações delimitadas pela esfera federal.

¹⁴ <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeRN.def>

Nesse sentido, quando os participantes da pesquisa apontam as dificuldades em realizar ações, sendo uma dessas dificuldades a questão financeira, pode-se perceber o quanto o sistema de financiamento segue uma lógica diferente daquela preconizada pelos princípios da ESF e das diretrizes da política de humanização. Assim, a enfermeira do contexto C comenta sobre a organização do sistema de saúde e a questão da distribuição dos recursos:

Por isso que eu digo que o sistema é destoante. Temos 05 distritos¹⁵ e cada um deles trabalha de uma forma. Que sistema único de saúde é esse? Que fala de igualdade, de equidade, de direitos iguais. E quando vai trabalhar cada distrito trabalha de uma forma.(.....) Se fosse igual para todo mundo, se todo mundo falasse a mesma linguagem. As oportunidades, às vezes, é só para um grupo. Aquele grupo fica para aquela coisa, aquele grupo faz aquelas atividades. Acho que tem que se abrir mais o leque para que todo mundo fique com as mesmas oportunidades como sujeitos. Se você tem um direito eu também tenho que ter, temos que ser iguais. Por isso é que eu trago isso, para ver porque é que acontecem essas diferenças nos distritos. (...) (Enfermeira, contexto C).

Essas observações, trazidas pela participante, apontam para questões do gerenciamento, que podem expressar certas decisões na distribuição dos recursos. De um lado, os gerentes dos distritos podem ter certa autonomia no sentido de escolher para onde vão os recursos. De outro lado, problemas de comunicação podem dificultar o entendimento referente a essa distribuição.

Em relação ao campo da saúde mental, não há alusão acerca desse tema em DAB (2006), a não ser quando se fala em ações integralizadas, de acordo com os grupos de riscos e ações intersetoriais, mas também não fica muito claro como é que isso deve ser operacionalizado. Na realidade, há diversas ações estimuladas na atenção básica e

¹⁵ Distritos Sanitários em Natal/RN: Leste, Oeste, Sul, Norte I e Norte II.

nas unidades de saúde da família, como grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e CD (crescimento e desenvolvimento).

Essas ações são preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e referendadas pelo município para poder receber os incentivos do MS. Contudo, as ações mais valorizadas ainda são o número de consultas e procedimentos semelhantes.

Em linhas gerais, todo o sistema de saúde pública sofre com problemas de financiamento, seja pela insuficiência de recursos, seja pela maneira como são distribuídos. O depoimento abaixo expressa essa situação quando a gestora do contexto D comenta as dificuldades de gerenciamento dos recursos:

Luciana: - Sim. Você acha então, que, assim, estaria mais na questão dos governantes e eles gerenciarem melhor os recursos?

Gestora: - Gerenciarem melhor. Com certeza.

Luciana: - Você acha que é mais pela questão dos recursos, então. Pelo fato dos recursos não virem?

Gestora: - Os recursos vêm.

Luciana: - Os recursos vêm? E aí?

Gestora: - E aí? (Ela ri)

Luciana: - Vem para cá, né. Para a Unidade?

Gestora: - Vem para cá não.

No depoimento acima, a participante mostra que sabe da existência dos recursos para serem aplicados na ESF, mas não onde eles estão. Desse modo, mesmo que haja toda uma política de financiamento, não há transparência no processo de distribuição dos referidos recursos.

No caso específico da saúde mental, a política de financiamento tem destinado a maioria dos investimentos para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Contudo, já existem políticas de atenção básica em saúde mental como o apoio matricial e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nas próximas seções, essas questões de saúde mental serão comentadas e analisadas.

4.1.4. O desconhecimento do campo da saúde mental e a falta de apoio intersetorial

- Tem dia que você não sabe o que faz nem sabe o que diz...¹⁶

Se no contexto geral da atenção básica geralmente há dificuldades, quando se aborda a questão da saúde mental os obstáculos parecem ser ainda mais proeminentes. Um dos obstáculos às propostas de atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde é, mais uma vez, as condições de trabalho. No contexto A, por exemplo, a médica e a enfermeira, em conversa informal, afirmam que falta espaço físico para realizar atividades em grupo, a maioria dos profissionais não têm preparo técnico para o desenvolvimento do acolhimento e da escuta, bem como não têm tempo suficiente para as consultas, pois “precisam atender 22 pacientes por turno” (sic).

Outro problema apontado pelos trabalhadores de saúde em relação à saúde mental é a falta de conhecimento especializado sobre o tema:

Com outros programas me sinto preparada, mas saúde mental... depende muito pouco de mim (enfermeira, contexto F).

Assim, alguns participantes destacaram a falta de preparo técnico para o acolhimento e a escuta desses pacientes. Embora reconheçam a infinidade de problemas atribuídos ao campo da saúde mental como alcoolismo, uso e abuso de drogas, ansiedade, depressão, nervosismo e deficiências mentais (sic), boa parte dos trabalhadores afirma não conhecer bem esses temas e não saber o que fazer quando se deparam com usuários com essas queixas:

A gente pediu assim até um treinamento pra gente, né? Os médicos, principalmente, pra ter esse respaldo. Porque você sabe que quando

¹⁶ Auxiliar de enfermagem, contexto C.

colocou o PSF, colocaram um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem achando assim que a gente iria conseguir abarcar todos os problemas de saúde de uma comunidade e não é assim. Tem coisas que a gente não tem, não tem nem assim, eu vi psiquiatria na faculdade, e aí, depois?(enfermeira, contexto A).

Eles cobram algum tipo de capacitação e treinamento em saúde mental, mas no processo de pesquisa observou-se que quando algum tipo de treinamento é oferecido nem todos os profissionais estão presentes. Verificou-se também que os agentes de saúde são os que mais sofrem com os problemas de saúde mental dos usuários, uma vez que eles estão mais próximos das famílias cadastradas em sua área. À falta de conhecimento específico sobre os problemas de saúde mental se coaduna as concepções próprias de cada pessoa, o imaginário sobre doença mental e loucura. Nesse sentido, o campo da saúde mental ainda é nebuloso, com linhas muito tênues e sutis no que concerne à dicotomia normal e anormal.

No contexto C, isso fica evidente quando os diferentes trabalhadores de saúde, ao serem solicitados a falarem sobre o que conhecem de saúde mental, colocam várias concepções leigas na discussão. Alguns participantes descrevem comportamentos “estranhos” como sendo indícios de loucura, bem como o medo e preconceitos diante dos casos mais graves em relação ao descontrole e à agressividade que a pessoa pode demonstrar. Há ainda a própria dificuldade em escutar esses problemas e não ter com quem dividir a angústia:

E se fosse, realmente, que tivesse um apoio. Que a gente chegasse assim, olhe, pode contar, pode! Pode encaminhar, pode! Mas, esse pode não existe. O mínimo, o mínimo é a gente fazer o encaminhamento é fazer os usuários é ficar rodando sem conseguir atendimento, porque a rede, a rede (todas falam ao mesmo tempo). A gente sai com dor de cabeça, angustiada, não pode fazer nada! Se a gente ficar pensando... sair daqui pronto, acabou. Ir pra casa já pensando em outras coisas porque se for levando as coisas que a gente vê, é muito. Olhe, só indo lá, só visitando realmente pra entender a situação que esse povo passa. (agente de saúde, contexto D).

Os trabalhadores de saúde participantes da pesquisa se sentem impotentes por não terem para onde encaminhar essas pessoas. Eles mesmos não conseguem dar conta desses casos, tanto em função da complexidade das queixas, como da falta de uma base técnico-metodológica para lidar com esses casos.

Aí ela (a paciente) fica aperreada pedindo socorro a um e a outro, o que a gente pode fazer numa situação dessa? Encaminhar pra quem? Como fazer? É difícil! Aí a gente fica dando uma de psicóloga tentando contornar os casos, né? Coisas que não é bem da alçada da gente porque a gente já precisa de psicólogo também! (ri) (agente de saúde, contexto D).

Apesar do vínculo e do acolhimento serem diretrizes da ESF, e que, portanto, devem ser seguidas por todos os trabalhadores de saúde, a divisão profissional ainda é muito forte no sentido de ser percebido o que é da atribuição de cada um. Dessa maneira, ao psicólogo e ao psiquiatra cabem o atendimento aos casos de saúde mental, como se somente esses especialistas pudessem cuidar dessas questões. Prevalece ainda a lógica do encaminhamento, embora, na maioria das vezes, não se tenha para onde encaminhar porque faltam vagas nas unidades especializadas. Assim, os trabalhadores ficam se sentindo impotentes, “de mãos atadas” (Azevedo & Traverso-Yépez, 2010, no prelo).

Nunes, Jucá e Valentim (2007) apontam justamente que um dos grandes problemas em saúde mental, além da quase inexistência de ações na atenção básica, é que a maior parte dos trabalhadores, inclusive os agentes de saúde, até conseguem identificar casos, mas suas ações são muito limitadas ou mesmo não conseguem lhes dar nenhuma solução. Muitos desses trabalhadores ficam na dependência do médico, como se coubesse a ele a efetiva resolução do problema.

A questão que se coloca aqui é: por que esses trabalhadores acreditam que não podem fazer nada? Seria a falta de conhecimento “especializado” em saúde mental ou a dificuldade em se colocar disponível para a escuta, para o acolhimento, para a empatia com o outro? Seria a ausência do que Ceccim e Mehry (2009) defendem como o trabalho vivo?

Um trabalho vivo, em ato, faria oposição aos modelos assistenciais impostos ou impositivos, pois, na prática do atender, se presentificaria - resistiria - uma **ordem do encontro** e as **condições da interação**, não apenas uma **ordem profissional** e as **condições de trabalho**. (Ceccim & Mehry, 2009, p.533).

Ou ainda, a dificuldade do envolvimento emocional desses trabalhadores com o sofrimento da população, pois a tendência é que o profissional evite ao máximo se envolver para não sofrer junto com as pessoas:

Que a gente, quando eu trabalhava em hospital, eu sempre vejo essa diferença. No hospital, você está com um paciente, ele vem lá, se trata ou morre ou vai embora. Tudo bem. Mas, a gente tá aqui, a gente vê aqui, vê no domicílio, a gente assimila mais a doenças, as coisas, até a gente se contamina, às vezes. Se contamina assim, de ver os problemas do povo (enfermeira, contexto A).

Essa questão do envolvimento com os problemas do outro também aparece em outros contextos como no B, quando o dentista coloca que os princípios do PSF sugerem uma proximidade, que nem sempre é desejada, com as famílias e também com a própria equipe. Isso pode ser muito problemático porque nem todos estão disponíveis para adentrar no mundo subjetivo do outro. Nesse sentido, as relações interpessoais estabelecidas no cotidiano de trabalho podem funcionar como fonte de angústia quando não há um espaço de reflexão sobre essas dificuldades, sobre as relações de poder estabelecidas e os padrões de comunicação entre as pessoas.

Entretanto, se isso é refletido no cotidiano, pode funcionar como instrumento potencializador de ações, no sentido de a equipe trabalhar mais unida, consolidando em uma rede de apoio. Assim, a psicóloga do contexto A coloca a importância de explicitar essas relações de poder e refletir se as práticas estão realmente em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Ou seja, a necessidade de refletir sobre o processo do trabalho, o “quê” e “como” está sendo feito para que se possa mudar.

Todas as USF’s visitadas possuem diferentes ações, algumas em grupo (quando há espaço físico) tais como planejamento familiar, grupos de idosos (para hiperdia – HAS e diabetes), gestantes, CD e até mesmo grupos de artesanato (contexto D e F) e teatro (contexto C). Todavia, essas práticas geralmente não são consideradas como ações de saúde mental.

Essas práticas são preconizadas pelo Ministério da Saúde e as USF’s adotam como centrais para o seu funcionamento. Contudo, observa-se que o trabalho em grupos geralmente se centraliza em “problemas” de saúde, como diabetes e hipertensão e os denominados grupos de risco, como crianças, gestantes e idosos. O foco continua sendo a doença em si e o texto prescrito pelo Ministério da Saúde. Logo, algumas reuniões em grupo realizadas nas Unidades podem estar ocorrendo apenas para satisfazer as diretrizes apontadas nos documentos, como uma obrigação e não como um espaço de promoção de saúde mental.

A psicóloga do contexto A afirma que o conceito mais global de saúde deve incluir todas as dimensões e que ela não considera a diferença entre saúde e saúde mental. O que se constata no cotidiano das práticas de intervenção é que as pessoas com doenças crônicas podem sofrer de ansiedade e depressão, assim como o nervosismo pode desencadear crises de hipertensão (Traverso-Yépez & Medeiros, 2004). Dessa maneira, nessas ações de promoção de saúde onde de fato até podem

participar pessoas com evidências de sofrimento psicológico, os temas de saúde mental e como lidar com os problemas cotidianos raramente são tocados. Em geral, os trabalhadores não se dão conta disso:

E a gente tem uma reunião todo mês com os hipertensos e os diabéticos, idosos, que a gente faz tudo junto, e a gente transferiu pra lá também a receita, já faz parte da atenção básica isso que a gente ta falando. (médico, contexto A).

No depoimento acima fica claro que a reunião com portadores de diabetes e hipertensão focaliza muito mais a questão da medicação do que a discussão das questões que favorecem o aparecimento das crises. Muitos usuários procuram participar da reunião para receber a receita do medicamento. Dessa maneira, uma oportunidade de desenvolver um trabalho em grupo para promoção de saúde se perde em função da ênfase na doença e no medicamento.

É possível constatar que a maioria dos trabalhadores de saúde ainda trabalha sob uma perspectiva biológica de saúde, isto é, aquela que considera a saúde como ausência de doenças e que enfatiza apenas a dimensão física. Nessa concepção, o campo da saúde mental tende a se restringir à loucura, a não ser que o sofrimento psicológico se expresse através dos sintomas físicos e assim, passíveis de diagnóstico e medicação.

Portanto, quando os trabalhadores comentam que não há ações de saúde mental na atenção básica, estão se referindo ao fato de não haver especialistas *psi* no contexto para onde possam encaminhar os usuários. Isso porque a preocupação é o diagnóstico e a resolução total do problema, seguindo o modelo curativo.

Outra dificuldade é a questão da fragmentação e a falta de adequada comunicação, apontada pela psicóloga que trabalha na SMS, como sendo um ponto nevrálgico na consolidação de práticas em saúde mental:

Assim, (...) dificuldade, o que é que a gente observa, eu acho assim muita dificuldade, falta de interlocução entre os setores, aqui na própria secretaria, interlocuções, vamos dizer assim, trabalha muito ainda fragmentado. Por mais movimento que a gente faça, das interlocuções, mas elas são muito pontuais. Nesse processo de trabalho, por exemplo, saúde mental está articulada com educação, tem que estar articulada com setor de pessoal, está articulada com (...) e isso não acontece só em relação à saúde mental, todos os departamentos, há um certo, eu não sei se é por causa dessa própria arquitetura... (mostrando o espaço físico) (psicóloga – SMS).

Alguns trabalhadores percebem como até o ambiente físico de trabalho influencia o cotidiano do mesmo, se sentindo mais ou menos motivado e predisposto às tarefas cotidianas, dependendo de como o espaço onde se trabalha está arquitetado. Outras questões apontadas pela gestora é a necessidade de envolvimento e compromisso com o trabalho, bem como com o campo da saúde mental, inclusive envolvimento pessoal com os aspectos políticos do campo:

Tanto é que tentam manter as pessoas que se identificam com esse lugar, entendeu? Então, isso também gera uma certa dificuldade, você não ter pessoas identificadas com isso que tragam uma bagagem, um certo conhecimento, experiência assim, entendeu, acho que você entendeu o que eu quero dizer. Porque isso tudo possibilita a gente, possibilita a gente se apropriar mais, se apropriar mais das questões técnicas, entendeu?(psicóloga – SMS).

Observa-se que quem trabalha no campo da saúde mental também exerce uma militância política em relação ao processo da reforma psiquiátrica. Nesse sentido, é que a entrevistada considera que para trabalhar nesse campo, a pessoa precisa “abraçar” a causa da saúde mental. A impressão é a de que o exercício da militância e a defesa pelo fim dos manicômios e da institucionalização “autoriza” o profissional a ser considerado de “saúde mental”.

Dessa maneira, os trabalhadores de saúde que normalmente não fazem parte desse tipo de militância, geralmente desconhecem ou conhecem muito pouco sobre o

campo da saúde mental, que inclui não só a reforma psiquiátrica, mas também o desenvolvimento de práticas de cuidado. No contexto da atenção básica, é possível observar que a prática do encaminhamento para os CAPS e para os psicólogos e psiquiatras da rede é bem mais comum do que o exercício da militância política em relação à saúde mental. Além disso, os textos sobre a reforma psiquiátrica geralmente enfatizam as doenças mentais propriamente ditas, a loucura e todas as questões que a cercam (Amarante, 2007; Lancetti, 2000). Os transtornos mentais leves, incluindo aqui o nervoso, se encontram numa espécie de limbo: os trabalhadores da atenção básica encaminham os pacientes para as instituições especializadas como os CAPS, mas estas estão centradas no cuidado aos portadores de transtornos mentais graves.

Em geral, os casos mais graves são encaminhados para os especialistas, mas nem todos são acompanhados pelos trabalhadores da ESF. Não há efetivamente a contrarreferência, ou seja, não há realmente uma corresponsabilização em relação a esses casos. Uma vez acompanhados pelos CAPS, os pacientes deixam de frequentar as USF's ou a equipe da ESF não continua o acompanhamento. No caso dos pacientes que sofrem com os *nervos*, que não caracteriza o transtorno mental propriamente dito, a situação é ainda mais delicada, pois a maioria dos trabalhadores não sabe o que fazer para ajudar esses usuários, nem estes encontram vagas nos CAPS.

Nunes, Jucá e Valentim (2007) consideram que os profissionais sentem falta de uma estratégia específica de saúde mental que “contemple ações de promoção, de comunicação e educação em saúde, de práticas coletivas, além das individuais” (p.2380). Sendo assim, pode-se considerar que os participantes da pesquisa até possuem alguma disponibilidade subjetiva para escutar o outro e proporcionar um cuidado centrado na interação e não na técnica, como colocam Ceccim e Mehry (2009). Todavia, há ainda uma necessidade de desmistificar o que se denomina saúde mental,

se realmente é preciso se envolver na militância política para trabalhar com esse campo e de compreender melhor os códigos culturais diversos, usados para expressar o mal-estar e o sofrimento.

4.2. As queixas de *nervos* na atenção básica

Os trabalhadores de saúde também constroem sentidos acerca do sofrimento psicológico e do nervoso, geralmente baseados nos discursos psicológicos e médicos, e buscam classificar esses problemas como transtornos mentais ou ainda transtornos mentais comuns (TMC). A compreensão acerca desse tipo de queixa permeia os discursos e as práticas desenvolvidas diante dos usuários que procuram as Unidades de Saúde com os sintomas e com o sofrimento advindos do problema.

Como já apontado, através das observações participantes, das conversas informais e das próprias entrevistas, tem sido possível constatar que o mal-estar e o sofrimento psicológico, bem como as queixas de *nervos* são um fenômeno comum no cotidiano das unidades de saúde visitadas. Seja por parte dos usuários ou dos próprios trabalhadores de saúde, sofrer com os *nervos* não é nada incomum no cotidiano dos serviços.

Os significados atribuídos ao nervoso expressam muito bem as crenças e os valores em torno dos conceitos de saúde, doença e corpo de uma determinada cultura. Além disso, como discutido no Capítulo 2, a *doença dos nervos* é uma expressão subjetiva do sofrimento do cotidiano, advindo das condições de vida, que se materializa sob a forma de sintomas físicos e psicológicos.

Na análise sobre como os participantes caracterizam o nervoso, fica bem evidente essa dimensão sociocultural do termo: enquanto os profissionais, geralmente

de classe média, analisaram as queixas de *nervos* sob o ponto de vista do outro que usa esse termo (não eles), os agentes comunitários de saúde, que normalmente fazem parte do mesmo contexto cultural, usam o termo *nervos* para falar sobre os outros e até de si mesmos. O fragmento abaixo, extraído da entrevista em grupo com agentes comunitários de saúde do contexto D, expressa bem essa assertiva:

ACS 1: Sem contar que esse problema trazem outros, trazem outros, abala o sistema nervoso.

ACS 2: Os profissionais tudo doente.

ACS 1: Quem tem problema de pressão, piora. Não consegue controlar a sua hipertensão, até porque uma pessoa com esse problema toma medicação, então não tem como. Não tem paz, não tem sossego, é hipertenso, é diabético.

ACS 2: Quando bota um curso pro agente de saúde, “não, vocês não se envolvam, não podem se envolver”, tem que separar as coisas. Fácil! É tão fácil a gente escutar o drama dos outros, participar, quase como se fosse da família da gente, e não se abalar, só se não fosse humano, né?

Para esse agente de saúde, *nervos* é o abalo que mobiliza e “tira” a pessoa do seu centro. Aqui, os agentes de saúde colocam como se sentem diante de casos difíceis, da situação dos usuários, que por estarem tão próximos (em função das próprias características do trabalho na ESF) são quase da família. Nesse caso, os próprios agentes de saúde sofrem com o nervoso, enquanto que os demais trabalhadores de saúde, mais socializados com os termos técnicos e os discursos científicos, usam o termo estresse e angústia para denominar seu sofrimento cotidiano.

Boa parte dos trabalhadores de saúde sofre diante dos inúmeros problemas que perpassam seu cotidiano de trabalho e acabam se envolvendo emocionalmente com a situação difícil dos usuários. Como trabalhar essa questão do envolvimento emocional? De um lado, eles aprendem que não podem se envolver; de outro, as diretrizes da ESF abordam a questão do acolhimento e do vínculo, o que não deixa de demandar um envolvimento com o outro e com a família.

Contudo, o problema é que muitos profissionais não têm o treino necessário para aceitar e acolher o sofrimento do outro, e, ao mesmo tempo, se cuidando para reconhecer suas próprias limitações. O ideal seria promover espaços de discussão e reflexão sobre o cotidiano de trabalho que contribuísse para o desenvolvimento de práticas de cuidado. Nesse sentido, Freire (2004) mostra que a ética levinasiana convida à responsabilidade pelo outro:

Buscar a alteridade e estar aberto para sua diferença, por um lado, e deixar-me substituir na minha responsabilidade infinita e irrecusável para com e pelo Outro (p.39).

Sendo assim, as práticas de cuidado ao sofrimento psicológico poderiam se pautar nesse olhar mais acurado para o outro que é diferente, singular, mas que também constitui a subjetividade do trabalhador: estes são constituídos também pelo outro. Isso significa dizer que o acolhimento e o vínculo podem acontecer quando as pessoas se sentem disponíveis em escutar o outro, aceitando que o sofrimento faz parte da vida.

Essas questões subjetivas não são problematizadas nos documentos. As diretrizes são prescritivas, mas não apontam como resolver as dificuldades dos próprios trabalhadores de saúde em lidar com os problemas pessoais e familiares dos usuários. O problema de *nervos*, portanto, afeta usuários e também alguns trabalhadores de saúde, inclusive aqueles que compartilham o mesmo código cultural, como é o caso dos agentes de saúde (que moram no mesmo bairro e geralmente vivem dentro do mesmo padrão socioeconômico).

Em relação às queixas de *doença dos nervos*, uma das psicólogas comentou que essa categoria normalmente inclui tudo: desde uma decepção amorosa até uma crise de

raiva, depressão e/ou ansiedade. Os diferentes participantes mostram o quanto é comum nas Unidades em que trabalham:

Então, é comum chegar sem encaminhamento médico, “eu não to bem, eu to doente dos nervos”. Até fala depressão, às vezes nem é depressão, mas é uma queixa tão comum também, né? Eles também usam muito a depressão. Então, assim, é, essa questão do termo é muito comum a gente ouvir doente dos nervos. (psicóloga – faz apoio matricial no contexto F).

Olhe, uma grande parte da população aqui do bairro. Depois (cita a enfermeira) complementa o que estou falando. Principalmente as mulheres na fase pré... pré-menstrual e menopausa.(médico, contexto A).

A gente vê muito na área, né, onde a gente, na microárea, né, onde a gente faz a visita, contar uma área, contar não, não tem nenhuma área que não tenha no mínimo 05 casos, não é, Maria¹⁷? (Agente de saúde – contexto D).

Duas enfermeiras do contexto D colocam que há uma alta demanda de problemas de *nervos* e outros problemas de saúde mental, em suas respectivas áreas, geralmente expressos através de problemas para dormir, agonia e depressão. Elas comentam ainda que as pessoas mais “impressionáveis” (sic), mais sensíveis e que não possuem uma estrutura psicológica para suportar os problemas são as que mais sofrem. Uma técnica de enfermagem do mesmo contexto complementa a ideia com a informação de que esses problemas, mais a depressão e os transtornos de humor são geralmente relacionados ao casamento e à família.

Observa-se aqui a diferença entre a explicação das enfermeiras e a da técnica de enfermagem do contexto D. As enfermeiras usam os termos advindos do discurso técnico-científico como “estrutura psicológica”, enquanto que a técnica de enfermagem aponta as possíveis explicações para o sofrimento. Fonseca (2008) critica as

¹⁷ Nome fictício.

explicações sobre o nervoso que partem do discurso médico e psicológico, pois o nervoso faz parte de um código cultural específico, que precisa ser desvelado. De qualquer forma, observa-se que é a falta de recursos psicossociais que faz certas pessoas ficarem mais vulneráveis a esse tipo de sofrimento.

Já no contexto F, a enfermeira considera o nervoso como um problema advindo das dificuldades familiares: o marido que bebe, a filha que se prostitui (sic). No contexto A, uma médica, em conjunto com a enfermeira de sua área, também comenta que os problemas de nervoso são advindos da situação precária de vida, da falta de lazer, de emprego, de comida. Ou seja, essas participantes não dizem o que é o nervoso, mas procuram identificar as causas do problema. Os determinantes sociais da saúde que foram analisados no capítulo 2 aparecem claramente como dimensões presentes no processo do adoecer dos usuários e são identificados pela maioria dos participantes da pesquisa.

Ao identificar essas explicações para o nervoso, esses participantes revelam que resolver totalmente o problema está além de sua capacidade e escapa do seu campo de atuação. De fato, a complexidade do problema e sua total inter-relação com os determinantes sociais da saúde tornam difícil sua resolução por meio das atuais condições da atenção básica.

Embora os participantes afirmem desconhecer as especificidades do campo da saúde mental como visto no item 4.1.4, eles geralmente identificam o usuário com problemas de *nervos*. Mesmo que haja pouco tempo para a escuta de forma que nem sempre dê para compreender a história do nervoso, essa é uma queixa tão comum que praticamente todos os profissionais a conhecem.

Observa-se que, de um lado, as pessoas podem estar se apropriando do discurso científico amplamente divulgado pela mídia, e, de outro, alguns trabalhadores podem

estar mais sensíveis em conhecer o que pensa a população, como demonstram, por exemplo, o fragmento abaixo:

Aí, a relação que a gente vê, dessa doença dos nervos, em relação ao que (o médico) falou, tem muitas mulheres, principalmente as mulheres, que a gente nota também que é a questão da situação delas, em casa, na família, os problemas e que é como um escape de tantos problemas que elas têm aí vem a doença dos nervos. E o diazepam elas vêem como uma cura pra doença dos nervos, mas que não, não, não cura o problema que ta lá na família. Problema financeiro, problema com marido...filhos...(enfermeira, contexto A)

Há aqui um ponto de convergência entre o que pensam alguns trabalhadores e os usuários. A distância entre o discurso científico e o discurso popular diminui significativamente, em função da popularização do discurso científico e da proximidade dos trabalhadores com as comunidades que facilita um maior contato com o meio popular.

Não, daí a gente pergunta: nervoso como? O que é ser nervoso pra você? Pra pessoa poder falar da sintomatologia, do sofrimento, dos sentimentos, enfim. Ser nervoso, enfim, é tudo isso, né? É toda a psicodinâmica, é tudo! Engloba, né, a área afetiva. (psicóloga – apoio matricial contexto F).

É interessante observar que as queixas de *nervos*, sob a perspectiva dos participantes da pesquisa, geralmente incluem diferentes tipos de problemas psicológicos tais como depressão, ansiedade, insônia, e até mesmo crises psicóticas. No entanto, apesar de conseguirem identificar usuários com essas queixas e até de citarem casos, os trabalhadores ainda centralizam no médico a responsabilidade pela atenção a esses usuários:

Ah, eu acredito... a gente vê muito a parte social, né? Que referem relação à doença dos nervos, né? Às vezes, é, é, a, a falta de alimentação, de comida. Às vezes, é, a falta de um bom relacionamento que não tem em casa, às vezes fica a desejar. Por aí. Eu sinto dificuldade em falar nisso porque eu não sou médica, né?(gestora, contexto A)

O dentista do contexto D explica de forma prolixa a questão do nervoso em seu cotidiano de trabalho e até sugere formas de lidar com esses tipos de problemas:

*Eu acho o seguinte: vem uma pessoa aqui com um transtorno desses, acho que a primeira vista a gente tem que saber,(...) por exemplo, aí vem, você fica, só passa remédio para dormir, remédio para tranquilizar, né? E você vai ficar a vida inteira fazendo isso, sabia? Se você pensar só por esse caminho. Era o que acontecia, tomar remédio, fica às vezes dopado, alivia, mais volta de novo. A gente tem que ver a causa daquilo que está acontecendo. A gente vê como? Fazendo um trabalho com a equipe sobre o problema daquela pessoa. Tem que fazer uma visita na casa da pessoa,(...). Às vezes o problema está no relacionamento com a família, às vezes. Uma coisa que está provocando aquilo, às vezes é uma coisa que já vem de muito tempo. Como já falei, você participou da reunião, pode até uma coisa que já tem nascido com aquilo, né? Às vezes é uma coisa que não tem cura, vamos dizer assim, mas que pode ser trabalhada entendeu? Para ele continuar tomando a medicação, mas ao mesmo tempo, ser uma coisa mais aliviada. De acordo com quê? Com o tratamento que você pode proporcionar àquela pessoa. Você pode fazer com que as pessoas que convivam com ele percebam isso. Que não é só estar dando o remédio, às vezes, **estão necessitando de alguma coisa a mais do que estão fazendo**. Aí, a pessoa não se sente abandonada (dentista, contexto D – grifos nossos).*

O que seria esse “a mais”? Possivelmente significa mais do que o acompanhamento medicamentoso. O próprio participante responde a questão quando sugere a necessidade do trabalho em equipe e da visita ao usuário. Mais adiante, ele coloca a questão do abandono, ou seja, é preciso fazer algo para que a pessoa não se sinta desamparada.

Considerando essa questão, Migliore (2001) aponta que *nervos* inclui a dimensão relacional quando considera que se algo não vai bem, a pessoa procura atenção e cuidado entre a família e os amigos. Em sua pesquisa, o autor constatou que o apoio de outras pessoas pode proporcionar uma melhora significativa do quadro de sofrimento.

Esse dado está em consonância com o que já foi discutido sobre os determinantes sociais da saúde, quando se abordou a dimensão psicossocial e emocional. Autores como Ballantyne (1999), Woodward e Kawachi (2000) e Kristenson (2006) consideram que o sentimento de pertencimento à comunidade e a presença de pessoas significativas na forma de apoio social pode diminuir a intensidade e frequência de problemas de saúde. No caso da pesquisa realizada, observa-se que os trabalhadores de saúde possuem algum entendimento acerca dessa dimensão quando apontam a importância de apoiar esses usuários e de não abandoná-los. Contudo, não há maior aprofundamento sobre essas questões.

As ações fomentadas pelas diretrizes da ESF, tais como o acolhimento e o vínculo, podem proporcionar espaços de apoio e o fortalecimento da rede comunitária. O dentista do contexto D, por exemplo, contou o caso de uma paciente que estava com depressão. Ele buscou conversar, elevar sua auto estima (sic) e assim, percebeu que ela melhorou e, atualmente (no momento da entrevista), não estava mais com depressão. Entretanto, no decorrer da entrevista, o mesmo frisa a importância de médicos e enfermeiros no cuidado aos usuários com problemas psicológicos:

Olha, o que falta é o seguinte: existem os agentes, eles detectam mais casos, não é isso? Mais casos, mais graves, que a gente está até trabalhando esses casos, né? Mas tem os casos mais simples, entendeu? Eu acho, que fica mais difícil a gente saber, como dentista. As enfermeiras, os médicos, eles ficam mais à vontade para conhecer melhor as pessoas na hora das consultas. Eles estão mais em contato e eles relatam mais coisas, não é isso? A enfermeira. E às vezes, esses problemas assim... menores, de pessoas que estão passando por uma situação assim, a médica sabe mais. Às vezes precisa tomar um medicamento, né, para não ficar com um problema de depressão. (dentista, contexto D).

Nesse discurso, fica clara a fragmentação do campo da saúde quando se delimita o que é da competência do médico, do enfermeiro, do psicólogo, do dentista. As

questões de saúde mental que perpassam todos os outros problemas de saúde e que não deveriam fazer parte apenas dos discursos *psi* acabam gerando uma certa confusão entre os trabalhadores de saúde. Por um lado, eles reconhecem as dificuldades em lidar com as queixas de *nervos*. De outro, a delimitação do campo de atuação das diferentes especialidades dificulta possíveis práticas de cuidado que, em geral, são espontâneas e nascem a partir da sensibilidade de cada trabalhador diante daquela pessoa que está sofrendo.

Essa fragmentação e especialização, delimitando o que compete o fazer de cada profissional, acaba por contribuir para o “jogo de empurra”, termo usado por alguns participantes, para se referir ao constante discurso de que se isso não é da especialidade deles, então, encaminham para outros que supostamente entendem melhor o problema. Assim, o usuário fica “rodando” pela rede:

E pra ver! Muitas vezes quando a gente consegue o encaminhamento pro psicólogo e eles ficam rodando, porque chega e num tem vaga. E muitas vezes com a informação não chega. Chega com encaminhamento e passa, olhe, vários tempos com aquele encaminhamento e não tem profissional na rede pra atender. Eles rodam em todo canto e não conseguem, isso é muito complicado! Na verdade, é um problema sério, acho que todos, em toda a rede mesmo. A gente até leva pros grupos, o que a gente pode fazer, tentando o psicólogo nos grupos, levar, participar, mas a gente sabe que isso não é tudo. (agente de saúde, contexto D).

Como a formação da maioria dos profissionais é perpassada pela racionalidade médica, é comum procurar classificar a queixa do usuário em alguma “valise” (Franco, Bueno & Mehry, 2004). Por esse motivo, autores como Hegadoren et al. (2009) consideram que falta conhecimento especializado sobre saúde mental, principalmente entre os trabalhadores de saúde da atenção básica. Além disso, há a ausência de uma

discussão maior sobre a complexidade do tema e sua inter-relação com as condições de vida.

Essas questões mostram que as queixas de *nervos* e o sofrimento psicológico são identificados pelos trabalhadores de saúde, entretanto, há uma tendência em procurar um diagnóstico psiquiátrico para o problema e/ou encaminhar o paciente para psicólogos e psiquiatras. Aqueles trabalhadores de saúde que entendem as queixas de nervoso relacionadas às condições de vida e trabalho constataam que não podem resolver os problemas sociais e econômicos dos pacientes.

A capacitação em saúde mental pode até contribuir para uma maior compreensão do sofrimento psicológico. Contudo, a capacitação técnica não é suficiente para a compreensão do nervoso como código cultural. É preciso um movimento a mais que pode ser vislumbrado em algumas ações desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde em alguns contextos.

4.3. As ações e práticas de saúde diante das queixas de *nervos* e demais problemas psicológicos

As dificuldades estruturais da atenção básica, já apresentadas e discutidas no item 4.1., contribuem para a diminuição de possibilidades de ações e práticas em saúde mental, sobretudo para as queixas de nervoso, que não chegam a caracterizar um transtorno e sim, um significativo sofrimento na vida da pessoa, permeados pelos determinantes sociais da saúde. Ainda assim, há algumas práticas que são desenvolvidas no cotidiano de trabalho que buscam efetivar os princípios e diretrizes desse nível de atenção.

Porém, nem todas essas ações visam o campo da saúde mental *per si*, muitas vezes os trabalhadores de saúde participantes da pesquisa nem refletiram sobre esse tema. Somente durante o processo de investigação, é que alguns deles constataram que as ações que estavam desenvolvendo também poderiam contribuir para o alívio do sofrimento psicológico e das queixas de nervoso.

Apesar da evidente influência do modelo biomédico nas práticas de saúde em geral e da política neoliberal que contribui para enfraquecer os princípios do SUS, torna-se evidente a existência de outras práticas discursivas que perpassam a ação dos trabalhadores diante de queixas como o nervoso e sofrimento psicológico. Algumas questões serão enfatizadas nos próximos itens, tais como: que práticas são essas, por que os trabalhadores as desenvolvem; de onde vem o conhecimento acerca dessas práticas; como o discurso oficial das políticas de saúde, sobretudo de saúde mental, está perpassado nos discursos e nas ações desses trabalhadores.

Em geral, o encaminhamento a psicólogos e psiquiatras, bem como a prescrição de medicação é a atitude mais comum citada pelos trabalhadores de saúde em todos os contextos visitados. Contudo, existem algumas especificidades que serão melhor abordadas separadamente. Assim, o presente subcapítulo foi dividido em função dos contextos da pesquisa.

4.3.1. O contexto A

No contexto A, há quem coloque que no caso de uma situação mais grave, como um surto psicótico, o encaminhamento dado é a solicitação de internação em hospital psiquiátrico. Isso aponta, em um primeiro momento, para a distância que ainda existe entre o discurso da reforma psiquiátrica, da própria Lei 10.216/01, e a realidade

cotidiana da atenção básica. O modelo hospitalocêntrico ainda permeia algumas ações em saúde, pois se a pessoa adoece a ponto de desenvolver uma psicose e surtar, pode-se pressupor que não houve uma atenção adequada. Isso significa dizer que o surto em si poderia ter sido evitado, caso houvesse sido feito um acompanhamento às pessoas mais vulneráveis a esse tipo de problema.

Os trabalhadores de saúde, principalmente os médicos e enfermeiros, encaminham os pacientes com queixas psicológicas para os especialistas, mas se sentem frustrados devido à dificuldade em conseguir “vaga” junto a esses:

***Médico:** E geralmente esse quadro de depressão é como aquele que eu lhe falei, ou passa pelo neurologista, quando consegue uma consulta, ou passa pelo psiquiatra.*

***Enfermeira:** Pelo psiquiatra. E é difícil. (contexto A)*

Nas diretrizes do SUS, a psicologia é considerada uma especialidade e os psicólogos são lotados em unidades mistas (atenção primária e secundária), policlínicas ou ambulatoriais. No município de Natal/RN, os psicólogos que trabalhavam em unidades básicas de saúde foram transferidos para os locais de média complexidade quando as unidades básicas passaram a ser Unidades de Saúde da Família (USFs).

No caso específico da psicologia, o modelo clínico tradicional ainda é predominante no campo da saúde. Apesar de se configurar como uma atuação profissional diversificada em termos de locais de trabalho (hospitais, unidades mistas, policlínicas), a maioria das ações psicológicas é limitada em termos de atividade. Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002), por exemplo, analisando a atuação de psicólogos em hospitais potiguares, constataram que a atividade hegemônica dos psicólogos se caracterizava por diversas modalidades de psicoterapia dentro do modelo tradicional, centrada no indivíduo. A mesma constatação é evidenciada no estudo de

Oliveira, Dantas e Costa (2004) com relação à atuação dos psicólogos na atenção básica em saúde do supracitado município.

Vários autores consideram que a formação do psicólogo tem se mostrado insuficiente no que tange às modalidades de intervenção devido à hegemonia do modelo clínico tradicional (Dimenstein, 2000; Clemente et al, 2008). Em geral, a modalidade clínica tradicional é a mais comum, a tendência é que os psicólogos levem esse modelo a todo e qualquer contexto de trabalho. No caso da saúde pública, os psicólogos geralmente oferecem poucas vagas em função da agenda lotada, pois a maioria realiza atendimento individual, aconselhamento psicológico e outras atividades semelhantes.

Sendo assim, os trabalhadores de saúde encaminham as pessoas para psicólogos e psiquiatras da rede, mas isso não quer dizer que eles sejam atendidos: os psicólogos, por não terem espaço em sua agenda lotada de pacientes, e os psiquiatras, por não serem suficientes na rede (sic) ou por estarem lotados em unidades de referência como CAPS e ambulatórios¹⁸.

Esses dados apontam para dois problemas. O primeiro se refere à patologização do sofrimento – as queixas que são trazidas pelos usuários são rapidamente diagnosticadas como problemas psicológicos permeado pelo discurso científico psicopatológico e psicodinâmico, daí a necessidade do encaminhamento para o psicólogo ou psiquiatra, dependendo geralmente da gravidade dos sintomas. Isso mostra que o trabalhador que atendeu o paciente provavelmente não se sente capaz ou não consegue lidar com a situação de sofrimento, que tanto pode ser decorrente das condições de vida, como ser um sofrimento crônico, realmente grave. O segundo

¹⁸ A rede municipal de saúde é composta por 60 UBS, 35 USF, 01 posto de saúde, 05 policlínicas, 09 clínicas especializadas sendo 05 CAPS, 02 unidades mistas, 01 centro de controle de zoonoses, 01 SAMU, 23 hospitais (total entre os credenciados e os próprios). Fonte: Prefeitura Municipal do Natal. Secretaria Municipal de Saúde. (Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal / Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. 124 p.

problema tem relação com os especialismos profissionais, ou seja, coloca a atenção básica como mera triagem quando, na verdade, a maioria dos problemas deveria ser resolvida lá (de acordo aos princípios e diretrizes).

Assim sendo, a discussão e reflexão sobre essas questões precisam ser melhor consideradas no próprio contexto da atenção básica. Como já mencionado outras vezes, a formação dos profissionais é ainda muito permeada pelo modelo cartesiano, a concepção de saúde focalizada na doença, a atuação profissional dividida em guetos especialísticos. Além disso, há os próprios problemas estruturais do SUS e dos serviços.

Em relação ao uso (e abuso) de medicação, alguns trabalhadores mostram que são os próprios usuários que exigem a prescrição de remédios, sobretudo psicotrópicos.

O médico do contexto A comenta:

E a gente tem uma reunião todo mês com os hipertensos e os diabéticos, idosos, que a gente faz tudo junto, e a gente transferiu pra lá também a receita, já faz parte da atenção básica isso que a gente tá falando. (...)

(...) Lá onde a gente renova todas as receitas de medicamentos controlados. Pra tirar a grande quantidade de pacientes aqui na Unidade. Então, nós levamos pra lá pra reunião. Então, eles vão todo mês apanhar suas receitinhas. Você pode ver a quantidade de homens tem também tomando a medicação controlada!

Nesse caso, os trabalhadores entrevistados colocam que aproveitam o momento da reunião com os usuários para renovar as receitas tanto de medicamentos para HAS e diabetes, como as de medicamentos controlados, através da “receita azul”. Para esses participantes, os usuários já estão tão acostumados, quase viciados, com esse tipo de medicação que fica evidente a condição da participação na reunião:

Vai começar segunda-feira nossa reunião, da nossa área né? Que nós temos um calendário, do mês de maio, começa segunda-feira. Se você disser que não está com o bloco azul, tem gente que se levanta, não espera nem pela palestra, vai embora.(médico, contexto A).

No trecho acima, fica evidente ainda a modalidade de trabalho que permeia as reuniões desse contexto: palestras. Será que a desmotivação dos usuários em participar da reunião é devido à ausência da receita azul ou por que precisam assistir às palestras? Provavelmente ambos os motivos. Em geral, essas ações são verticalizadas, uma vez que o conhecimento transmitido pelos profissionais passa a ser o mais válido e o mais verdadeiro. Ademais, não há qualquer movimento em busca de mudar a atividade para que haja diminuição do uso de medicamentos.

Se os usuários exigem os medicamentos, é porque já foi prescrito uma primeira vez em função das queixas psicológicas e somáticas. Nesse caso, já existe uma dependência coletiva da medicação: não há alternativas de intervenção para esses usuários, a mídia contribui imensamente para a divulgação das benesses da medicação e os profissionais não se sentem capacitados para ajudar a esses pacientes.

DAB (2006) define como prioridades da atenção básica para serem aplicadas em todo o território nacional, os seguintes itens:

A eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (p.03).

Esse documento não diz como tem que ser realizadas essas ações, mas praticamente todos os contextos visitados possuem algum tipo de atividade voltada para os temas preconizados pelo documento. Porém, a maioria dessas atividades é desenvolvida através de palestras, o que pode gerar desmotivação por parte da população, sem falar no caráter prescritivo das mesmas. Além disso, muito provavelmente não há espaço para falar de saúde mental e/ou questões de sofrimento psicológico, uma vez que a ênfase da palestra comumente é ensinar a controlar a doença e renovar as receitas.

Esses dados expressam uma realidade ainda presente no cotidiano de boa parte dos serviços de saúde, que é a ideologia do discurso prescritivo nas práticas e a dificuldade de implantação das diretrizes da reforma psiquiátrica no país. A problemática da saúde mental é que este campo parece incluir apenas os transtornos mentais graves, pois os documentos oficiais como a Política Nacional da Saúde Mental enfatizam a criação e consolidação dos serviços substitutivos como os CAPS, mas a questão da saúde mental na atenção básica ainda é pouco problematizada. Moraes et al. (2009) avaliaram as ações em saúde mental no estado de São Paulo e concluíram acerca das dificuldades de articulação entre atenção básica e a rede substitutiva em saúde mental:

Verifica-se que há, ainda, necessidade de muito esforço em direção à implantação da proposta de atendimento em rede – que, além da criação de novos dispositivos e da disseminação/aceitação das propostas da Reforma Psiquiátrica, prevê o bom funcionamento dos mecanismos de referenciamento e contrarreferenciamento, intercomunicação entre os serviços e atuação interdisciplinar e intersetorial (p.124/125).

Outro problema grave é que, mesmo a medicação sendo a prática mais comum nos casos de nervoso e sofrimento psicológico, os psicotrópicos disponíveis no SUS nem são os melhores:

Enfermeira: *É, muitas vezes é (o médico) que medica com amitriptilina.*
Médico: *Infelizmente, na linha dos antidepressivos a amitriptilina não se usa mais. (...) É o que tem disponível na rede.*
Luciana: *Ah...*
Médico: *Você vai, com uma pessoa, você acompanha de longe a pessoa, conhecidos, amigos ou parentes, que estão com psiquiatra, ou convênios, atendimentos particulares, medicamento de primeira linha que é passado, né, medicamento de primeira linha, que são ótimos, são bons. E eles mesmo, quando vamos à palestra, eles mesmos dizem: “amitriptilina não resolve mais nada”.*

Nesse sentido, muitas pessoas estão sendo medicadas com substâncias ultrapassadas, que provavelmente só vão aumentar ainda mais a dependência, sem necessariamente resolver o problema.

Para não dizer que não há nenhuma ação nesse contexto, uma médica afirmou que procura indicar chás calmantes ou ainda conversar com as pessoas que se queixam dos *nervos*. Mas, coloca que “*não faz muita coisa por eles, não ajuda como deveria*”. Evidencia-se aqui um discurso que expressa a constatação do problema, mas ao mesmo tempo, não há movimento de mudança.

Uma agente de saúde afirma que procura conversar com os pacientes, tentando se colocar no lugar deles e tratando-os como gostaria de ser tratada. Outra agente procura contribuir para o aumento da autoestima desses pacientes. De fato, os agentes de saúde se mostram bastante sensibilizados com os problemas das pessoas e, por terem uma proximidade maior com os pacientes de sua área adscrita, acabam atuando de maneira híbrida no sentido de desenvolver as ações previstas pela ESF e também ações motivadas pela necessidade de ajudar o outro. Mais adiante, essa questão será melhor exemplificada a partir do depoimento de agentes de saúde do contexto D.

Concretamente, para a psicóloga que trabalha nesse contexto, as ações com o grupo de hipertensos, diabéticos, gestantes e CD podem ser consideradas de promoção de saúde mental e prevenção de agravos nesse campo. Para ela, a distinção entre saúde e saúde mental é problemática e não deveria haver, já que toda ação também contribui com a saúde mental das pessoas. Mas, isso não fica claro para os demais participantes da pesquisa que trabalham sob uma perspectiva da loucura de um lado, e a da normalidade de outro.

Já a gestora do contexto A coloca a importância das palestras e do acolhimento (embora não problematize como tem que ser esse acolhimento). Essa gestora procura

mostrar como tudo funciona bem e não aponta problemas existentes no serviço. É uma unidade que possui vários profissionais e 07 equipes ESF, mas devido à falta de um espaço físico adequado (sic), não desenvolve nenhuma atividade de grupo diferente daquelas já previstas pelos documentos oficiais. Segundo os participantes da pesquisa, não há ações de saúde mental e as psicólogas, em geral, desenvolvem o atendimento individual como principal atividade.

Contudo, durante a pesquisa de campo, uma das psicólogas estava buscando desenvolver um trabalho junto à escola do bairro, em conjunto com os agentes de saúde. Esse trabalho visava realizar grupos de adolescentes para trabalhar com os temas escolhidos por eles em reuniões anteriores.

Alguns trabalhadores de saúde procuram explicar o excesso de demanda na Unidade e, ao mesmo tempo, procuram sugerir formas de diminuir o sofrimento das pessoas e, conseqüentemente, a própria demanda:

Até a falta assim, uma cesta básica, uma coisa assim. Que a gente num sabe que as pessoas que tem, ta desempregada, tudinho, poderia ter direito a isso aí. A gente tem a SEMTAS, logo que chegar lá é a coisa mais difícil. Uma vez eu encaminhei, eu consegui uma vez, só uma cesta. Quer dizer, não é nem culpa deles, é por que a demanda é muito grande, né? Então, a gente não tem isso aí. Era que a gente tivesse um sistema social, uma unidade melhor, com mais apoio, com mais opções, até de emprego. A gente ta aqui no bairro de (...) um bairro de 60.000 habitantes e não tem uma área de lazer. O centro de saúde daqui é o shopping das mulheres, tem mulher que ta aqui todo dia. (enfermeira, contexto A)

Observa-se que a enfermeira procura ajudar alguns usuários no intuito de aliviar o sofrimento, no entanto, evidencia-se que algumas de suas ações perpassam pelo modelo assistencial. De acordo com Góis (2008), esse modelo se caracteriza por ter como objetivo solucionar problemas emergenciais através de um atendimento focado em uma necessidade imediata de sobrevivência. Contudo, o autor ressalta que, em longo

prazo, esse modelo pode gerar dependência, passividade e acomodação social e política das pessoas. Isso significa que práticas assistencialistas podem ser interessantes em um primeiro momento, mas não contribuem para a construção de uma consciência crítica e reflexiva por parte do trabalhador e do usuário do SUS.

A enfermeira comenta ainda sobre a ausência de uma área de lazer no bairro, que poderia contribuir para a diminuição de pessoas na Unidade. A falta de lazer e de espaços onde as pessoas possam conversar e trocar experiências favorece o aumento do sofrimento psicológico. Isso aponta para a necessidade de fortalecer a intersetorialidade, para que os trabalhadores de saúde possam contar com outros dispositivos de cuidado, que não dependam apenas deles.

4.3.2. O Contexto B

No caso do contexto B, há relatos de alta demanda de queixas psicológicas, sofrimento e transtornos mentais graves, entretanto, não há para onde encaminhar essas pessoas. O contexto B apresenta inclusive vários casos de absenteísmo entre os próprios trabalhadores da Unidade, em que alguns estavam com problemas psicológicos graves.

Nesse contexto, foi feito um acompanhamento semanal aos usuários, que procuraram por ajuda psicológica, por aproximadamente 02 meses. Embora não seja objetivo dessa pesquisa relatar o acompanhamento¹⁹ proporcionado a esses usuários, o fato é que não houve um dia sequer que não tivesse pessoas, encaminhadas pela direção da Unidade, procurando o psicólogo com os mais diversos problemas, desde questões de relacionamento, problemas de aprendizagem em crianças, até casos crônicos de

¹⁹ Esse acompanhamento se caracterizou mais como um momento de acolhimento não se configurando, em nenhum momento, como processo de psicoterapia.

transtorno mental. Estes últimos não tinham nenhum acompanhamento sistemático, a não ser a receita médica, renovada periodicamente pelo médico da ESF.

Dessa maneira, ficou evidente que no contexto B não há qualquer ação direcionada para o alívio do sofrimento psicológico. Os trabalhadores, em geral, colocam que procuram encaminhar para a Unidade mais próxima, mas sabem que lá também não haverá resolutividade. Em geral, se sentem impotentes, insatisfeitos com a estrutura física da Unidade, que julgam insalubre e pouco espaçosa.

As dentistas desse contexto comentam a dificuldade em trabalhar nesse bairro, onde a pobreza, a falta de saneamento básico, as precárias condições de vida em geral, a violência, e a presença de drogas dificultam qualquer tipo de ação. Essas participantes colocam ainda que não conseguem fazer o básico, como incentivar a escovação dos dentes, visto algumas casas não ter nem água encanada (sic). Citam ainda que parte da população é “viciada” em medicamentos, e que muitos usuários até revendem os que recebem.

Em relação ao tema específico da saúde mental, essas profissionais colocam que não realizam nenhuma ação específica, não têm para onde e nem para quem encaminhar, embora haja um alto índice de pessoas com esses problemas, inclusive nervosismo, álcool e drogas. Essas dentistas colocam que não sabem o que fazer, mas afirmam que esses casos são para os médicos, que podem prescrever uma medicação. Dessa forma, elas os encaminham para os profissionais médicos da própria Unidade. Elas também afirmam não conhecer o que vem a ser apoio matricial.

Observa-se que a burocracia torna o processo de reforma, e mesmo mudança de espaço físico, um processo lento e complicado. Além disso, a falta de apoio de outros profissionais como nutricionistas, psicólogos e fisioterapeutas, além das ações de acolhimento não acontecerem no cotidiano dessa Unidade.

As ações verticalizadas, sobretudo entre a administração da Unidade e as equipes, dificultam a comunicação saudável entre os profissionais, de maneira que muitos preferem se calar, se eximir de qualquer tipo de compromisso com a mudança nesse setor. Portanto, fica a impressão de que a falta de apoio necessário para lidar com certos problemas, como *nervos* e outras questões de saúde mental, além das condições de trabalho, favorecem o adoecimento dos próprios trabalhadores da Unidade.

4.3.3. O contexto C

No contexto C, a gestora afirmou inicialmente que os casos de nervosismo e sofrimento psicológico são encaminhados para diferentes serviços próximos à Unidade. Ela possui uma lista com o endereço e telefone desses serviços (ambulatórios e policlínicas vinculados ao SUS) e os fornece ao usuário junto com o encaminhamento. A participante colocou ainda que não tem muitos problemas com isso e acredita que a maioria dos usuários deve conseguir atendimento, uma vez que não retornam à Unidade. Contudo, em uma segunda visita, a gestora solicitou uma atividade em saúde mental que pudesse contribuir para a formação dos trabalhadores nesse campo.

Diante dessa solicitação e com o intuito de aproveitar esses momentos em grupo para conhecer melhor o cotidiano do serviço, foram realizados seis encontros com todos os trabalhadores, denominados de “rodas de conversa em saúde mental”. Cada encontro versou sobre um tema relacionado ao campo da saúde mental: 1) A discussão normalidade e anormalidade; 2) O que é depressão; 3) O que é ansiedade e nervosismo; 4) O que é psicose; 5) O que é mania; 6) A promoção de saúde integral e as ações em saúde mental.

Em linhas gerais, esses encontros proporcionaram um espaço de reflexão sobre esses diferentes temas e, principalmente, deixou em evidência para todos os participantes a ausência de dispositivos de cuidado em saúde mental de maneira mais específica. Boa parte deles se mostrou sensibilizada com a temática do sofrimento psicológico, mas deixou clara a dificuldade em lidar com esses casos. Muitos relataram casos de suas próprias famílias e da impotência em ajudar as pessoas em função do estigma, que ainda circunda a questão da loucura, e da sensação de que não podem fazer nada, da cronicidade do caso e consequente impossibilidade resolutive.

Em um dos encontros, uma enfermeira aponta que esses usuários têm necessidade de escuta, mas devido à alta demanda, eles não recebem um acolhimento adequado. A participante afirma que quando não há acompanhamento, os pacientes podem “cronificar” (sic). Nesses encontros, alguns depoimentos evidenciam a importância de refletir sobre o tema da saúde mental, destacando os aspectos positivos desse tipo de abordagem:

Quando a gente chega a um lugar e vê uma família desestruturada e pode fazer algo por ela, é muito bom. Faz bem a gente. (trabalhador, contexto C)

Sair dos muros. É isso que a gente precisa. (trabalhador, contexto C).

Esses momentos de reflexão contribuíram para que os participantes pudessem constatar que as ações de promoção de saúde, que já são desenvolvidas na Unidade, podem contribuir para o alívio do sofrimento psicológico das pessoas. Assim, atividades como o grupo de idosos, de caminhada, de dança, de teatro, também podem ser espaços de promoção de saúde mental. Isso só foi ficando claro à medida que os trabalhadores iam falando sobre os diferentes casos e discutindo sobre as questões de saúde mental mais específicas. Nos contextos anteriores (A e B), os trabalhadores conseguiam

identificar o problema, mas se sentiam impotentes para mudar alguma coisa. No processo de interanimação dialógica proporcionada pelas rodas de conversa, a maioria dos trabalhadores do contexto C puderam sair do discurso da impotência para pensar melhor sobre como aproveitar os espaços já existentes na Unidade.

Observa-se que a dicotomia entre saúde e saúde mental parece dificultar as ações, no sentido de que os trabalhadores não percebem ou não consideram que algumas ações de saúde podem promover, também, alívio no sofrimento psicológico. Contudo, ao ter espaço para refletir sobre essas questões, a dicotomia vai perdendo sua força.

No último encontro das rodas de conversas, foi realizada uma atividade em grupo para a construção de estratégias de atenção à saúde mental dentro das possibilidades da Unidade. Cada grupo trabalhou por aproximadamente 1h e elaborou um cartaz com as ideias discutidas. O primeiro grupo colocou que a caminhada já é realizada, mas que poderiam proporcionar outras ações de lazer para os usuários, assim como organizar um grupo para alcoolistas e portadores de deficiência mental.

O segundo grupo apontou a importância do acolhimento e da escuta a essas pessoas e sugeriram atividades artísticas e de educação física. O terceiro também apontou a importância das atividades de lazer, música, brincadeiras e a importância de inserir as crianças com problemas psicológicos nessas ações. O quarto grupo abordou a questão do acolhimento trazendo as concepções de amor e liberdade como pressupostos fundamentais para esse tipo de trabalho. O quinto grupo recomendou a realização de rodas de conversas com os usuários e afirmou que não se pode ficar indiferente ao sofrimento do outro.

No momento de avaliação das rodas de conversa, os participantes apontaram a importância desse tipo de trabalho para melhorar o entendimento sobre as singularidades do sofrimento e de outros problemas de saúde mental. Percebeu-se que

importante é, no campo da saúde mental, esse tipo de atividades de debate e reflexão conjunta e a necessidade de se implantar urgentemente dispositivos de cuidado, como apoio matricial e equipes do NASF. Contudo, é preciso cuidar para que essas estratégias não sejam implantadas de forma verticalizada, impositiva e prescritiva como parece acontecer com a maioria das ações em saúde.

Mais uma vez fica evidente que a qualificação formal ou tradicional em saúde mental não é o mais importante para ampliar as intervenções na atenção básica. Os trabalhadores de saúde precisam também desses espaços de construção conjunta de conhecimentos a partir dessas questões, trocar ideias de como potencializar o que já é realizado na Unidade, bem como propor ações que nem sempre são exclusivas do campo da saúde.

4.3.4. O contexto D e as reuniões de apoio matricial

Uma das grandes diferenças entre o contexto D e os demais contextos visitados é que há efetivamente reuniões sistemáticas de apoio matricial iniciadas em 2008 e coordenadas por uma psicóloga que se apresenta bastante identificada com as diretrizes da reforma psiquiátrica. Essas reuniões se iniciaram em função do interesse da coordenação de saúde mental do município em implantar o apoio matricial em toda a rede de atenção básica da cidade. Para isso, foram realizadas algumas reuniões com a respectiva coordenação e as equipes da ESF de um distrito sanitário para discutir sobre o apoio matricial e aproximar os prováveis apoiadores com os trabalhadores da atenção básica. A coordenação de saúde mental do município decidiu começar a implantação do apoio matricial pelo distrito onde se encontra a USF D. Assim, foi possível participar de cinco reuniões de apoio matricial no contexto D que serão discutidas posteriormente.

Sendo assim, o presente subitem foi organizado em dois tópicos: a) os discursos sobre as práticas de saúde, desde aqueles que apontam os piores aspectos do trabalho em saúde e aqueles que enfatizam as (boas) ações realizadas; e b) as reuniões do apoio matricial.

Em relação ao primeiro tópico, os agentes de saúde apontam que falta de tudo na atenção básica, que o índice de problemas psicológicos é muito alto em função dos problemas sociais e econômicos e que eles efetivamente não sabem para onde encaminhar essas pessoas:

Do mesmo jeito é psiquiatra, psiquiatra na rede, é outro problema. Você conseguir... Para você conseguir ser encaminhado, é difícil porque já não tem o geriatra pra encaminhar pro psiquiatra e quando encaminha também não tem psiquiatra. É um caso sério!! Aí a gente fica de mãos atadas, é um problema sério! (agente de saúde, contexto D).

Mais uma vez, está evidente a lógica do encaminhamento para o especialista nos casos de sofrimento psicológico e/ou problemas de saúde mental. Assim como em outros contextos, o uso de medicamentos psicotrópicos também é bastante significativo, tanto por parte dos trabalhadores que os prescrevem como pelos próprios usuários que não encontram alternativas de alívio e exigem o uso do medicamento:

Eles acham mais fácil, né? É muito mais fácil ele tomar o comprimido do que ele procurar uma terapia, porque ele pagar um transporte, porque ele não vai ter esse dinheiro. Então, ele se dopar resolve. Entendeu? Porque ele sair pra ir procurar em outro bairro?

Nesses discursos, ficam evidentes algumas das dificuldades em acessar as estratégias de apoio mais conhecidas, como é o caso da psicoterapia ou da consulta com o psicólogo ou psiquiatra: falta dinheiro para o transporte, falta tempo, o receio de se deparar com o desconhecido. Mais problemática ainda é a aparente ausência de alternativas de atenção a esses usuários, sendo o medicamento a solução mais rápida e

até mais barata. Acredita-se que essa “exigência” pela medicação é decorrente do que Illich (1975) denominou de iatrogênese clínica e iatrogênese social.

Para esse autor, a iatrogênese clínica se refere aos problemas de saúde causados pela própria medicina e o abuso de tecnologia, tais como medicamentos e outras práticas que favorecem outras doenças, bem como toda a ideologia que perpassa esse tipo de dependência. A pessoa vai perdendo gradativamente sua autonomia diante das dificuldades da vida e, desse modo, vai ficando cada vez mais dependente dos dispositivos de saúde.

Em relação à iatrogênese social, Illich (1975) afirma que esta deriva da medicalização da vida, no sentido de que várias experiências do cotidiano passam a ser controladas pelas instituições médicas, destacando aqui não só a medicina, mas as demais áreas incluídas no campo da saúde. Segundo Illich (1975):

A crença deste modo criada de que as pessoas não podem enfrentar a doença sem uma medicina moderna causa à sua saúde mais desgastes que os médicos que impõem seus serviços aos pacientes (p.37).

Uma das formas mais graves de iatrogênese social é o uso de medicação diante de qualquer situação da vida cotidiana. Illich (1975) considera que o consumo exagerado de medicamentos favorece a pessoa a assumir o papel de doente e se tornar passiva diante dos percalços de sua vida. O hábito de tomar medicamentos fortalece a crença de que a própria pessoa não pode fazer nada por si mesma, criando um ciclo de dependência dos dispositivos de saúde.

Esse é um dos motivos pelos quais as pessoas com queixas de nervoso recorrem com tanta frequência às Unidades de saúde. Em geral, elas já não conseguem identificar os recursos internos para aliviar o sofrimento e se colocam nas mãos dos médicos, dos

psicólogos, dos enfermeiros e dos agentes de saúde porque não sabem mais como procurar e encontrar soluções para os seus problemas.

A medicalização é ainda mais reforçada em virtude das dificuldades estruturais do sistema de saúde pública, bem como as condições de vida da população, que favorece o adoecer, como discutido no capítulo 2. Para Nichter (1998), o discurso medicalizador contribui para “ensinar” as pessoas a buscarem os serviços médicos e assumir o papel de doente diante de qualquer situação considerada como doença. A medicalização, na medida em que privilegia o medicamento e os procedimentos técnicos, dificulta o uso de diferentes recursos terapêuticos da comunidade.

O sofrimento psicológico também pode se agravar diante da própria situação dos serviços de saúde. Condições precárias de trabalho e as insatisfações generalizadas dos agentes de saúde acabam por dificultar a construção de novas estratégias de atenção:

*Assim, absorver aqueles problemas, né? Mas, a gente não tem como não absorver esse problema, a gente chega aqui angustiada porque, porque teve um problema sério e sabe que não vai ter retorno. E aqui sabe que não vai resolver nada e o pobre do paciente fica lá. Aí vai perdendo a credibilidade, os agentes de saúde, tem deles que se abusam, “você veio aqui na minha porta, conversar besteira, não resolve nada”. **Claro que a gente não resolve!** Além de conversar, porque a nossa função é somente conversar com eles. Orientar eles, mas orientar o quê?! Eu num sei mais o que vou orientar ele. Porque pra onde eu vou mandar ele, **eu não sei mais o que é que eu faço.** Às vezes, o povo vem pra um simples clínico geral, tá precisando de um encaminhamento pra bater uma ultrassonografia, um raio-x, aí, a gente diz “mulher, minha unidade não tem”, “minha microárea não tem médico”, “pra onde eu vou”? Infelizmente, “eu não sei te informar, tente X, talvez você consiga, mas eu nem sei dizer se ela vai conseguir, talvez consiga porque não é fácil porque é uma área muito, é muita gente, entende? **O básico que tá faltando.** (agente de saúde, contexto D).*

Os trechos grifados apontam para o sentimento de impotência diante de uma situação considerada precária e difícil. O fato de dizer que não tem para onde encaminhar, principalmente pela ausência do médico em uma das equipes, denota, de um lado, que as expectativas de atendimento estão centradas no médico e, de outro, a

sensação de que só conversar não resolve nada. Afinal, conversar o quê? Como essa conversa poderia aliviar o sofrimento do usuário?

Há autores como Lancetti (2000) que consideram que o papel do agente de saúde deve ser ampliado no sentido de desenvolver uma escuta por meio da qual ele possa identificar os casos de saúde mental. Desse modo, ele poderia construir, em conjunto com a sua equipe, o projeto terapêutico para a pessoa ou para a família. Alguns autores constataram que os agentes de saúde ainda não são realmente preparados para lidar com certos problemas da comunidade, inclusive questões relativas à saúde mental, e defendem uma maior capacitação para esses trabalhadores uma vez que estão numa posição privilegiada de proximidade com a comunidade (Ferraz & Aerts, 2005; Imperatori & Lopes, 2009).

Contudo, não é difícil encontrar estudos sobre a atenção básica que praticamente “esquecem” a presença do agente de saúde nesse contexto. Caixeta e Moreno (2008), por exemplo, consideram que as ações da atenção básica devem ser planejadas visando a resolução de boa parte dos problemas trazido pela população, inclusive os referentes à saúde mental e sofrimento psicológico. Apesar de a ênfase do artigo incidir no profissional de enfermagem, não há qualquer alusão às possíveis contribuições do agente de saúde a esse profissional.

As atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) são descritas em DAB (2006) e versam principalmente pelo acompanhamento domiciliar às famílias adscritas:

Estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe (p.24).

No entanto, o documento não diz como devem ser essas ações e nem problematiza essa questão do “contato permanente”, isto é, não explica e nem coloca as dificuldades de tal processo. De acordo com o mesmo documento, o número de ACS

deve ser “suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACS por equipe de Saúde da Família” (DAB, 2006, p.11). Acompanhar 750 pessoas já pode ser bem significativo, mas a maioria desses ACS acompanha bem mais do que isso. Considera-se que o trabalho dos agentes de saúde tem sido subvalorizado, no sentido de não se atribuir a devida importância a esses trabalhadores que precisam manter constante contato com as famílias adscritas.

Faz-se necessário apontar que a maioria dos trabalhadores entrevistados na pesquisa considera a importância do agente de saúde no desenvolvimento das ações na atenção básica. Porém, ainda é evidente a distância que existe entre profissionais de nível superior e agentes de saúde. A psicóloga do contexto A apontou essa questão. A divisão entre o grupo dos agentes de saúde e os demais profissionais nas rodas de conversa que aconteceram no contexto C tornou esse fato bem evidente, e a maior participação dos agentes de saúde nas reuniões de apoio matricial no contexto D também expressa essa separação.

Uma das principais atividades dos agentes de saúde são as visitas domiciliares onde é possível observar a situação de higiene da casa, promover ações educativas, orientar as famílias em relação aos cuidados e estabelecer o vínculo com a comunidade. Imperatori e Lopes (2009) colocam que a visita domiciliar é importante para a efetivação dessas ações, mas não consideram o fato de algumas pessoas não desejarem essas visitas.

Assim, o agente de saúde precisa estar atento às peculiaridades e idiossincrasias de cada família para poder orientar e desempenhar seu papel de elo entre profissionais de saúde e comunidade. Ou seja, é preciso ter uma disponibilidade tanto em termos de tempo, quanto em termos de sensibilidade para discernir sobre as orientações que devem ser providenciadas para a família e como devem ser abordadas.

Imperatori e Lopes (2009), investigando as estratégias de intervenção dos ACS diante de causas externas de morbimortalidade em Porto Alegre/RS, constataram que alguns ACS eram sensíveis ao problema, mas outros não sabiam identificar os casos de violência doméstica, principalmente pelas “indefinições e a falta de qualificação específica” (p.89). O trabalho desses autores demonstra muito bem o tipo de situação que os agentes de saúde precisam enfrentar no seu cotidiano e para o qual devem estar minimamente preparados para abordar.

Muitas vezes, o ACS sente medo de membros de algumas famílias, por serem reconhecidamente violentos, comprometendo, com isso, o seu trabalho. Nem sempre os ACS têm respaldo para fazer denúncias de violência doméstica, o que justifica a falta de atitude verificada no trabalho de Imperatori e Lopes (2009).

No contexto D, isso se expressa no depoimento de um ACS:

*Quer dizer, você chega lá, a medicação que tem, que eles já usam, tem aqueles problemas que a gente sabe que não seria nem necessária medicação, mas não tem também como encaminhar porque chega aqui não tem clínico pra fazer o encaminhamento. E quem já usa a medicação também, quando chega aqui também não tem o médico pra prescrever. É muito complicado, principalmente na área que não tem o médico. E a gente fica com receio também de muitas vezes conversar com essas famílias, porque são problemas graves, seriíssimos, e a gente, além da gente, tentou ajudar, mas a gente se recua, por quê? Porque (...) **pode sobrar pra gente, e quando sobra pra gente quem é que vai nos acolher também, quem é que vai nos apoiar?**(agente de saúde, contexto D).*

Já com medo de represálias, porque tem muitos que até acusam o agente de saúde, né, quando vai “num é da sua conta, num tem que tá se metendo na vida dos outros” (agente de saúde, contexto D).

Ferraz e Aerts (2005) afirmam que o trabalho do agente de saúde tem características especiais, “uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social” (p. 348). O que fica evidente no contexto D e nos demais contextos, é que os agentes de saúde ficam divididos entre os

demais trabalhadores de saúde e a comunidade. Até que ponto essa relação entre trabalho e vida social é saudável para os agentes de saúde? Qual o respaldo que eles têm diante de situações de violência, onde é melhor recuar, para não ser vítima também?

Os casos de nervoso são considerados pelos agentes de saúde do contexto D como consequência dos problemas e das dificuldades que as pessoas vivenciam no seu dia a dia, principalmente as mulheres, donas de casa e mães. Nesse contexto, um dos maiores problemas que afeta a saúde mental de todos é o uso de drogas. Em relação a esse problema específico, o agente de saúde afirma:

Aí fica aquela família sem um apoio psicológico, né? A família se acabando todinha, às vezes a família fica pior! Acaba morrendo todinha primeiro do que o próprio paciente. Porque não tem uma assistência de jeito nenhum. A gente num tem o que fazer, não tem pra onde encaminhar, nem tem o que fazer, digo assim, às vezes eu chego numa casa, tem uma adolescente com problema, a mãe doida, porque tem que encaminhar pro psicólogo, aonde vai pra esse psicólogo? No de suporte, não cabe mais ninguém, passa 1 ano na fila de espera (ri). Se manda algum cliente, não sei, não, dizem que tem os psicólogos lá, nunca ouvi falar se deu resultado.(agente de saúde, contexto D).

Mais uma vez, evidencia-se no discurso do trabalhador de saúde essa expressão de “a gente não tem o que fazer”. Essa frase denota um sentimento de impotência, de não saber como ajudar a comunidade. O trabalhador de saúde parece não ter noção dos seus próprios recursos, nem tampouco sobre a maneira como se envolver com os problemas da comunidade, que parece paralisá-lo ao invés de mobilizá-lo para a mudança social.

Apesar das queixas dos agentes de saúde em relação às dificuldades no trabalho e a repetitiva questão de não saber o que fazer, as duas equipes da ESF do contexto D desenvolvem práticas de saúde que de alguma maneira contribuem para a diminuição ou alívio do sofrimento psicológico. Essas práticas são desenvolvidas pelas enfermeiras em conjunto com agentes de saúde e demais colegas da USF em questão.

Sendo assim, diante de pessoas com as queixas de nervoso e sofrimento, as enfermeiras buscam realizar visitas mais frequentes e mais longas, além de convidá-las para participar de alguma atividade que acontece na USF, como os passeios com o grupo de idosos, participação na terapia comunitária, que será melhor explicada mais adiante, bem como as rodas de conversa sobre o preventivo, realizada pelas enfermeiras. O objetivo dessa atividade era promover um espaço de escuta e realizar um relaxamento com as usuárias antes do exame ginecológico. As participantes afirmaram que se sentiam muito bem fazendo isso porque aprenderam muito sobre a cultura popular, além de constatar que as mulheres aproveitaram o espaço para conversar sobre sua sexualidade. Elas perceberam que com as rodas de conversa, o índice de doenças sexualmente transmissíveis diminuiu. Para as enfermeiras, essa roda é importante para o esclarecimento sobre o preventivo e que “isso é cidadania” (sic).

As enfermeiras colocam ainda que procuram encontrar alguma atividade para que a pessoa possa se ocupar e assim, aliviar as preocupações e os sintomas decorrentes. O objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, de forma que os usuários possam se sentir mais importantes e integrados à comunidade.

Elas consideram que as rodas de conversa contribuíram para aumentar o índice de mulheres procurando fazer o preventivo, mas que as deixaram de realizar por falta de espaço físico (a cada encontro aumentava o número de mulheres), bem como pela dificuldade em definir o tipo de procedimento no SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica) para registrar esse tipo de intervenção.

Sobre os passeios com idosos, uma delas coloca:

Se ele (o idoso) está tendo o lazer, que é o que falta pra eles, já vai melhorando. A gente até levou o remédio (para o passeio), mas nem precisou. (enfermeira, contexto D).

Outra atividade desenvolvida pela equipe foi um evento de saúde realizado na própria Unidade, com apresentações de dança, teatro, exposição de arte nas adjacências da Unidade. Esse evento mobilizou parte da comunidade ao redor e contribuiu para a promoção de saúde (sic). As enfermeiras se mostraram muito orgulhosas de suas ações, tendo inclusive registrado tudo em fotos e depoimentos de moradores.

Contudo, apontam que há muitas dificuldades em realizar tais ações, pois nem sempre podem contar com o apoio da SMS. Sobre isso, elas se queixam da burocracia e da demora em vir algum tipo de ajuda. Em alguns passeios realizados, por exemplo, usaram dinheiro próprio para contratar o ônibus em função da demora e da pouca probabilidade de receber alguma coisa. O fragmento abaixo ilustra bem essa dificuldade:

Luciana: - *Você falou de várias ações que vocês fazem e que vocês fizeram. Como é que vocês organizam essas ações, tipo assim, o passeio até X²⁰, a Y? Vocês têm algum tipo de incentivo da Secretaria, como é que vocês organizam?*

Dentista: (...) *Esse passeio para X, a gente fez o seguinte. A gente fez e cada um deu dez reais, entendeu? Então, como a gente já tinha feito um passeio antes, que eu estava enfermo, estava doente, e eles levaram a comida, entendeu? Cada um levou sua comida. E o ônibus conseguiu, não sei se foi com uma farmácia, acho que foi a farmácia ... que deu o ônibus. Então assim, a gente entra em contato com a própria comunidade. Como uma vez que a gente conseguiu assim, para doar frutas para uma caminhada, para um café da manhã que a gente fez. A gente faz isso, né? A gente faz isso. Aí, o passeio da confraternização dos idosos do Natal, cada um deu dez reais porque a gente queria que eles fossem sem levar comida nenhuma. Aí nós levamos as carnes para o churrasco e um deu o dinheiro para uma parte do ônibus, (...). O passeio que a gente fez a Y, a gente conseguiu, a gente queria um ônibus ou então uma van. Mas, a gente não conseguiu isso, a Secretaria mandou um vale, vale transporte para levar esses meninos de ônibus. Vales de transporte. E nós levamos eles com esses vales, deu uns tickets restaurante para depois, quando a gente saiu de lá, fomos almoçar num restaurante, quando a gente saiu de lá, sabe? Entendeu?*

²⁰ A fim de evitar qualquer tipo de identificação, o X e o Y se referem a localidades do município aonde foram realizados os passeios em questão.

Observa-se aqui a mobilização da equipe em realizar ações de promoção de saúde junto à comunidade. São ações que partem muito mais da iniciativa deles e da disponibilidade financeira de cada um, pois conforme o depoimento acima, é a própria equipe que organiza e financia o passeio. As possíveis explicações para esse fato são pouco claras, mas para o dentista, um dos grandes problemas é a burocracia:

Não sei, porque você vê que às vezes falta cair os pedaços, aí de mofo, e a gente fica no maior sufoco para (...). Muita burocracia também, sabia? Eu acho. Porque tudo tem que ser por licitação, não pode ser A e B, dar um dinheiro para ele. Tem que passar por vários... Não sei se é isso, ou não. Acho que é isso aí. (dentista, contexto D)

Esse dentista busca desenvolver ações de promoção de saúde nas escolas do bairro, mas focaliza a questão da higiene bucal e da prevenção às cáries como principal atividade. Para ele, as questões de saúde mental ainda “são do psicólogo e do psiquiatra”. No entanto, houve um movimento para a mudança, uma vez que esse participante e os demais colegas da Unidade participaram da terapia comunitária, que ocorreu quinzenalmente, sob coordenação da psicóloga do centro de saúde local, no ano de 2008.

A terapia comunitária, utilizada como ferramenta pela psicóloga, é uma metodologia de trabalho sistematizada por Adalberto Barreto, professor da Universidade Federal do Ceará (UFC), que tem como objetivo principal promover saúde através da troca de experiências e fortalecimento da comunidade. Barreto (2007) afirma que

Nossa intervenção [permite] a tomada de consciência do indivíduo em sofrimento psíquico dentro do corpo social, estimulando a transformação de um e de outro, tratando assim a saúde coletiva, e recuperando, com ações individuais, a saúde do corpo social (p.21).

A partir dessa perspectiva, a psicóloga organizou e coordenou alguns encontros de terapia comunitária convidando os usuários que apresentavam queixas de sofrimento psicológico e toda a equipe do contexto D a participar. Foi possível participar de dois

encontros como esse durante o processo de pesquisa de campo. No primeiro encontro, havia 15 pessoas entre trabalhadores e membros da comunidade. Depois de um momento de acolhimento, cinco usuários contaram brevemente seus problemas, mas apenas um tema foi escolhido por todos para ser aprofundado no decorrer do encontro.

O tema escolhido versou sobre o nervosismo de uma senhora que estava com dificuldades para dormir e não sabia mais o que fazer para se acalmar. Após a apresentação do problema pela usuária, as pessoas presentes puderam comentar sobre o que faziam para melhorar e para se sentirem menos nervosas. Observou-se que os trabalhadores de saúde não participaram ativamente do encontro, ficando em silêncio na maior parte do tempo.

Sutilmente, se evidencia aqui como os trabalhadores de saúde se posicionam diante dos usuários. Tal posicionamento não faz parte do discurso dos trabalhadores, provavelmente a maioria nem reflete sobre isso, mas que fica evidente nesse tipo de situação em que eles se posicionam como um grupo diferente dos usuários participantes.

Se o objetivo da terapia comunitária é também “romper com o modelo de *salvador da pátria*, do técnico iluminado, que traz as soluções e reforça um sistema de dependência” (Barreto, 2007, p. 20), os trabalhadores de saúde precisam ser estimulados a participar também do processo comunitário. Dessa maneira é que as relações de dominação podem ser amenizadas e os usuários e trabalhadores de saúde se sentirem mais autônomos, potencializados em seu agir. No momento em que o trabalhador de saúde se posiciona de forma distante e silenciosa, como se ele não tivesse problemas, os usuários e agentes de saúde podem sentir que realmente são mais frágeis e “desempoderados”.

O segundo encontro de terapia comunitária do contexto D só contou com a participação de três agentes de saúde e quatro senhoras da comunidade. Alguns

membros da equipe participavam de outras atividades, outros estavam em férias e alguns estavam de licença. Uma das senhoras comentou que “essa reunião é tão importante e as pessoas não vêm. A gente ensina, a gente aprende”. De fato, os encontros de terapia comunitária continuaram acontecendo por algum tempo e depois as pessoas deixaram de ir. Segundo a psicóloga, as estratégias precisam ser mudadas periodicamente porque chegam a um ponto de saturação e, então, não há mais tanto interesse em participar.

Esse aspecto é interessante pois mostra que por melhor que seja a atividade de promoção de saúde ou a própria prática de saúde, em algum momento parece ser necessária uma revisão, a fim de se verificar como essa estratégia está sendo desenvolvida para que possa trazer as contribuições esperadas. Não é a situação do dentista que vai às escolas ensinar as crianças a escovarem os dentes sempre com uma dramatização e tem sempre uma população fixa: os estudantes. No caso da terapia comunitária, precisa haver toda uma dinâmica de implicação dos profissionais na Unidade para motivar a participação dos usuários e nem assim pode se garantir que todos se sintam a vontade com o tipo de atividade ou com a liderança do terapeuta.

Mesmo com toda a burocracia institucional, a maior parte desses trabalhadores acredita nos princípios e diretrizes do SUS, e possui um vínculo com a comunidade fortalecido através dos passeios e demais atividades desenvolvidas. Foi nesse contexto onde a metodologia do apoio matricial começou a ser aplicada, a partir da iniciativa da coordenação de saúde mental e da psicóloga lotada no centro de saúde próximo à USF D.

Como já destacado antes, a concepção de apoio matricial se baseia nas ideias desenvolvidas por Campos (1999), Campos e Domitti (2007) e analisada por outros autores como Figueiredo e Onocko-Campos (2009). Eles expressam que:

Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “psiquiatrização” e à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário (p.130).

Um dos objetivos da metodologia do apoio matricial é justamente mudar a lógica médico-centrada a partir da prática da clínica ampliada e da diminuição do número de encaminhamentos a especialistas. A partir dessas concepções, os encontros de apoio matricial começaram a acontecer no contexto D em função da mobilização da coordenação de saúde mental e da psicóloga lotada no Centro de Saúde, cujo contexto D faz parte. Foi possível participar de 06 encontros de apoio matricial, tendo sido muito rico para o processo da pesquisa e para a experiência pessoal e profissional.

O primeiro encontro contou com a presença de boa parte dos trabalhadores da Unidade, dois profissionais do CAPS e a própria coordenadora de saúde mental. Nesse encontro, a discussão versou sobre o conceito de apoio matricial e os diferentes temas que podem ser abordados a partir dessa estratégia metodológica. A ideia central colocada pelos apoiadores é que essa estratégia deve contribuir para a diminuição dos encaminhamentos, bem como para resolver boa parte dos problemas de saúde mental na própria Unidade de saúde. Para isso, é preciso refletir mais sobre os transtornos da saúde mental, conhecer melhor a complexidade deste campo e, principalmente, estimular a responsabilização das equipes ESF pelos casos mais leves de sofrimento psíquico (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009).

No segundo encontro, apenas a psicóloga e as duas equipes ESF estavam presentes, e o tema da discussão versou sobre o apoio matricial como ação estratégica

para gerar a corresponsabilidade da família e da equipe em relação ao sofrimento psíquico e problemas mais graves de saúde mental. A discussão abordou a importância de construir uma rede de apoio, conhecer a história da família e acolher essa demanda, além de buscar outros recursos que não seja o médico e o fortalecimento do vínculo da família com a equipe. Nesse encontro, houve ainda a apresentação de um caso, trazido pela enfermeira, de uma pessoa do bairro com transtorno mental.

No terceiro encontro, alguns trabalhadores colocaram a dificuldade de ter acesso a algumas famílias. A psicóloga apontou a necessidade de mapear os casos de saúde mental e organizar um grupo com as famílias para integração e acolhimento destas na rede de apoio. Nesse encontro, os agentes de saúde se queixaram das inúmeras cobranças dos usuários em relação à falta de um médico em uma das equipes ESF da Unidade.

Também nessa reunião, foi feita uma reclamação em relação ao psiquiatra do CAPS que desmarcou os encontros anteriores em função de suas próprias demandas de trabalho. Fica clara aqui a dificuldade em manter a continuidade desse tipo de trabalho, uma vez que os trabalhadores de saúde se colocam na dependência do coordenador ou mediador da reunião. Se este faltar, a reunião não acontece e o que foi agendado anteriormente se perde nos meandros do cotidiano.

Uma das questões trazidas pela psicóloga, no quarto encontro, foi o que vem a ser demanda em saúde mental. Os trabalhadores de saúde, principalmente os agentes, demonstraram dificuldades em estabelecer parâmetros em relação aos comportamentos “normais” e “anormais”. O sofrimento psicológico pode indicar ou não a presença de um transtorno, mas é difícil confirmar quando a pessoa não tem um diagnóstico. Para esses trabalhadores, qualquer comportamento ou manifestação subjetiva estranha pode

ser considerado como problema de saúde mental. Isso também pode ser visto em outros contextos (no contexto C, por exemplo).

Essa falta de conhecimento acerca do campo da saúde mental tem sido usada como justificativa para os excessivos encaminhamentos a especialistas (Figueiredo & Onocko-Campos, 2009). Nesse sentido, os trabalhadores de saúde preferem encaminhar os pacientes a especialistas como psicólogos e psiquiatras por não se sentirem capazes de ajudar o paciente naquela situação.

No intuito de ampliar a discussão sobre saúde mental, a psicóloga trouxe para o quinto encontro do apoio matricial a ficha denominada de “busca ativa em saúde mental”, cujo principal objetivo é identificar os casos de problemas psicológicos na área adscrita e a partir daí, poder fazer um estudo mais aprofundado sobre esses casos.

A ideia construída durante as reuniões é que os casos mais leves podem ser trabalhados nos grupos, como o de mulheres, coordenado pela psicóloga, o de artesanato e a terapia comunitária. Nos casos mais graves, a intenção é fazer um acompanhamento mais próximo a essa família e contar com a continuidade da atenção dos profissionais do CAPS sempre que necessário.

A psicóloga sugere também que os trabalhadores mapeiem os recursos da comunidade, tais como grupos e outras atividades que possam ter um cunho terapêutico. Aqui se presencia a tentativa em procurar o apoio intersetorial.

Que outros recursos nós temos que não seja o médico? (psicóloga, apoio matricial)

Observa-se o posicionamento da psicóloga em relação ao fortalecimento da participação de outros profissionais e outras estratégias para a resolução de casos de sofrimento psíquico e problemas de saúde mental. A discussão em evidência é modificar a lógica médico-centrada, utilizar os recursos da própria equipe através da

responsabilização, o maior envolvimento e maior horizontalidade nas relações de trabalho.

Nas reuniões, aspectos importantes foram evidenciados como: a angústia de alguns trabalhadores de saúde diante das condições precárias de vida da população, o maior envolvimento da equipe à medida que as reuniões foram ficando mais sistemáticas, o alívio em ter um espaço para falar de suas angústias e preocupações, assim como o envolvimento da psicóloga com as diretrizes da reforma psiquiátrica. Observou-se que quanto maior o envolvimento do profissional com essas diretrizes, bem como com os princípios da ESF, maior o comprometimento com esse tipo de estratégia.

Outra prática de saúde desenvolvida nesse contexto, paralela às reuniões do apoio matricial, foi a organização de um grupo de artesanato que funcionou no centro de saúde próximo ao contexto D e coordenado pela mesma psicóloga. Nesse encontro, várias pessoas da comunidade colocaram depoimentos a partir da questão inicial trazida pela psicóloga, que era falar sobre como as pessoas lidam com os momentos difíceis. Um dos participantes colocou:

A gente mora num meio que tem que contar consigo mesmo (...) as pessoas só pensam em si, o certo seria ajudar os outros.

O princípio norteador é fortalecer essa rede de apoio entre as pessoas da comunidade e os trabalhadores de saúde para que haja troca de experiências e se crie o vínculo. Para a psicóloga “ouvir diferentes formas de enfrentamento aos problemas é terapêutico”. Ela coloca também a importância de se criar uma rede de amizade: “abraços em lugar de médicos”.

Em síntese, fica evidente a importância do apoio matricial como estratégia metodológica de suporte às equipes nos casos de problemas de saúde mental e sofrimento psíquico. É uma estratégia que permite a abertura de espaços de fala para os trabalhadores de saúde e as suas próprias angústias em relação a esses casos, além de funcionar como suporte pedagógico e de qualificação continuada. As demais ações desenvolvidas tais como a terapia comunitária e o grupo de artesanato também são importantes recursos que se caracterizam como práticas de cuidado e podem, a longo prazo, contribuir para a diminuição do excessivo uso de medicação psicotrópica.

Nesse sentido, é preciso contribuir para que as equipes se sintam potencializadas para acompanhar melhor os casos de sofrimento psíquico. Contudo, é preciso analisar o trabalho de apoio matricial numa perspectiva crítica, pois a responsabilização das equipes sobre casos de saúde mental pode sobrecarregar ainda mais os trabalhadores de saúde, bem como deixar de “ver” os casos mais graves que precisam realmente de um acompanhamento especializado.

De acordo com Figueiredo e Onocko-Campos (2009):

É necessário investir num debate mais aprofundado sobre critérios de risco em Saúde Mental, a fim de viabilizar uma avaliação mais apurada sobre as vulnerabilidades e potencialidades de cada paciente. Uma avaliação feita com qualidade possibilitará fazer uma melhor distinção de quais pacientes as equipes de referência têm competência para acompanhar de forma resolutiva e responsável (p.137).

De fato, qualquer trabalhador de saúde é capaz de desenvolver a escuta e o acolhimento à pessoa em sofrimento psíquico, até mesmo para poder identificar aqueles casos em que a escuta, o apoio social, a participação nas atividades desenvolvidas na USF ou na própria comunidade é suficiente para promover o cuidado. Para desenvolver essa escuta e poder acolher, é preciso promover espaços de reflexão sobre saúde mental

e o trabalho do apoio matricial. Isso é mais do que qualificação técnica, cujo foco estaria provavelmente centrado nos transtornos mentais e no conjunto de sintomas.

Nesse sentido, se observa a necessidade de continuidade dessa proposta no contexto D e sua implementação/consolidação nas outras USFs. Fica evidente também a importância dos agentes comunitários de saúde no acompanhamento aos usuários e familiares. Há a necessidade de maior envolvimento dos profissionais com as diretrizes e princípios da ESF, com a reforma psiquiátrica e do próprio SUS, para que estratégias como apoio matricial possam ser, de fato, implantadas e consolidadas na rede de saúde.

4.3.5. O contexto E

O contexto E estava contando com reuniões de apoio matricial até a Unidade começar a passar por uma reforma, quando as reuniões foram, então, suspensas. Essas reuniões eram coordenadas pelos profissionais do CAPS local, psicólogo, enfermeiro, psiquiatra ou assistente social. No período em que as reuniões estavam ocorrendo, boa parte dos trabalhadores se mobilizou para estudar e discutir os casos apresentados.

O médico desse contexto era um dos mais envolvidos, procurando entender os casos e buscando realizar um diagnóstico mais criterioso. Durante a reunião, foi possível observar o envolvimento mais afetivo desse profissional com os usuários nervosos. Essa característica tanto pode ser dele mesmo, no sentido de que se identifica mais com a proposta da ESF e do apoio matricial em saúde mental do que outros profissionais, ou se pode supor já ser a influência das reuniões de apoio matricial, que proporciona um espaço de reflexão sobre esses casos.

Nessa perspectiva, conhecer a história de vida desses pacientes pode ser uma estratégia importante para o maior cuidado a eles (Hegadoren et al., 2009). Para isso, esses autores apontam a importância de identificar bem os casos, propor intervenções diferentes na atenção básica e, além disso, o engajamento dos profissionais em relação aos casos. Ou seja, é preciso haver um envolvimento mais afetivo com os princípios da ESF e da atenção básica, indo além da técnica. Isso não tem se mostrado fácil, em função dos próprios problemas que enfrentam as equipes em seu cotidiano de trabalho, além da falta de envolvimento de alguns membros.

Em um contexto mais amplo de análise, Marsiglia, Silveira e Carneiro Jr. (2005) colocam que os profissionais devem ser orientados para “a sensibilidade de compreender a complexidade da situação daqueles que vivem seu cotidiano expostos às adversidades do meio urbano” (p.75). Torna-se clara, aqui, a necessidade de uma maior preparação dos profissionais de saúde para cuidar desses casos de sofrimento psicológico. Os citados autores também consideram que é preciso conhecer melhor a realidade de cada contexto para a construção e adoção de políticas sociais mais adequadas.

Como já destacado anteriormente, em relação ao primeiro ponto discutido pelos autores supracitados, que se refere à preparação dos profissionais, é preciso considerar que esses profissionais muitas vezes trabalham sob condições adversas, principalmente em relação à estrutura física das unidades (sic) e dos problemas enfrentados pelo sistema de saúde. Além disso, eles têm diante de si uma população sofrida, com diferentes problemas sociais e econômicos que os impedem de ter uma vida mais digna. Será que uma melhor preparação é suficiente? Acredita-se que não. Pode até contribuir para que muitos trabalhadores de saúde se identifiquem mais com as propostas da ESF,

busquem criar novas formas de intervenção. Isso, entretanto, não mudará as condições de trabalho nem o excesso de demanda.

Já a adoção de políticas sociais em função das necessidades do contexto pode contribuir para a mudança na atenção, mas é preciso salientar que são políticas sociais e não só de saúde. É preciso efetivamente mudar as condições de vida da população através dessas políticas sociais, inclusive baseadas nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde. É preciso também oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde para que aqueles que se identificam com as propostas da saúde coletiva, da atenção básica e ESF possam de fato trabalhar dentro desses princípios.

Nesse sentido, vale considerar que o processo seletivo para contratar profissionais para a rede pública muitas vezes é inadequado, pois prioriza o conhecimento técnico e especializado em detrimento da identificação pessoal do profissional com o trabalho a ser realizado.

4.3.6. O contexto F

O contexto F não desenvolve nenhuma ação específica em saúde mental, apenas encaminham os pacientes para os psicólogos e/ou repetem a receita do psicotrópico. Uma das enfermeiras desse contexto coloca a necessidade de um trabalho em conjunto com o CAPS e sugere a realização de grupos de saúde mental na Unidade, embora não tenha ninguém que possa coordená-los.

A enfermeira comenta ainda que há muita carência em relação às questões de saúde mental, principalmente no bairro onde está localizada a Unidade, caracterizado por ter muitas pessoas viciadas em álcool e drogas. Embora tenha sido possível realizar

apenas uma visita a esse contexto, fica evidente a carência das equipes ESF em termos de assistência em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Nenhum problema está concluído,
antes que o concluamos bem.
(Ella Wilcox)*

O objetivo desse trabalho foi analisar a rede de discursos e de cuidados no atendimento ao sofrimento psicológico no cotidiano da atenção básica. Para isso, buscou-se identificar como os princípios e diretrizes da atenção básica se expressam no cotidiano institucional; investigar o posicionamento dos trabalhadores de saúde em relação ao sofrimento psicológico e às queixas de *nervos*; e, por fim, analisar as diferentes ações e práticas de cuidado realizadas nas Unidades Básicas de saúde diante de queixas como *nervos*.

Em relação ao primeiro objetivo específico proposto, foi possível perceber a necessidade de realmente entender o cotidiano institucional e qual o impacto que as diretrizes e princípios têm para os trabalhadores da ESF. Isso porque são eles que estão na linha de frente e que recebem os usuários com sofrimento psicológico e queixas de *nervos*.

Observa-se, em primeiro lugar, a significativa distância entre quem elabora os princípios da ESF e os trabalhadores de saúde da atenção básica. De um lado, quem geralmente decide os rumos das políticas de saúde não está nas Unidades de Saúde, não experiencia o cotidiano de trabalho nas comunidades e nem tem contato com a população. Por outro lado, os trabalhadores de saúde nem sempre conseguem trabalhar em consonância com esses princípios em função da ausência de momentos de reflexão sobre os mesmos e às vezes até pela falta de um conhecimento mais aprofundado sobre as políticas de saúde.

As condições de trabalho são um dos maiores obstáculos para o pleno funcionamento da atenção básica. São reclamações recorrentes tanto de usuários quanto de trabalhadores, onde pouco se vê possibilidades de melhora. Dentre essas reclamações, incluem-se os problemas relativos à infraestrutura das Unidades de Saúde que, de fato, nem sempre oferecem conforto e salubridade para o desenvolvimento dos trabalhos. Em geral, alguns serviços são apertados, com bastante mofo nos períodos de chuva, pouco espaço para os usuários, ausência de um local mais adequado para as reuniões de equipe, calor e falta de materiais básicos. Para cada mudança, faz-se necessário todo um caminho burocrático que algumas vezes não dá em nada e os trabalhadores procuram resolver alguns problemas com seus próprios recursos. Os problemas políticos e econômicos que perpassam o SUS são tão crônicos que a maioria dos trabalhos sobre este tema aborda as mesmas questões (Campos, 1997; Mendes, 1999; Mehry, 1997; Franco, Bueno & Mehry, 2004).

Observa-se ainda o quanto são fortes as divisões profissionais e as relações verticalizadas entre profissionais especialistas e os da atenção básica, profissionais e agentes de saúde, equipe ESF e usuários. Isso dificulta o trabalho em rede, a intersetorialidade e a corresponsabilização pelos casos.

Em geral, o trabalhador de saúde considera que não pode resolver certos problemas e, assim, começa o “jogo de empurra” que acaba por congestionar a rede de serviços. Demandas que poderiam ser resolvidas na atenção básica acabam se deslocando de um lado para o outro, travancando todo o processo, sem falar na burocracia que muitas vezes contribui para a lentidão na resolução de problemas de ordem mais administrativa. Ademais, a falta de diálogo entre as equipes do CAPS e a atenção básica é evidente, salvo algumas exceções como é o caso do contexto D.

Sendo assim, considera-se que a atenção básica precisa de melhores condições de trabalho, maior apoio institucional e da ética em detrimento da técnica. É um contexto muito específico de prática do cuidado, onde diversos setores da sociedade teriam que desempenhar um papel importante para fortalecer esse nível de atenção.

O problema é que as diretrizes estão lá, mas parecem invisíveis, pois os trabalhadores de saúde continuam a ser unicamente responsabilizados pela prevenção de doenças e promoção de saúde. O apoio institucional, quando existe, é burocrático, dependendo mais das relações interpessoais do que propriamente pela via legal e legítima em resolver os problemas.

A parceria com outros setores poderia ampliar as práticas de cuidado, no sentido de proporcionar centros de convivência, saneamento básico, políticas de emprego, de lazer e de bem-estar. Faz-se necessário efetivar as políticas que visam à diminuição das desigualdades sociais. Esse é o aspecto mais ideológico do trabalho que poderia parar por aqui tal como os trabalhadores de saúde: de mãos atadas. Afinal, como mudar toda a conjuntura social e econômica?

Aqui se insere uma crítica às políticas de saúde, tais como a atenção básica, ESF e saúde mental na atenção básica que preconizam a importância do acolhimento e do vínculo, mas não oferecem condições para que os trabalhadores tenham algum tipo de apoio, nem que disponham de tempo suficiente para isso. A política de financiamento é totalmente contrária às diretrizes e princípios da ESF. Enquanto houver essa tensão, os problemas continuarão a existir e o sofrimento psicológico (tanto entre trabalhadores de saúde como nos usuários) só tende a aumentar.

As diretrizes da ESF também se diferem da ideologia dominante em que o procedimento, a quantidade e a cura são predominantes. Alguns participantes da pesquisa procuram desenvolver ações criativas, envolver a comunidade, mas geralmente

esbarram nos problemas de financiamento, na burocracia e na falta de envolvimento de outros colegas. Para resolver os problemas de *nervos* da comunidade não basta o medicamento, mas a criatividade, a simplicidade e o interesse em cuidar do outro. Isso não tem como medir, nem tem preço.

Assim, o trabalho em saúde como cuidado, ou trabalho vivo em ato como analisa Mehry (2002), que pressupõe o acolhimento, o vínculo e mais atenção aos aspectos subjetivos das famílias vai de encontro à lógica de mercado presente nos serviços. A lógica do mercado demanda quantidade, produção, uso racional do tempo. Não é possível estabelecer um vínculo com a família se o dever do trabalhador de saúde é a produtividade em forma de consultas e a quantidade de visitas domiciliares realizadas por semana. O modo de financiamento precisa se alinhar aos princípios da ESF, no sentido de valorizar as diferentes ações empreendidas pela equipe.

A frustração advinda com a falta de apoio institucional é bastante significativa, além da descrença em relação a novas modalidades de trabalho como o apoio matricial. Consequentemente, alguns profissionais desistem de “remar contra a maré” e apenas cumprem horários, sem se envolver totalmente com as questões políticas do campo da saúde. Essa situação vai gerando um ciclo vicioso em que o usuário do serviço tende a ser o mais prejudicado com a ausência de profissionais, com a consulta de cinco minutos e, conseqüentemente, vai reforçando a ideia de que os serviços prestados pelo SUS não têm qualidade.

É como se não houvesse uma “luz no fim do túnel”, pois não serão os trabalhadores de saúde, sozinhos, que vão resolver as conseqüências nefastas do modelo socioeconômico vigente. Sendo assim, o que fazer e como fazer diante de problemas psicológicos, apesar de tudo e de todos, é a questão mais pertinente desse trabalho investigativo.

O segundo objetivo específico proposto mostra em sua análise que os trabalhadores de saúde reconhecem e identificam pessoas com sofrimento psicológico, principalmente quando estas usam as expressões mais populares como *nervos* e nervoso. Apesar disso, o tema do nervoso se mostra complexo para os participantes, pois é uma situação que envolve inúmeros determinantes sociais, tornando difícil sua total compreensão. Outra questão é que o tema da saúde mental ainda é visto de forma estigmatizada e, na maioria das vezes, restrito ao campo dos transtornos mais graves.

A qualificação técnica é necessária, mas não convém só capacitar as equipes da ESF e assim responsabilizá-las por mais um problema, quando não há espaço para discussão e reflexão sobre as questões emocionais, relacionais, burocráticas e políticas que permeiam o trabalho desses profissionais, sobretudo no que concerne às questões de saúde mental. Ficou claro no trabalho de pesquisa que o nível de angústia é menor entre os profissionais onde as Unidades possuem algum tipo de ação mais direcionada à saúde mental e/ou um espaço de discussão sobre esses temas.

Em relação ao terceiro objetivo específico, o encaminhamento e a prescrição de medicamentos diante do sofrimento psicológico é o que aparece de comum em todos os contextos visitados. Os próprios usuários querem a medicação para aliviar os sintomas e normalmente procuram os profissionais da Unidade com essa exigência. Embora alguns trabalhadores critiquem o excesso de medicação e apontem a necessidade de outras soluções, o que se vê é o sentimento de impotência diante da situação de sofrimento trazida pelo usuário. A impressão é a de que os trabalhadores de saúde não acreditam de todo na prescrição dos medicamentos, mas por não vislumbrarem outra maneira de cuidar desses problemas, acabam por prescrever as receitas.

A demanda por especialistas *psi* também faz parte da rotina dos trabalhadores de saúde que veem nesses profissionais a possibilidade de cuidar/curar o sofrimento dos

pacientes. Esse dado reflete a questão da fragmentação entre as diferentes profissões de saúde e a crença de que o conhecimento está encerrado em “caixas” e que cada profissional tem a sua.

Constata-se que boa parte dos psicólogos da rede de saúde trabalha com a psicoterapia individual, que não se mostra adequada para cuidar de um sofrimento permeado pelas condições de vida. Esse é um problema constante entre os psicólogos que estão sempre com a agenda lotada e acabam se restringido ao trabalho entre quatro paredes, enquanto a comunidade necessita de outras intervenções, de outros projetos terapêuticos. Essa questão tem relação com a formação dos psicólogos que por muito tempo privilegiou a clínica individual, seguindo um modelo médico e com abordagens importadas da Europa e dos Estados Unidos. Ou seja, nem sempre consideram as peculiaridades da cultura brasileira e os problemas locais como as desigualdades socioeconômicas.

Outro problema em responsabilizar apenas o especialista *psi* pelas questões de saúde mental é que se corre o risco de patologizar o sofrimento do cotidiano. No caso do atendimento psicológico ou psiquiátrico, os determinantes sociais da saúde tendem a ficar em segundo plano, em função da própria formação do psicólogo/psiquiatra, que normalmente privilegia a dinâmica da personalidade e não as questões sociais envolvidas.

Apesar da predominância da prescrição e do encaminhamento, há outras práticas de cuidado desenvolvidas em alguns contextos que são um tanto heterogêneas entre si. Essa heterogeneidade é marcada principalmente pelo nível de envolvimento com o trabalho na atenção básica e com o tipo de apoio institucional que determinadas equipes recebem. Isso pode ser explicado pela identificação com o trabalho na atenção básica, bem como pelo senso de responsabilidade desses profissionais. Ou seja, o envolvimento

com o trabalho e a preocupação com o sofrimento e as condições de vida dos usuários é que contribui para que boa parte dos trabalhadores procure desenvolver ações mais voltadas às necessidades da população, muitas vezes, utilizando seus próprios recursos. Enquanto que outros profissionais têm acesso a cursos de formação financiados pelo Ministério da Saúde, mas não modificam suas práticas cotidianas.

Assim, o envolvimento de alguns trabalhadores com a concepção de promoção de saúde e bem-estar da população é marcante em alguns contextos. Isso pode ser visto em alguns casos em que, apesar de todas as limitações sofridas, alguns participantes buscam desenvolver ações que de fato proporcionem a concretização dos princípios da Atenção Básica e da ESF. O grupo de hipertensos, de idosos, as caminhadas, a terapia comunitária, o grupo de artesanato, visitas mais demoradas e a consulta como espaço para orientação e aconselhamento são as ações mais comuns dos contextos visitados.

A maioria dessas ações não é sistemática como deveria ser e algumas são criadas pelos próprios trabalhadores em função das necessidades do lugar. Algumas dessas práticas até visam o alívio do sofrimento e a promoção de saúde mental, como a terapia comunitária e o grupo de artesanato. As demais são realizadas em função das diretrizes, tais como o grupo de hipertensos e o de idosos, mas nem sempre o participante reflete sobre saúde mental nesse trabalho.

O trabalho realizado no contexto C (as rodas de conversa em saúde mental) deixou claro que os participantes precisavam muito mais de um espaço para expor seus medos, angústias e preconceitos, do que aulas sobre transtornos mentais. A questão que se coloca é que muitas práticas são prescritas e teorias são desenvolvidas, mas a questão relacional é pouco problematizada. A rede de relações que se estabelece entre as instâncias de poder e os trabalhadores da atenção básica impedem esse tipo de reflexão.

Além disso, as rodas de conversa promoveram um espaço para refletir sobre suas próprias práticas diante de pessoas com essas queixas. Esse espaço de reflexão pode potencializar as ações já realizadas na Unidade e contribuir para que também ajudem a promover saúde mental.

Em relação à estratégia do apoio matricial, é evidente que os trabalhadores de saúde que participam das reuniões se sentem mais cuidados, pois nesse espaço podem colocar suas dúvidas e angústias em relação aos diferentes casos. Além disso, favorece o diálogo entre a equipe ESF e os serviços substitutivos. É preciso ter o cuidado de que esse diálogo não signifique encaminhamento puro e simples, e sim mais corresponsabilização e acompanhamento em conjunto.

Outro benefício é que o tema saúde mental sai do jugo *psi*, pois o apoio matricial preconiza a participação de vários profissionais de saúde e não só de psicólogos e psiquiatras. Isso é interessante pois dá a oportunidade para que os trabalhadores da ESF desenvolvam em conjunto várias práticas de cuidado como a caminhada, os grupos terapêuticos, o apoio social e a criação de espaços de lazer com outros profissionais, como educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, arte-terapeutas, entre outros. Assim, faz-se necessário implantar efetivamente a metodologia do apoio matricial para que os trabalhadores de saúde tenham a oportunidade de experienciar outras formas de produção do cuidado e assim poder desenvolver realmente o acolhimento e o vínculo.

Nessas ações, cada profissional apoiador pode contribuir com o seu saber que não se fecha em limites especialísticos, mas abre possibilidades para as várias maneiras de conceber o cuidado e desenvolver os projetos terapêuticos de acordo às necessidades de cada pessoa.

No caso do contexto D, o apoio matricial é basicamente desenvolvido pela psicóloga e, ocasionalmente, pelo psiquiatra. Percebe-se que ainda é difícil a inserção

de outros profissionais em um campo socialmente reconhecido como dos psicólogos e psiquiatras. Contudo, a psicóloga em questão se posiciona de maneira a possibilitar um espaço para que os trabalhadores de saúde, inclusive os agentes de saúde, se mobilizem diante do quadro de sofrimento das pessoas. Essa mobilização favorece os estudos de caso, o cuidado maior às famílias, sem prevalecer esta ou aquela teoria psicológica.

As diretrizes propostas pelos Núcleos de Atenção à Saúde da Família – NASF preconizam a participação de outros profissionais capacitados a apoiar as equipes ESF nas questões de saúde mental. As pessoas com *nervos* poderiam encontrar outras maneiras de lidar com o sofrimento através da troca com diferentes trabalhadores de saúde e da área social. Muitas vezes, essas pessoas precisam mais de apoio social, lazer e atividades que tragam um novo sentido para sua vida do que estar no processo terapêutico.

Pode-se afirmar que há várias práticas de cuidado desenvolvidas nas Unidades de Saúde visitadas. Algumas dessas ações são conservadoras e até medicalizadoras uma vez que seguem a lógica do encaminhamento, da prescrição de psicotrópicos e não promovem nenhum tipo de reflexão sobre a gênese do sofrimento das pessoas. Geralmente, falta um espaço de reflexão sobre essas práticas para que os trabalhadores de saúde possam aproveitar melhor as ações desenvolvidas.

Existem alguns trabalhadores de saúde que desenvolvem práticas de cuidado especificamente voltadas para a promoção de saúde mental e bem-estar. A identificação e o conseqüente envolvimento com as diretrizes da ESF, além do apoio sistemático de outro profissional, como no caso aqui, do apoiador matricial, são características marcantemente presentes nos participantes que desenvolvem essas práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (2007) *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Araújo, A.D. & Traverso-Yépez, M. A. (2007) Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estudos de Psicologia Natal*, 12, 119-127.
- Azevedo, L.F.M. & Traverso-Yépez, M. (2010) De mãos atadas: o cotidiano dos profissionais na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, 84, (no prelo).
- Ballantyne, P. J. (1999) The social determinants of health: a contribution to the analysis of gender differences in health and illness. *Scand. J. Public Health*, 27, 290-295.
- Bandeira, M.; Freitas, L. C. & Carvalho Filho, J.G.T. (2007) Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa Saúde da Família. *J.Bras. Psiquiatria*, 56, 41-47.
- Barreto, A. (2007) As dores da alma dos excluídos no Brasil e a Terapia Comunitária. In M. Grandesso & M. R. Barreto (Orgs.) *Terapia comunitária: Saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo (pp. 19-26).
- Bertolozzi, M. R. & Greco, R. M. (1996) As políticas de saúde no Brasil: Reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30, 380-398.
- Bertussi, D. (2009) Matriciamento no cuidado e na gestão em João Pessoa (PB). *Cadernos Temáticos CRP SP – NASF – Núcleo de Apoio à saúde da família*. São Paulo: CRP SP. 09-12.
- Boff, L. (2004) *Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra*. 9ª.ed. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Brasil (2005) *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde. Mimeo.
- Breda, M., Rosa, W.A., Pereira, M.A., Scatena, M.C. (2005) Duas estratégias e desafios comuns: A reabilitação e a saúde da família. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 450-452.
- Brunner, E. & Marmot, M. (2006) Social organization, stress, and health In M. Marmot & R.G. Wilkinson (ed.) *Social determinants of health*. 2a.ed. New York: Oxford University Press (p.06-30).
- Buss, P. & Pelegri Filho, A. (2006) Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saúde Pública* 22(9): 2005-2008.

- Buss, P. M. & Pelegrini Filho, A. (2007) A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 17(1):77-93.
- Caixeta, C.C. & Moreno, V.(2008) O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10, 179-188.
- Camargo-Borges, C. & Cardoso, C.L. (2005) A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17, 26-32.
- Camargo-Borges, C. & Japur, M.(2005) Promover e recuperar saúde: Sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família. *Interface*, 09, 507-519.
- Campbell, M. & Gregor, F. (2002) *Mapping social relations: A primer in doing institutional ethnography*. Ontário/CA: Garamond Press.
- Campos, C.M.S. & Soares, C.B. (2003) A produção de serviço de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8, 621-628.
- Campos, F. (1992) O lugar da saúde mental na saúde In F. B. Campos (org.) *Psicologia e saúde: Repensando práticas*. São Paulo: Hucitec
- Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. W. S. (1998) O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, 14, 863-870.
- Campos, G.W.S. (1999) Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4, 393-403.
- Campos, G. W.S. & Domitti, A. C. (2007) Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, 23, 399-407.
- Carreteiro, T. C. (2005) Corpo e contemporaneidade. *Psicol. Rev. (Belo Horizonte)*, 11, 62-76.
- Carvalho, L. F. (2001) *Dependência química em mulheres: Um estudo sobre o consumo de medicamentos ansiolíticos no serviço público de saúde de Natal/RN*. Dissertação de Mestrado (PPgPsi), não publicada.
- Ceccim, R. B. & Mehry, E. E. (2009) Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)* 13, suppl.1, pp. 531-542.
- Charikar, L. (2008) Setting the pace on health equality: The Pacesetters Programme in Leicester. *Journal of family health care*, 18, 212-215.

- Clemente, A. et al . (2008) Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. *Saude Soc., São Paulo*, 17, 176-184.
- Cohen D.A.; Farley T.A.; Mason K. (2003) Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators. *Soc Sci Med*, 57, 1631-1641.
- Cohn, A. (2006) Políticas de saúde: Implicações e fatos. In G. W. Campos (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde/CNDSS (2008) *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Relatório Final. 216 p.
- Conill, E. M. (2008) Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 24, S7-S27.
- Conrad, P. (2007) *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore/Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Conselho Nacional de Saúde (2002) *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Mimeo.
- Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (2009) *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde*,. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde.
- Coordenação de saúde mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica (2003) *Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Ministério da Saúde, Mimeo.
- Corney, R. (1999) Mental health services in primary care: the overlap in professional roles. *Journal of Mental Health* 08 (02): 187-194.
- Costa, J.F. (1987) Consciência da doença como consciência do sintoma: A doença dos nervos e a identidade psicológica. *Cadernos do IMS*, 1, 4-44.
- Costa, J.F. (1999) *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.
- Crevelim, M. A. (2005) Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 323-331.
- Cunha, G.T. (2007) *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2ª. Ed. São Paulo: Hucitec.
- DAB - Departamento de Atenção Básica (2006) *Política Nacional de Atenção Básica. Brasília*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Mimeo.

- DAB – Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde/MS (2000) Programa de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, 34, 316-319.
- Davis, D. & Low, S. (org.) (1989) *Gender, health and illness: The case of nerves*. Nova York: Hemisphere Publishing Co.
- DeVault, M. L. & McCoy, L. (2002). Institutional Ethnography, Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In F.J.Gubrium and J.A.Holteins (Eds). *Handbook of Interview Research*, Thousand Oaks/London: Sage.
- Dimenstein, M. (2000) A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia Natal*, 5, 95-121.
- Dimenstein, M.; Severo, A. K.; Brito, M.; Pimenta, A. L.; Medeiros, V.; Bezerra, E. (2009) O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc. São Paulo*, 18, 63-74.
- Duarte, L.F.D. (1986) *Da vida nervosa das classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar
- Dutra, D.S.; Jorge, E.C.; Fensterseifer, J.M.; Areosa, S.V.C. (2006) Doença dos nervos: Sentidos e representações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26, 04-11.
- Draibe, S. (2003) A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social USP*, 63-101.
- Elias, N. (1994) *O processo civilizador: Uma história dos costumes*. Vol.1. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed.
- Ferraz, L. & Aerts, D. (2005) O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 347-355.
- Figueiredo, L.C.M. (1991) *Matrizes do pensamento psicológico*. Petrópolis/RJ: Vozes.
- Figueiredo, L.C.M. (2004) *Revisitando as psicologias – Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. 3ª.ed. ver. Ampliada. Petrópolis: Vozes.
- Figueiredo, M. D. & Onocko-Campos, R. (2009) Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*, 14, 129-138.
- Figueiredo, M.D. (2006) *Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP)*. Dissertação de mestrado – Universidade Estadual de Campinas (pós-graduação em saúde coletiva).

- Finkler, K. (1989) The universality of nerves In Dona Davis e Setha Low (orgs.) *Gender, health and illness: The case of nerves*. Nova York: Hemisphere Publishing Co. (pp.79-87).
- Fonseca, M. L. (2008) Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: Uma revisão da perspectiva do nervoso. In E.M. Vasconcelos (org.) *Abordagens psicossociais vol.II: Reforma Psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec. (pp. 171-228).
- Foucault, M. (1979) *Microfísica do poder*. 22ª. Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1985) *A história da sexualidade 3 – O cuidado de si*. 8ª.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1984) *A história da sexualidade 2 – O uso dos prazeres*. 11ª.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1988) *A história da sexualidade 1 – A vontade de saber*. 14ª.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Franco, T.B.; Bueno, W. & Mehry, E.L. (2004) Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In E.L. Mehry, H.M. Magalhães JR., R. Moli, T.B. Franco, W.S. Bueno (org.). *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2ª.ed. São Paulo: Hucitec.
- Franco, T.B.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006).
- Freire, J.C. (2004) Alteridade e psicologia social In Sena e Silva, M. de F. de R. e Aquino, C. A. B. de (org.) *Psicologia social: desdobramentos e aplicações*. São Paulo: Escrituras editora (p.35-65).
- Freund, P.S.; McGuire, M. B. & Podhurst, L. S. (2003) *Health, illness, and The social body: A critical sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Galeano, E. (1971) *As veias abertas da América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gomes, A. e Rozemberg, B. (2000) Condições de vida e saúde mental na zona rural de Nova Friburgo/RJ. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 4, 16-29.
- Gunning-Schepers, L. J. (1999) Models: instruments for evidence based policy. *J Epidemiology Community Health*, n. 53, p. 263.
- Góis, C.W.L. (2008) *Saúde comunitária: pensar e fazer*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores/ Ed. Hucitec.
- Góis Júnior, E. (2002) “Movimento higienista” na história da vida privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. *ConSCIENTIAE SAÚDE. Rev. Cient.*, 01, 47-52.

- Góis Júnior, E. & Lovisolo, H. R. (2003), Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, 25, 41-54.
- Gomes, L. (2007) *1808: Como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a História de Portugal e do Brasil*. São Paulo: Ed. Planeta do Brasil.
- Hita, M.G. (1999) Identidade feminina e nervosa: Crises e trajetórias. In: P.C. Alves & M.C. Rabelo (org.) *Antropologia da saúde – traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Hegadoren, K.; Norris, C.; Lasiuk, G. ; Silva, D. & Chivers-Wilson, K. (2009) The many faces of depression in primary care. *Texto Contexto Enfermagem*, 18, 155-164.
- Illich, I. (1975) *A expropriação da saúde: Nemesis da medicina*. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Illich, I. (1985) Subsistence In K. Vaux (ed.) *Powers that make us human*. Urbana: University Illinois Press (p.45-53).
- Illich, I. (1986) Body History. *The Lancet*, ii, 1325-1327.
- Imperatori, Giceli & Lopes, Maria Júlia Marques (2009) Estratégias de Intervenção na Morbidade por Causas Externas: como atuam agentes comunitários de saúde? *Saúde Soc. São Paulo*, 18, p.83-94.
- Kirkham, S. R. (2003) The politics of belonging and intercultural health care. *Western Journal of Nursing Research*, 25, 762-780.
- Kohn, R.; Saxena, S.; Levan, I. & Saraceno, B. (2004) The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Kristenson, M. (2006) Socio-economic position and health: coping. In J. Siegrist & M. Marmot (Ed.) *Social inequalities in health – New evidence and policy implications*. New York: University Press (127-153).
- Lancetti, A. (2000) Saúde mental nas entranhas da metrópole In Antônio Lancetti e cols. *SaúdeLoucura 7: Saúde mental e saúde da família*. 2ª. ed. Aumentada. São Paulo: Hucitec, p. 11-52.
- Lefèvre, F. (1991) *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez.
- Leonard, J. (1997) Os doentes imaginários In In J.Le Goff (org.) *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar.
- Locke, T. (2004) *Critical discourse analysis*. London/UK: Continuum International Publishing Group.
- Luz, M. T. (2007) *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec.

- Luz, M.T. (2004) *Natural, racional, social: Razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Hucitec.
- Luz, M. T. (2000) Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde coletiva*, 05, 293-312.
- MacLachlan, M. (2004) *Embodiment – Clinical, critical and cultural perspectives on health and illness*. London: Open University Press.
- Magalhães, R. (2001) Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. *Cad Saúde Pública*, 17, 569-579.
- Maragno,L. ; Goldbaun, M. ; Gianini, R.J. ; Novaes, H. & César, C. (2006) Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo PSF (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 22, 1639-1648.
- Mariotti, H.(2002) Introdução In Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo: 2002.
- Marmot, M. (2006) Introduction In M. Marmot & R.G. Wilkinson (ed.) *Social determinants of health*. 2a.ed. New York: Oxford University Press (p.01-05).
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (ed.) (1999) *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.
- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (ed.) (2006) *Social determinants of health*. 2a.ed. New York: Oxford University Press.
- Marques,M. I. & Mendes, A. (2003) A Percepção da Violência em Psiquiatria: Perspectiva dos enfermeiros. *Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*, 10, 39-51.
- Marsiglia, R.; Silveira, C. & Carneiro Jr., N. (2005) Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 14, 69-76.
- Martin, E. (2006) *A mulher no corpo – Uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Matos, M. I e Soihet, R. (orgs) (2003) *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Ed. UNESP.
- Medeiros, L.F. (2000) *Relevância dos significados e valores do processo saúde-doença articulados às práticas de saúde*. Monografia de Especialização. Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFRN/Natal/RN. Não-publicada.
- Medeiros, L.F. (2003) *Sofrimento solitário, mal-estar compartilhado: Um estudo sobre a doença dos nervos – Dissertação de Mestrado não-publicada/PPgPsi/UFRN*. Orientada pela prof. Dra.Martha Traverso-Yépez.
- Mehry, E.E. (2007) *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. 3ª.ed. São Paulo: Hucitec.

- Mello Filho, J. (1992) *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, E. V. (1999). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Meneses e Rocha, A. A. R. & Trad, L. A. B. (2005) A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 9, p.303-16.
- Mesa-Lago, C. (2007) O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. *Revista de Cultura y Ciencias Sociales*, 41, 115-131.
- Migliore, S. (1993) “Nerves” – The role of metaphor in the cultural framing of experience. *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, 331-360.
- Migliore, S. (1994) Gender, emotion, and physical distress: the sicilian-canadian “nerves” complex. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 18, 271-297.
- Migliore, S. (2001) From illness narratives to social commentary: A Pirandellian approach to “nerves”. *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 100-125.
- Minayo, M.C.S. (1998) *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (1999) *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. Mimeo.
- Mittelmark, M., Puska, P., O’Byrne, D., Tang, K-C. (2005) Health Promotion: A sketch of the landscape In H. Herrman, S. Saxena, R. Moodie (Ed.) *Promoting mental health: concepts, emerging evidences, practice: report of the World Health Organization*. Department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promotion foundation and the University of Melbourne. (p.18-34).
- Morais, M.L.S; Feffermann, M.; Fernandes, M.; Figueiredo, R.; Paula, S.H.B.; Venancio, S.I. (2009) Um estudo avaliativo das ações de saúde mental no estado de São Paulo. *Saúde em Debate*, 33, 112-128.
- Moss, P. & Dick, I. (2003) *Women, body, illness: Space and identity in the everyday lives of women with chronic illness*. Lanham/Maryland: Rowman & Littlefield Pub.,Inc.
- Nichter, M. (2004) The mission within the madness: self-initiated medicalization as expression of agency. In Margareth Lock & Patricia A. Kaufert (ed.) *Pragmatic women and body politics*. Cambridge/UK: Cambridge University Press.
- Nunes, M.; Juca, V. J. & Valentim, C. P. B. (2007) Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*, 23, 2375-2384.
- Oliveira, E.M. & Spiri, W.C. (2006) Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Rev. Saúde Pública*, 40, 727-733.

- Oliveira, I. F. (2005) *A psicologia no sistema de saúde pública: diagnóstico e perspectivas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, I. F.; Dantas; C. M. B.; Costa, A. L. F. ET al. (2004) O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9, 71-89.
- Organização Mundial da Saúde (2000) *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Mimeo.
- Paugam, S. (2008) O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais- uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In B. Sawaia (org.) *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis/RJ: Vozes (pp. 67-86).
- Pereira, C. (1996) A política pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos da Reforma Sanitária Brasileira 1985-1989. *IUPERJ*, 39.
- Phillips, N. & Hardy, C. (2002) *Discourse analysis: Investigating processes of social construction*. Sage University Papers Series on Qualitative Research Methods, vol.50. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pilgrim, D. & Rogers, A. (1999) *A sociology of mental health and illness*. 2a.ed. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Pinel, D. (1997) A loucura dos chilikos In J.Le Goff (org.) *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar (147-156).
- Pinheiro, A. R. de O. & Carvalho, D. B. B. (2008) Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação. *Saúde Soc. São Paulo*, 17, 170-183.
- Pochman, M. (2007) Política social na periferia do capitalismo: a situação recente no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1477-1489.
- Portaria1882/97,
<http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20gm%20n%C2%BA%201882-97%20-%20pab.pdf> (acessado em 31/01/2010).
- Portaria 154/08,
<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/portaria154.2008.pdf>
(acessado em 31/01/2010)
- Ramminger, T. (2006) *Trabalhadores de saúde mental: reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

- Reidpath, D. (2004) Social determinants of health In H. Keleher & B. Murphy (Ed.) *Understanding health – a determinants approach*. New York: Oxford University Press (p.09-22).
- Ribeiro, E.M.; Pires, D.; Blank, V.L.G. (2004) A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saude Publica*, 20, 438-46.
- Rodrigues, J. C. (1999) *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Rodrigues, J.T. (2003) A medicação como única resposta: Uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8, 13-22.
- Rosa, L. C. S. (2006) *O Nordeste na Reforma Psiquiátrica*. Teresina: EDUFPI.
- Rosen, G. (1994) *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec.
- Rozemberg, B. (1994). O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Rev. de Saúde Pública*, 28, 300-308.
- Santos, D.L. & Gerhardt, T.E. (2008) Desigualdades sociais e saúde no Brasil: Produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, 29, 129-136.
- Secretaria Municipal de Saúde/SMS (2007) *(Re)desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal*. Secretaria Municipal de Saúde de Natal. – Natal, RN, 2007. 124 p.
- Selli, L. (2007) Dor e sofrimento na tessitura da vida. *O mundo da saúde*, 31, 297-300.
- Shaw, M., Dorling, D. & Smith, G.D. (2006) Poverty, social exclusion, and minorities In M.Marmot e R. Wilkinson (ed.) *Social determinants of health*. 2a.ed. New York: Oxford University Press.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2004) Health inequalities and the psychosocial environment. *Social Science and Medicine*, 58, 1463-1473
- Silva Júnior, A G. (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Silveira, M. L. (2000) *O nervo cala, o nervo fala: A linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Singer, P. (1998) De dependência em dependência: consentida, tolerada e desejada. *Estudos Avançados*, 12, 119-130.
- Sombini, C. H. A. M. (2009) Saúde mental na atenção básica: uma das possibilidades de construção no município de Campinas (SP). *Cadernos Temáticos CRP SP – NASF – Núcleo de apoio à saúde da família*. São Paulo: CRP SP, p.17-20.
- Sousa, M. F. (2003) *A cor-agem do PSF*. 2ª.ed.rev. São Paulo: Hucitec

- Smith, D. (2005) *Institutional ethnography – A sociology for people*. New York: Altamira Press.
- Spink, M. J. P. (org.) (1999) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M.J.P. & Menegon, V.M. (1999) A pesquisa como prática discursiva: Superando os horrores metodológicos. In M. J. P. Spink (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez (pp. 63-92).
- Starfield, B. (2002) *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco-Ministério da Saúde.
- Stephoe, A. (2006) Psychobiological processes linking socio-economic position with health. In J.Siegrist & M. Marmot (ed.) *Social inequalities in health – new evidence and policy implications*. New York: Oxford University Press (p.101-152).
- Conselho Regional de Medicina/SP (2008) *SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Ed. Atheneu.
- Tanaka, O. Y. & Ribeiro, E.L. (2006) Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, 22, 1845-1853.
- Tesser, C.D. (2006) Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, 9, 61-76.
- Thielen, E. V.; Santos, R. A (2002) Belisário Penna: notas fotobiográficas. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos*, 9.
- Traverso-Yépez, M. & Medeiros, L.F. (2004) Tremendo diante da vida: Um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Interações*, 9, 87-108.
- Traverso-Yépez, M. & Medeiros, L.F. (2005) The complexity of symptoms and meanings involving “nerves” in Brazilian Public Health System. *Qualitative Health Research*, 15, 1231-1243.
- Traverso-Yépez, M. (2005) Ideias e significações que permeiam as práticas de saúde: a perspectiva sobre o atual sistema de atendimento In L.O. Borges (Org.) *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo (pp.109-140).
- Traverso-Yépez, M. A. & Morais, N. A. (2004) Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, 20, 2004 (p.80-88).
- Traverso-Yépez, M. (2008) *A psicologia social e o trabalho em saúde*. Natal/RN: EDUFRN.
- Traverso-Yépez, M. (2009) The difficulties of dealing with social inequities at the Family Health Program in Natal, Brazil. *Critical Public Health*, 19, 193-202.

- Vieira, E.M. (2002) *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
- Vietta, E.P.; Kodato, S. & Furlan, R. (2001) reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 9, 97-103.
- Walker, L., Verins, I., Moodie, R. & Webster, K. (2005) Responding to the social and economic determinants of mental health: A conceptual framework for action In H. Herrman, S. Saxena, R. Moodie (Ed.) *Promoting mental health: concepts, emerging evidences, practice: report of the World Health Organization*. Department of mental health and substance abuse in collaboration with the Victorian health promotion foundation and the University of Melbourne (p.89-106).
- Willig, C. (2001) *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Wilkinson, R. G. (1996) *Unhealthy societies – The afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (ed.) (2003) *Social determinants of health: the solid facts*. Dinamarca: WHO.
- Winefield, H.; Turnbull, D.; Seiboth, C. & Taplin, J. (2007) Evaluating a program of psychological interventions in primary health care: consumer distress, disability and service usage. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31, 264-269.
- Woodward, A. & Kawachi, I. (2000) Why reduce health inequalities. *J. Epidemiol. Community Health*, 54, 923-929.
- Yamamoto, O. H.; Trindade, L. C. B. O.; Oliveira, I. F. (2002) O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicol. USP*, 13, 217-246.
- Zerbe, K. (1999) *Women's mental health in primary care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

ANEXO

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA – TRABALHADORES DE SAÚDE

I. Dados sócio-demográficos

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Função:

Tempo de serviço:

Renda familiar:

II. Informações gerais sobre o cotidiano de trabalho

- Quais as principais atividades desenvolvidas por você aqui no serviço?
- Como é para você trabalhar na Estratégia Saúde da Família?
- Dentre essa, quais as que você mais tem facilidade em realizar?
- E quais as mais difíceis? Por quê?
 - O que você faz diante dessas dificuldades?

III. O que se entende por *nervos*

- Você já ouviu esse termo “*nervos*”, “*doença dos nervos*”, nervosismo?
- Para você, o que vem a ser *nervos*?
 - Em que você se baseia para dizer isso?
- Você tem recebido pacientes com essa queixa?
- Diante de uma pessoa com essa queixa, o que você faz? Como? Por quê?
 - Em que você se baseia quando faz isso?
- Como você acha que a pessoa poderia melhorar desse problema?
- O que você acha que é necessário para possibilitar outras formas de atendimento a essas pessoas? Quais? Por quê?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)