



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RELATÓRIO DE PESQUISA

Aluno: Marcel Power Oliveira
Orientadora: Profa. Dra. Helen Gonçalves

Pelotas, janeiro de 2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DAS
EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Mestrado em

Saúde Pública Baseada em Evidências

Marcel Power de Oliveira

Orientador
Helen Gonçalves

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública baseada Evidências. Área de Concentração: Saúde Pública.

Pelotas, janeiro de 2010.

CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Helen Gonçalves
Presidente da banca – UFPel

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Examinador – UFPEL

Prof. Dr. Juraci Cesar
Examinador – FURG

AGRADECIMENTOS

À Dra. Luciana Anselmi Duarte da Silva, pelas sugestões durante a elaboração do projeto de pesquisa.

À Dra. Andréia Heitrich por ter participado como observadora, nas duas primeiras sessões dos Grupos Focais.

Ao Prof. Dr. Juraci Cesar e a doutoranda Prof. Elaine Thumé por terem avaliado o projeto de pesquisa e colaborado com valiosas sugestões para o aperfeiçoamento deste.

À Profa. Dra. Helen Gonçalves por acreditar no meu trabalho e pela paciência, dedicação, competência e sabedoria que soube conduzir o processo de orientação.

Aos meus pais pelo cuidado e amor que dedicaram a mim e aos meus irmãos.

À Marfiza pelo amor, carinho e compreensão, e por estar ao meu lado.

Às minhas filhas, Taís e Anna Carolina, fontes de motivação e sentido maior de tudo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 TRANSTORNOS MENTAIS NA POPULAÇÃO	10
3 METODOLOGIA.....	12
4 RESULTADOS	19
4.1 Identificação das pessoas em sofrimento psíquico	19
4.2 Categorização do sofrimento psíquico	21
4.3 Outros comportamentos associados à doença mental.....	26
4.3.1 Violência e agressividade	26
4.3.2 Depressão	29
4.3.3 Álcool e outras drogas	32
4.3.4 Sofrimento Psíquico Severo	35
4.4 Sofrimento social associado ao sofrimento psíquico.....	37
4.5 Desconhecimento e saúde da equipe	40
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	45
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
7 NOTA PARA IMPRENSA	56
8 PROJETO DE PESQUISA.....	57
Resumo	60
1. Caracterização do problema e justificativa.....	61
2. Revisão da Literatura.....	64
2.1. Saúde mental: um conceito amplo.....	64
2.3. O enfoque dos estudos	68
2.4. Contexto: ênfase na complexidade do tema e no local.....	74

3. Objetivos.....	75
3.1. Objetivo Geral	75
3.2. Objetivos Específicos:	75
4. Métodos e estratégias de ação	76
5. Resultados e impactos esperados.....	80
6. Riscos e dificuldades	81
7. Cronograma	82
8. Aspectos Éticos	83
9. Orçamento	84
10. Referências Bibliográficas.....	84

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo objetiva investigar a atuação em saúde mental das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul/RS). Dois aspectos são fundamentais para esse objetivo: I) compreender o conceito de sofrimento psíquico para esses profissionais; II) descrever as dificuldades e facilidades vivenciadas cotidianamente pelas equipes em relação aos cuidados dos usuários em sofrimento psíquico. Inicialmente o relatório cumprirá passos metodológicos importantes para a compreensão do leitor sobre o processo de pesquisa.

Os transtornos mentais e comportamentais constituem-se em um relevante problema de saúde pública. Dados estatísticos já revelaram que uma em cada quatro pessoas no mundo, apresentará, de forma contínua ou episódica, algum diagnóstico desse conjunto de enfermidades.¹ Levando-se em consideração a dimensão desses problemas e a necessidade de soluções efetivas, cabe compreender como os serviços de saúde podem garantir acesso aos problemas de saúde mental, com equidade, integralidade e resolubilidade.

A estruturação de uma rede de cuidados básicos em saúde é considerada fundamental para organização do sistema sanitário em diversos países.¹ Atualmente, já não são necessários tantos hospitais e centros especializados para atender as necessidades de saúde da população. Um sistema de saúde eficaz garante o acesso e o atendimento à população necessitada.^{1,2} Acredita-se que a maioria dos problemas em saúde mental também possa ser solucionada nesse nível de assistência, evitando o

encaminhamento para níveis de maior complexidade.¹⁻³ A Atenção Básica, considerando suas características de integralidade e inserção territorial, passa a ser (ou deve ser) o espaço preferencial para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde mental.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 70, tem avaliado que a prescrição e/ou utilização de tecnologia de ponta e de 'superespecializações' na saúde não representam garantia de satisfação das necessidades de saúde das comunidades de diversos países.^{1,4-6} Na saúde mental, a magnitude desse tipo de doença e da impossibilidade dos seus cuidados serem exclusivos a especialistas, fez com que a OMS definisse um conjunto de recomendações para a obtenção de soluções efetivas em nível mundial. Duas dessas recomendações referem-se, especificamente, ao âmbito da Atenção Básica: 1) proporcionar tratamento de transtornos mentais; e 2) organizar ações de saúde mental na comunidade.¹

Nessa perspectiva, Atenção Básica, por se propor a ser local e acessível, deve ofertar condições de atendimento para as múltiplas necessidades em saúde mental, empregando técnicas que permitam as pessoas em sofrimento psíquico adquirir maior autonomia. Junto a isso, especialmente, conquistar a família e trabalhar a comunidade para oferecer os cuidados mais imediatos e básicos as pessoas em sofrimento psíquico.^{1,3,6} Esse arranjo atual iniciou-se com o Movimento de Reforma Psiquiátrica (MRP), que, no Brasil, surge no cerne do Movimento de Reforma Sanitária, na década de 70 (século XX).^{7,8} Conceitos basilares como: universalidade, integralidade, descentralização, participação popular e controle social tornam-se factíveis.⁹⁻¹¹ Entretanto, esses movimentos, por cerca de duas décadas, mantiveram

desenvolvimentos paralelos .^{7,8}

O MRP concentrou esforços para a desconstrução das concepções sobre a *loucura* e o aparato manicomial, até então hegemônicos no modelo sanitário da época ^a. É construída, após muitas discussões e articulações, uma rede de atenção à doença mental grave, em que o dispositivo Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)/Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ganha notoriedade na reorganização da assistência em saúde mental.⁷⁻¹⁰

Foi a partir da constituição do Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente ESF – e da consolidação dos serviços substitutivos em saúde mental (os CAPS) que os impasses, para integração e inserção da saúde mental na Atenção Básica brasileira, começaram a ser superados.

Os princípios e diretrizes do MRP se sedimentam na nova forma de pensar e agir no processo saúde-doença mental, propondo a substituição da concepção de doença pela de existência-sofrimento.^{7,11,12} Nesse âmbito, o processo de desinstitucionalização da saúde mental não se reduz apenas à desospitalização das pessoas em sofrimento psíquico e às mudanças nas estruturas arquitetônicas, físicas e funcionais dos serviços, mas, fundamentalmente, em alterações subjetivas e culturais na forma de conceber e conviver com a *loucura* e com as pessoas em sofrimento psíquico.¹²

Com a expansão da cobertura da ESF e dos serviços da rede substitutiva de saúde mental, o processo de reinserção social das pessoas em sofrimento psíquico ganhou um novo sentido. Esse novo modelo psicossocial, preconizado para os serviços de saúde da Atenção Básica, considera que os fatores biológicos, psíquicos e socioculturais são determinantes do processo

^a . Para a história do Movimento Psiquiátrico no Brasil, ver Tenório (2002); Amarante (1994).

saúde-doença, o que, conseqüentemente, ampliaria o conjunto de intervenções em saúde mental para além da medicalização do sofrimento psíquico. Ou seja, indivíduo e família devem participar ativamente dos cuidados em saúde, assim como os profissionais são responsáveis pelos serviços de saúde. Evidentemente que todo esse aparato está relacionado à prevalência das doenças mentais na população e nos resultados negativos de formas de tratamentos utilizadas há anos.

2 TRANSTORNOS MENTAIS NA POPULAÇÃO

A OMS (2008) estima que 14% da Carga Global de Doenças (DALYs) estejam relacionadas a distúrbios neuropsicológicos, principalmente pela natureza crônica e incapacitante das depressões e outros transtornos mentais comuns, consumo abusivo de álcool/substâncias psicoativas e psicoses^{6,13}. No Brasil, de acordo com Ministério da Saúde, 3% da população apresenta Transtornos Mentais severos e persistentes que necessitam de cuidados contínuos e intensivos. Hoje, essas síndromes estão, preferencialmente, aos cuidados dos CAPS (nos períodos de crise até a reagudização dos sintomas) e da rede compartilhada de atenção à saúde mental (hospitais/serviço de emergência, serviço residencial terapêutico, centros de convivência e ambulatorios). Cabe às equipes da Estratégia da Saúde da Família a responsabilidade de articular e acompanhar o processo de reinserção das pessoas em sofrimento psíquico severo na comunidade após a estabilização e atenuação da crise.

Outros 9% da população brasileira, totalizando 12%, apresentam Transtornos Mentais menores (angústia, depressão). Além desses, de 6% a

9% necessitam de atendimento regular pelos transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas.¹⁴ Estudos epidemiológicos têm demonstrado prevalências entre 12,2% e 48,6% de Transtornos Mentais ao longo da vida.^{16,17} A variação nos percentuais é decorrente do uso de distintas metodologias e faixas etárias, assim como de instrumentos de *screening* ou tipos de diagnósticos.¹⁷

Um estudo de corte-transversal, realizado em amostras representativas, em três capitais brasileiras, encontrou prevalências que variam de 23% a 34% para, ao menos, um diagnóstico de doença mental em adolescentes e adultos.¹⁸ Outros estudos, realizados com a população dos usuários da Atenção Básica de São Paulo e Porto Alegre, verificaram que 50% deles são considerados portadores de distúrbios mentais não psicóticos.^{19,20,21} Em Pelotas, analisando uma amostra populacional representativa (com 20 e 69 anos), a prevalência encontrada de distúrbios menores foi de 28,5%.²² Transtornos Mentais comuns atingem 25% dos usuários atendidos pela ESF, em São Paulo (capital).¹⁶ Em Santa Cruz (RS), a prevalência de Transtornos do Humor, Ansiedade e Somatização na população igualmente atendida pela ESF, foi de 38%.¹⁷ Estudos específicos sobre os cuidados de saúde mental nas ESF são escassos e insuficientes para se conhecer e compreender os diferentes estilos efetivos de cuidar.²³ Em parte, essas dificuldades se dão pela diversidade regional e cultural no país, e pela necessidade recente de verificar se a busca e o tratamento de saúde mental disponível nas Unidades de Saúde da Família trouxeram resultados positivos.

A avaliação dos cuidados de saúde mental nas ESF no país é ainda bastante recente. Uma parte desses estudos, devido à complexidade dos elementos envolvidos, utilizou a abordagem qualitativa para a coleta e análise

dos dados. Em geral, há semelhanças entre os achados dessas pesquisas. Os problemas apontados por eles dizem respeito às dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental propugnadas pelo Ministério da Saúde brasileiro e as práticas dos serviços de saúde (especialmente das Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Estratégia da Família)^b .⁹

O redimensionamento da organização do trabalho, proposto pelas ESF, tenta superar a lógica antes tradicional da saúde pública, diminuindo a hierarquia e a fragmentação dos serviços e dando garantias de acessibilidade à saúde²⁴, trabalho em equipe multi/interdisciplinar, como deve ser o das ESF, é considerado um importante pressuposto para reorganização do processo de trabalho e uma abordagem integral-resolutiva para saúde.²⁵

Alguns estudos têm evidenciado que as práticas desenvolvidas pelos profissionais estão predominantemente centradas na doença, não demonstrando mudanças no modelo biomédico tradicional; mudam-se os locais e as denominações, mas não se incrementam dispositivos para a resolução dos problemas de saúde da comunidade.^{26,27}

3 METODOLOGIA

O estudo dos cuidados de saúde mental nas unidades de ESF envolve elementos complexos, que podem ser captados com uma perspectiva de pesquisa que possa compreender as (inter)subjetividades das relações e das

^b Destacam-se, entre outros, ainda a(s): verticalização nas relações entre profissionais e nos níveis de atenção à saúde; normatividade dos programas e dificuldades dos profissionais em lidar com a subjetividade dos usuários; ausência ou ineficácia dos serviços de referência; medicalização; dificuldades dos profissionais em dialogar e questionar as práticas instituídas e trabalhar em equipe; pouca familiarização dos profissionais com o sofrimento psíquico e, em paralelo, capacitação insuficiente^{9,24,26-29}.

atuações em saúde. Este estudo é fruto de uma investigação de caráter qualitativo, com uso de grupos focais (GF), realizada com os profissionais das equipes ESF de três regiões da cidade de Pelotas (RS).

Em um GF é possível identificar percepções, sentimentos, atitudes e sentimentos dos participantes em relação a um determinado tema, atividade ou resultado.^{30,31} O GF possibilita um fluxo conversacional entre os participantes e o pesquisador, favorecendo trocas dialógicas que são fundamentais para o conhecimento dos processos interacionais e práticas discursivas.³⁰⁻³² Ele proporciona ao pesquisador a apreensão não só 'do que' pensam os participantes, mas também 'por que' e 'como' pensam. Essa interação grupal oportuniza a observação e compreensão de controvérsias, acordos, problemas que surgem na prática profissional.

O município de Pelotas possui uma população de 343.000 habitantes e conta com 50 UBS.³³ Destas UBS, 43 estão sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e 18 são UBS com ESF, totalizando 29 equipes (com distintos profissionais) atuantes na cidade. A assistência em saúde mental foi regionalizada em Pelotas, em 2001, através da divisão do município em seis distritos sanitários. Em cada distrito há um CAPS responsável pela cobertura da população adstrita, articulação e ordenamento da rede de atenção em saúde mental (0,2 CAPS/10.000 habitantes). Desde a regionalização da saúde mental, o município passou a contar com sete CAPS e com a implantação do trabalho de saúde mental volante nas 50 USF e Tradicional. As atividades de saúde mental realizadas na Atenção Básica à saúde foram, inicialmente, bastante diversificadas e abrangiam desde a oferta de consultas com especialistas no interior das unidades até o trabalho de apoio matricial às suas

equipes pelos profissionais dos CAPS. Não havia, porém, uma uniformização das atividades oferecidas e dos modos de trabalhar; estes se moldavam conforme os modelos e preferências dos profissionais dos CAPS e das UBS. Essa forma de trabalho foi extinta em 2006. Embora a cobertura de ESF esteja progressivamente se ampliando, isso não significa, necessariamente, uma melhor prevenção e assistência na área de saúde mental local. Considerando esses aspectos, algumas equipes da ESF foram selecionadas para emitirem suas experiências, facilidades e dificuldades frente aos problemas de saúde mental detectados na comunidade.

Os GF foram realizados com sete equipes de ESF. Os critérios adotados para a inclusão dessas equipes consideraram as características do processo de trabalho requeridas nas ESF (cuidado longitudinal, construção de vínculo, conhecimento do território e trabalho interdisciplinar). Dois principais parâmetros foram empregados para seleção das equipes ESF abordadas, quais sejam: 1) trabalhar há dois ou mais anos na USF, pois isso pressupõe que as primeiras barreiras para conhecimento da comunidade tenham sido transpostas e 2) ter, ao longo desse período, um menor número de substituição de profissionais atuando na comunidade. As equipes Unidades de Saúde da Família incluídas neste estudo se localizam, exclusivamente, na área urbana.

A Tabela 1 sintetiza o número de pessoas, a composição e o tempo de atuação conjunta desses profissionais enquanto equipes. A diversidade de categorias profissionais contempladas nas ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) é uma das principais características do processo de trabalho em equipe interdisciplinar.^{9,24} Essa heterogeneidade de saberes e de profissionais visa à construção de

entendimentos e práticas mais contextualizadas e participativas, cujos sistemas formais de hierarquizações profissionais tradicionais tendem a perder força, pela busca constante de aprimoramento e consenso. No entanto, o tema nos grupos não se centrou na competência técnica de cada profissional. Nesse sentido, o eixo de discussão concentrou-se na percepção da doença mental nos diferentes âmbitos em que a equipe trabalha – procurando desconfigurar as hierarquias que se vinculam à maior escolaridade ou ao tipo de função, por exemplo.

Um guia de temas e de questões imprescindíveis que deveriam ser respondidas e discutidas pelos sujeitos do estudo foi elaborado. Posteriormente, as questões foram abordadas com os participantes, de acordo com as regras técnicas recomendadas para o desenvolvimento dos GF³⁰⁻³².

Os temas tratados nas discussões dos grupos contemplaram os seguintes tópicos:

- Identificação do sofrimento psíquico;
- formas e dificuldades de atuação com os usuários com sofrimento psíquico;
- acolhimento e cuidados dispensados ao portador de transtorno mental na USF;
- responsabilidades sobre os cuidados dos portadores de transtornos mentais.

A partir destas categorias teóricas gerais, que contemplam os objetivos dessa investigação, emergiram nos GFs aquelas categorias temáticas utilizadas pelos profissionais para descrever, classificar e abordar o sofrimento

psíquico, quais sejam: I) Identificação das pessoas em sofrimento psíquico; II) Categorização das pessoas em sofrimento psíquico; III) Violência e agressividade; IV) Depressão; V) Álcool e outras drogas; VI) Sofrimento Psíquico Severo; VII) Sofrimento social associado ao sofrimento psíquico e VIII) Desconhecimento e saúde da equipe.

No desenvolvimento destas categorias temáticas analisadas, os depoimentos dos profissionais foram selecionados e ganham destaques no texto por sintetizarem e evidenciarem o entendimento das equipes sobre determinado aspecto do sofrimento psíquico na Atenção Básica.

Todas as entrevistas ocorreram nas salas de reuniões das respectivas USF onde as equipes trabalham. A escolha do local de desenvolvimento dos GFs foi definida pelo desejo das equipes; locais alternativos foram sugeridos.

Seis profissionais não se fizeram presentes nos grupos, por diferentes razões, e foram entrevistados posteriormente (entrevistas individuais semi-estruturadas). Esse material não foi utilizado nesse relatório, visto que utilizou outra abordagem técnico-metodológica sobre o tema. Todo o material foi gravado e, posteriormente, transcrito e analisado.

Tabela 1. Composição das equipes ESF e tempo médio de atuação conjunta. Pelotas (RS), 2008.

Unidade	Nº de profissionais	Composição da Equipe	Tempo de Trabalho Conjunto
A	1 1 1 4	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
B	1 1 1 3	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
C	1 1 1 3	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
D	1 1 1 3	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	4 anos
E	1 1 1 4	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
F	1 1 1 4	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	4 anos
G	1 1 1 4	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	4 anos

A equipe identificada com a letra C (Tabela 1) foi substituída por outra, devido ao desligamento de três profissionais destas ESF após a elaboração deste projeto. Pelas perdas ocorridas, a equipe passou a não preencher os critérios de inclusão elaborados anteriormente. Uma nova equipe, de uma área

próxima e com características populacionais similares à anterior, cujos critérios estabelecidos se adequavam, foi convidada e aceitou participar do estudo.

Unidade	Nº de profissionais	Composição da Equipe	Tempo de Trabalho Conjunto
C (nova equipe)	1 1 1 3	Médico Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos

O tempo médio de atuação em conjunto dos profissionais e de implantação desta equipe perfaz cinco anos. Ela tem composição idêntica à anterior e é representada pela mesma letra.

Nas análises, procurou-se destacar parte da complexidade e o sentido das palavras, expressões e ações que invariavelmente estão sobrepostas. O tratamento dado aos depoimentos colhidos nos grupos privilegiou a interpretação do contexto, das razões e das lógicas das falas³⁴

As análises consideraram as categorias analíticas, que constavam no roteiro e foram estimuladas nos grupos. Para o tratamento dos dados, os passos seguidos foram: (a) leitura compreensiva dos depoimentos, considerando uma visão de conjunto e identificação das particularidades; (b) categorização dos elementos presentes nos depoimentos; (c) identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de significados; (e) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo e dados empíricos; e, por fim, (f) diálogo das idéias problematizadas com estudos e bibliografia sobre a temática.

A execução do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas. Toda e qualquer informação que pudesse levar à identificação dos participantes foi omitida ao longo das descrições e análise dos dados. Os nomes dos participantes e equipes foram mantidos em sigilo, utilizando-se a primeira letra para identificar as equipes, e a segunda, o profissional, sem que esta correspondesse à abreviatura do nome do profissional.

4 RESULTADOS

4.1 Identificação das pessoas em sofrimento psíquico

Os profissionais referem identificar facilmente quais são os indicadores do sofrimento psíquico nos indivíduos de sua comunidade. Nesse processo, surgem as dificuldades nas equipes para formular hipóteses diagnósticas e traçar estratégias frente aos problemas que são considerados como de *doença mental*.

As referências dos profissionais das equipes do que é uma *doença mental* ou um sofrimento psíquico abarcam categorias que estão relacionadas conjuntamente à dimensão popular (conhecimento construído socialmente, senso comum) e psiquiátrica (conhecimento científico). Ambas as referências se mesclam em depoimentos e, conseqüentemente, nas identificações dos problemas, etiologia e consequência das doenças mentais. O quadro abaixo (Quadro 1) demonstra, de modo bastante resumido, algumas das categorias relativas ao reconhecimento do que é uma doença ou doente mental de acordo com profissionais contatados. São expressões usadas para designar as pessoas em sofrimento psíquico reconhecidas na comunidade e no serviço de

saúde.

Quadro 1. Categorias utilizadas pelas equipes de saúde da família para especificar o que são as Pessoas em Sofrimento Psíquico. Pelotas (RS), 2008-9.

CATEGORIA PSIQUIÁTRICA	CATEGORIA POPULAR
Estressados	Agressivos
Doentes mentais	Barraqueiros, xingam
Retardados mentais	Precisam ser internados (antissociais)
(em) Sofrimento mental	Problema do CAPS
(com) Transtorno mental	(com) Problema mental
Antissociais	Cheiram a cocô e a xixi
(com) Ansiedade, angústia	Agitados, gritam
Psicóticos, (em) surto psicótico	Isolados
Em risco de suicídio	Interditados
Usuário de drogas, de crack	Tomam Diazepam
Esquizofrênicos, Paranóicos	Loucos, enlouquecem, malucos
Histéricos	Assustam (o pessoal)
Hipocondríacos	Desorientados, fora da casinha
Alcoolistas	Nervosos, sofrem dos nervos
(com) Transtorno Bipolar	Terríveis
Depressivos	Pacientes especiais
(com) Depressão Neurótica	Mal-educados
(com) Síndrome do Pânico	Em parafuso
Paciente Psiquiátrico	Criaturas agressivas

Os nomes destacados acima retratam como diferentes percepções e interpretações sobre o sofrimento psíquico podem coexistir com distintos referenciais teóricos no serviço (profissional) de saúde da Atenção Básica.

Essa multiplicidade nas formas de nomear, descrever e atribuir sentidos ao sofrimento psíquico demonstra a complexidade do processo saúde/doença, englobando aspectos da(o): etiologia, fisiopatologia, grau de gravidade e curso da enfermidade, diagnóstico e tratamento, especialmente, desse grupo. Segundo alguns autores, isso explicaria a coexistência e sobreposição de diferentes modelos de tratamento e cuidados de saúde em uma mesma sociedade, em uma mesma instituição ^{35,36}.

Os depoimentos das equipes pontuam um conhecimento e um compartilhar de códigos de alerta para o que são *problemas mentais*, que serão escritos e analisados no decorrer deste trabalho. Todavia, em muitos momentos, essas equipes reafirmavam a possibilidade da existência de indivíduos totalmente 'normais', diferentemente do que muitos autores clássicos já postularam, tais como Freud, Canguilhem e Goffman. Nesse sentido, a diferenciação entre o eu (sadio) e o outro (doente) pode ter sido um atributo identitário para as equipes. Colocar-se, enquanto profissional, frente ao doente é demarcar diferenças e saber usá-las para os devidos propósitos.

4.2 Categorização do sofrimento psíquico

Na categoria popular, sobressaem-se signos referidos à agressividade e violência contra os outros, isolamento social e comportamento destoante da norma coletivamente constituída de forma hegemônica. Houve, inicialmente, uma associação das doenças mentais a comportamentos não convencionais e repudiados socialmente, divergentes das regras de boas maneiras com o grupo de convívio ou estranhos. A história da loucura, narrada por Foucault (*A História da Loucura na Idade Clássica*, 1997)³⁷, já mostrava como os

desviantes e descontrolados (os “perigosos”) foram enquadrados e asilados para além do conceito de *louco*. A visão generalizada de comportamentos questionáveis é um forte componente para a institucionalização, nesse caso não asilar, das pessoas em sofrimento psíquico. Ser reconhecido como alguém diferente e não querido pode levar ao revés do que o MRP tornou legítimo.

Elas são, são umas criaturas agressivas. O pessoal tem medo delas, porque elas atiram pedra. Mas, logo ali alguém vai enquadrar... Mas aí tu conheces o pai e tu vê que... Isso é doença mental e é familiar... Aqui tem bastante! (Eq. F I)

Eles são todos doentes, um é drogado, outro é alcoólatra, os outros estão sempre no sanatório e saindo, quando a mãe deles era viva, para entrar ela trancava todo mundo, tinha que entrar pelos fundos (...) porque eram agressivos. (Eq. A A)

Observou-se que os profissionais, por identificarem ou reconhecerem as PSP (Pessoas em Sofrimento Psíquico) usando termos populares, têm um diálogo facilitado com a comunidade e, assim, certo controle sobre o comportamento dos seus membros na sua área de abrangência. Entretanto, conforme o tipo de atuação, essa prática poderá fortalecer visões errôneas e discriminatórias sobre a doença mental e as pessoas em sofrimento psíquico, dificultando o processo de reinserção social desse grupo. Jucá (2007) e Rudinesco (1999) assinalam que, atualmente, o vocabulário da psicologia, psicanálise e psiquiatria tornou-se banal, não correspondendo mais às suas definições técnicas^{29,38}. Passou a ser culturalmente aceito e usável, “um corpo de crenças e conhecimentos” comuns (GEERTZ, 2007,p.114).

Sabe-se que a codificação psiquiátrica (nosológica) dos transtornos

mentais é uma das formas de representação dos padrões de normalidade construídos socialmente ao longo de décadas. Portanto, conceitos populares e biomédicos são mutuamente influenciados. Reconhecer e tratar manifestações de doença mental ou sofrimento psíquico, em nível comunitário, baseadas nessas categorias, mesmo que de uso particular, podem não favorecer os propósitos impostos aos serviços que atendem usuários com sofrimento psíquico. As narrativas que se seguem ainda exemplificam o não distanciamento dos profissionais no modo de avaliar o contexto, ou o fato e as condições dos usuários.

Ela era barraqueira, uma vez ela veio aqui, quebrou a porta, invadiu o posto... ameaçou, queria dar, tudo por causa de um encaminhamento, era tudo aquilo mesmo. (Eq A C)

(...) um paciente completamente surtado, eles [CAPS e Hospital Psiquiátrico] não conseguem colocar ela no lugar, daí querem que a gente coloque. (Eq C E)

Chegou ali [USF] chorou, está com sintomas de depressão, já taca-lhe um remédio para tomar, a pessoa sai comprando, vem pega uma, pega duas, pega três, pega um ano... (Eq F A)

A detecção de um problema de saúde mental, quando ocorrem mudanças nos hábitos cotidianos dos usuários e são percebidas por alguém da equipe, pode ser, especialmente em casos já identificados com *problemas mentais*, uma evidência do agravamento ou recrudescimento da doença. Assim como outros, tal indicador nem sempre é considerado como algo a ser trabalhado pela equipe ou de responsabilidade dela. E, de fato, pode não o ser.

Todavia, uma atuação posterior poderá inviabilizar o trabalho de prevenção e resolução de problemas. A observação das alterações nas atividades diárias é mencionada como uma tarefa fácil pelos membros das equipes que fazem as visitas domiciliares (ou passeios pelas ruas).

Se eu vejo a pessoa passeando, caminhando, fazendo o seu normal (...) tá bem. Agora se aquela pessoa parou de conversar com o vizinho, parou de sair, passou por mim e não me cumprimentou, não falou nada - alguma coisa, tá errada (...) daí tem um problema. (Eq AC)

Qualquer modificação do quadro que vem vindo assim, sei lá... Ela sabe que a Dona Gilce tem uma depressão, mas se ela acha que a Dona Gilce começa a afundar, ela vai dizer: – Olha, aquela Dona Gilce te lembra, assim, assim. Pois é, tem que dar um jeito nela porque ela tá afundando. Entendessee? Alguma mudança [identificada]. (Eq A B)

A identificação desses sinais dá-se, basicamente, quando as profissionais que fazem visitas às famílias interagem bem com a comunidade (observando, inquirindo, avaliando) ou quando há a procura de ajuda ou medicamentos no serviço das próprias pessoas em sofrimento psíquico ou parentes. Todavia, isso não significa que as alterações sejam avaliadas técnica e corretamente. Elas são percebidas de acordo com uma escala subjetiva de gravidade e, em geral, comum ao restante da equipe. Avaliar a gravidade de um comportamento ou da própria doença mental depende, entre outros fatores, do conhecimento sobre a história aprofundada do indivíduo e da sua família. Aqueles indivíduos que possuem diagnóstico de algum quadro clínico psiquiátrico, considerado preocupante, são sempre potenciais recidivantes. Para as equipes, as doenças mentais consideradas severas e persistentes são

produtos da mescla ou do predomínio da predisposição biológica hereditária (ou não) e das parcas condições de vida da população. Com essa origem, crises e comportamentos inaceitáveis (como falta de higiene) seriam mais explicáveis do que aceitáveis. Para as equipes, os casos de origem familiar, de modo variado, são incuráveis e/ou de difícil resposta a intervenções ou atuações pontuais. Essa visão da doença mental afeta a forma como ela será atendida na Unidade Básica.

É mãe de cinco filhos. Todos eles têm doença mental, sendo que ela é a mais coordenada, mas agora entrou em surto, daí a mãe estava doente e os filhos, não nos deixavam entrar. [A profissional] Teve que ir junto para que nós conseguíssemos entrar. Eles são todos diabéticos, todos hipertensos, todos com obesidade mórbida, são sujos, muito sujos, tinha cocô na parede, tinha gato por tudo que era lado, tinha rato, os móveis estavam na rua, todos estragados. (Eq A B)

Pra ti ver como essas coisas não adianta, vêm na família e se manifesta. Agora eu fiquei impressionada assim que em seis filhos quatro... têm doença mental... (Eq F I)

(...) muitas vezes os vizinhos (...) me atacam e falam: O seu fulano tá ruim, tá brigando, tá xingando. Tem um lá (...) agora tá lá todo encerrado. A médica foi lá, deu medicação, tava entrando em depressão. (Eq BB)

Ao compor e comparar as trajetórias familiares, a equipe estabelece parâmetros de 'anormalidade' na comunidade. Esses, por sua vez, não costumam ser questionados e revistos, passam, portanto, a ser naturalizados, e os usuários tratados com certo 'amadorismo' e conformismo terapêutico. Nas discussões dos GF ficou claro que a depressão e o isolamento subsequente

foram referidos, quase sempre, como uma opção e um problema individual. Assim sendo, a sociedade se isenta de suas responsabilidades, e a equipe, de propor alternativas de abordagens que promovam e viabilizem a efetiva inserção social das pessoas em sofrimento psíquico ⁴⁰. A medicalização do sofrimento psíquico, em alguns casos, também pode ser uma consequência dessa concepção? No exemplo acima, a depressão mencionada/diagnosticada pode não ser a doença depressão? Pode-se até questionar a avaliação do profissional, mas diante da visão predominante do sofrimento psíquico, a atuação tende a ser restrita e apenas curativa.

4.3 Outros comportamentos associados à doença mental

4.3.1 Violência e agressividade

Teoricamente, a agressão e/ou a violência pode estar voltada para a própria pessoa de forma consciente ou inconsciente, pode ainda manifestar-se como um acidente aparentemente involuntário ou estar direcionada a outra pessoa, com intenção de prejudicá-la⁴¹. Diversas perspectivas teóricas procuram explicar as supostas fontes de agressividade humana (instintos, impulsos, condições socioambientais, aprendizado social), mas muito pouco se sabe sobre a relação entre o curso da doença mental e a agressão. Todavia, estudos mostraram que a descompensação episódica (agressão/violência ocasional) pode ser facilitada pela ingestão exagerada de álcool⁴². Esses comportamentos – quando não doentes – não são particulares àqueles que possuem problemas mentais. Entretanto, com um histórico de práticas curativas de isolamento, segregação e confinamento dos doentes mentais, não

é surpreendente que esses comportamentos sejam identificados de tal forma e atribuídos a essas pessoas.

O medo e a periculosidade dos doentes mentais referidos por alguns profissionais reforçam o despreparo para lidar com o sofrimento psíquico. A perda de controle, o desabafo e as agressões ou a violência ocorridos em Unidades de Saúdes fazem com que esses comportamentos sejam cooptados ao descontrole não só episódico, portanto, doentio, anormal, não saudável. O descompasso entre as regras de bom convívio e a expressão 'descontrolada' dos sentimentos (ex.: raiva e agressão física ou verbal), leva a equipe a categorizar os indivíduos de acordo com as concepções vigentes no imaginário e suas experiências. O medo dos comportamentos 'agressivos' das pessoas em sofrimento psíquico intenso poderá manter uma distância intransponível entre equipe e estas pessoas, reforçando apenas a função curativa em saúde mental da ESF. Outra consequência dessa constatação pode ser positiva (ou falsamente positiva) para as pessoas em sofrimento psíquico. O depoimento abaixo ilustra essa idéia.

A doença do José faz com que ele não possa esperar numa sala de espera porque ele se irrita e aí ele, ele fica agressivo verbalmente com as pessoas, isso é da doença dele (...) Ele se irrita, ele xinga as pessoas, ele fica alterado, só que ninguém sabe lidar com isso... Hoje em dia, por exemplo, como eu já sei disso, eu vejo ele lá, [aí] eu passo ele na frente de todo mundo (Eq FC)

Fora das Unidades, quando a violência é percebida na família, aguça – entre os profissionais – o sentimento de impotência e incapacidade curativa ou resolutiva da equipe, razão pela qual muitos profissionais veem esse aspecto

como um dos principais fatores que dificulta a proximidade e a abordagem da equipe. O ‘desamparo’ institucional, no sentido gramatical do termo, mencionado pelas equipes, reforça a incapacidade e inatividade. Segundo os entrevistados, suas experiências com os gestores (como a Secretaria de Saúde do município) demonstram que as possibilidades de resolução, nesses casos, são de mau prognóstico. Além dos gestores de saúde, as instituições sociais e legais não dão suporte às equipes (como aconselhamento, orientação, encaminhamento e acesso), fazendo com que o discurso de *nada a fazer* e sua prática se mantenham por repetidos anos.

Os desconfortos dos profissionais relacionam-se à imprevisibilidade dos “doentes mentais”, dos quais é esperado descontrole emocional, intolerância à frustração e a conseqüente dificuldade de obedecer a normas de convívio social. Nesse sentido, a ‘loucura’ é, historicamente, notada pelo próprio estranhamento do outro (BARROS, 2007). Estudos apontam que fatores desencadeantes da violência ou ameaças de violência por parte do PSP têm revelado aspectos contextuais (internações involuntárias) e interpessoais (confrontação, reações hostis, recriminações) ⁴³.

Cabe, aqui, questionar até que ponto essas manifestações eventuais de agressividade e violência das pessoas em sofrimento psíquico, referidas pelos profissionais, não se constituem, na maioria das vezes, em comportamentos reativos às agressões e violências sofridas. Nesse sentido, Nunes e Torrenté (2009) ressaltaram que o estigma relacionado as pessoas em sofrimento psíquico se justifica pela pressuposta periculosidade desses indivíduos⁴³. Mas sabe-se que muitos atos de extrema agressão e violência têm sido perpetrados por pessoas sem nenhuma doença mental, como

mencionado anteriormente. A pessoa que sofre de doença mental tem mais chances de ser vítima de diferentes tipos de violência do que pessoas sem nenhuma forma reconhecível de transtorno mental⁴⁴.

Nunes e Torrentes (2009) entrevistaram usuários e familiares de usuários de cinco CAPS situados na Bahia e Sergipe, entre 2006-2007, e analisaram o processo de estigmatização e as violências sofridas pelos PSP. Um tipo de violência preocupante, desvelada na pesquisa, foi a institucional. Ela se caracterizaria pela discriminação que o próprio setor saúde frequentemente manifestou frente as pessoas em sofrimento psíquico intenso. Os relatos apontaram situações em que os indivíduos em sofrimento psíquico foram ignorados, negligenciados, destratados; tiveram os cuidados em saúde recusados, acarretando algumas piores e mortes evitáveis. Outro achado importante mostrou que a distância e a repulsa sentida pela equipe estão mascaradas pelo eufemismo da falta de capacitação para lidar com a doença mental⁴³. Em Pelotas, também foram pontuadas dificuldades na aproximação do profissional com pessoas em sofrimento psíquico. Muitas pessoas em sofrimento psíquico, segundo os relatos nos GF de Pelotas, só são atendidos se os familiares se mostrarem participativos e insistentes, ou, ainda, quando o grau de gravidade da doença 'física' torna-se muito evidente ao público leigo, requerendo da equipe uma intervenção imediata.

4.3.2 Depressão

A depressão é uma patologia que comporta um amplo espectro de alterações psíquicas, que variam em intensidade: de leves a graves e de episódicas a persistentes^{1,41}. Os principais sintomas clínicos que caracterizam

a depressão, segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10)⁴⁵, são: tristeza persistente, diminuição da energia, perda do interesse em realizar as atividades habituais, diminuição da auto-estima e confiança, sentimentos injustificados de culpa, idéias de morte, suicídio, diminuição da concentração e perturbação do sono e apetite.

Critérios diagnósticos padronizados, como DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ⁴⁶ e CID 10⁴⁵, têm sido criticados por apresentarem um amplo leque de descritores que não possibilitam fazer muitas vezes diferenciações das flutuações normais do humor, de depressão clínica. Dessa forma, alguns indivíduos podem apresentar depressões clínicas, sem preencher os critérios apontados por esses referenciais⁴⁷⁻⁴⁹.

Estudos populacionais que avaliam a prevalência de depressão no último ano, em diversos países ocidentais, demonstram que ela pode variar de 3% a 11%^{1,47,49}. A depressão tende a afetar adultos jovens, mulheres e pessoas com menores níveis de escolaridade e renda, e está associada à maior utilização dos serviços de saúde, a incapacidade para o trabalho e prejuízo social ^{1,47,49}. Os quadros depressivos são subdiagnosticados e subtratados no âmbito da atenção primária ^{47,48}. Calcula-se que de 30% a 50% de casos de depressão não são diagnosticados⁴⁹. Os profissionais da Atenção Básica têm pouca familiaridade com o universo da saúde mental, possuem demanda superior à capacidade de atendimento, e tendem a reconhecer apenas os sintomas físicos da depressão ⁴⁹. A depressão é referida como um sintoma ou doença bastante frequente nas áreas com ESF.

Em Pelotas, nos GF, os profissionais relataram um número grande de casos de depressão na comunidade. Em geral, eles apresentavam uma

ampliação tão significativa do conceito que englobariam todas as formas de sofrimento psíquico na depressão: *Todos aqui têm algum tipo de depressão mental (Eq CA)*. Nesse sentido, ela pode ser vista com ‘imprecisão e ampliação diagnóstica’, impedindo que a equipe possa compreender a complexidade de cada caso e dispensar o cuidado necessário a cada usuário. A prática de generalização de diagnósticos aponta também para o risco de padronização das respostas da equipe e de prescrições de medicamentos para os mais diversos problemas da ‘vida’ cotidiana. Essa prática se firma no contexto em que a depressão se tornou a epidemia da modernidade ³⁸.

Os profissionais identificam a depressão através de sinais, de mudança nos hábitos dos usuários, de mudanças no humor, isolamento social, tristeza, irritabilidade, idéias de morte e remorso. Nos casos em que a depressão apresenta-se associada ao sofrimento social, os profissionais, em geral, conferem alguma atenção mais longa de escuta, possibilitando ab-reação das angústias dos usuários. Contudo, as atuações terapêuticas comuns da equipe para estes casos centram-se na medicalização do sofrimento e/ou no encaminhamento para o CAPS, como forma de repasse do problema (de um serviço a outro), sem expectativas de melhoras. Os ‘depressivos’ são avaliados como aqueles que tomam o tempo de trabalho requerendo uma escuta afetuosa dos profissionais, algo nem sempre possível.

É eu tenho uma senhora, ela vive sozinha em depressão constante: a dona Marcela. (...) Ela absorve os problemas de toda a família.(...) Ela vive naquela constante depressão (...) Ela se queixa de tudo. Eu sei que não tenho que ouvir aquilo tudo, mas ela me considera como se fosse parte da família dela. (Eq A C)

Eles usam a gente para desabafar, para pedir orientação. Mas o que a gente pode fazer. Contam toda aquela história de ponta a ponta, a gente ouve. O que a gente pode fazer é passar para a médica. A doutora também não tem preparo, não é área dela. Não temos muito que fazer. A gente orienta os caminhos que levam para o CAPS, para o pronto atendimento do sanatório. (Eq EC)

Jucá *et al.* (2007) observaram que a depressão foi um dos protótipos mais destacados pelos profissionais de quatro Unidades com ESF de Salvador (Bahia). Para esses autores, o imenso destaque dado à depressão, na mídia, contribui para a proliferação da identificação de novos casos dessa doença entre leigos e profissionais²⁹.

4.3.3 Álcool e outras drogas

Os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas também foram apontados, pelos profissionais contatados como um importante problema de saúde na comunidade. Todavia, não significa o desenvolvimento de atividades para combater ou minimizar o problema.

A designação própria da psiquiatria para o alcoolismo e a drogadição demarca que ambos os comportamentos se desenvolvem gradualmente ao longo dos anos, pelo uso abusivo dessas substâncias, levando à condição de dependência física e psíquica^{1,41}. Nas equipes ESF estudadas em Pelotas, as explicações sobre esse problema consideraram como fator desencadeante as poucas oportunidades das camadas populares para a ascensão econômica.

Sendo assim, em parte, beber ou se drogar pode ser um comportamento compreensível e justificável, diferentemente de um surto psicótico. A fraqueza moral diante das dificuldades na vida direciona as equipes a um tipo de compreensão, mas não necessariamente de atuação. O limite entre entender e fazer é bastante tênue e contextual. Questionamentos como, seria o uso abusivo de álcool e/ou drogas causa ou consequência de problemas emocionais ou uma opção dos indivíduos, têm, nas Unidades ESF investigadas no município, apenas alimentado e salientado as impossibilidades e o desconhecimento das equipes sobre o tema.

Porque o alcoolismo é muuuuuito complicado, muuuuuito muito complicado da gente mexer, a drogadição é muito complicado (Eq A B).

E a gente pensa que é pura malandragem. A idéia inicial que se tem é essa: pura malandragem; não querem trabalhar... Mas daí é um conjunto. Não tem comida, não tem sei lá, nada que incentive, que estimule, não tem! (Eq D B).

Como já salientado, as concepções de ordem moral sobre os comportamentos aditivos atuam frequentemente na prática profissional. Usuários de drogas e/ou álcool são identificados como se possuíssem algum tipo de fraqueza moral, como demonstra uma das participantes:

É uma coisa que ninguém se orgulha... Dizer que é hipertenso, é uma coisa que tu não tem, né. Eu sou hipertenso porque Deus quis assim! Agora eu sou drogadito... Eu uso droga porque Deus quis? Não! [É] porque eu quero! (Eq AD)

Nos últimos dois séculos, tem havido embate entre duas posições

antagônicas, acerca do alcoolismo e as drogadições. Por um lado, uma concepção moral do fenômeno e, por outro, uma concepção médica que o classifica como doença⁵⁰. Jucá (2007) constatou, em seu estudo, que o alcoolismo e o uso de drogas não ganharam destaque como problemas de saúde mental nas comunidades, embora em relatos a ocorrência fosse significativa. Nas equipes de ESF em Pelotas, os transtornos aditivos foram elencados e considerados problemas decorrentes da fraqueza humana.

Os danos sociais e a saúde, relacionados ao álcool e a outras drogas, em geral, só encontram acolhida no setor saúde quando já são graves, tornando as intervenções menos eficazes⁴². Dados do Ministério da Saúde do Brasil apontam que um quarto do total de internações realizadas em hospitais psiquiátricos é decorrente de transtornos ligados ao consumo de álcool⁴².

A OMS (2001) tem recomendado que os profissionais da Atenção Básica identifiquem e tratem os episódios agudos de intoxicação e abstinência de álcool e outras drogas, bem como façam aconselhamentos breves e tratem dos problemas clínicos comórbidos. Fornecer orientação às famílias sobre outras bases de vínculos possíveis e encaminhamentos é uma indicação importante dessa instituição¹.

Nessa linha, o Programa de Redução de Danos de Pelotas propôs e elaborou em conjunto com algumas ESF direcionados aos problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, durante 2008-09. As equipes de ESF que aderiram a esta proposta desenvolveram ações pontuais em seus territórios. Das sete equipes que compuseram a presente pesquisa, apenas quatro aceitaram participar dessa atividade. As demais alegaram falta de tempo e/ou referiram que problemas relacionados ao uso de drogas não são

de sua competência.

As equipes que participaram do projeto, elaboraram nas oficinas do referido Programa, cartazes de orientação e recomendações sobre o consumo prejudicial de álcool e outras drogas, na expectativa de que essa iniciativa reduzisse as intoxicações agudas, a violência, o sexo sem proteção – todos esses fatores associados ao uso destas substâncias. Algumas equipes realizaram palestras informativas a adolescentes escolares moradores nos bairros das suas respectivas Unidades. A integração e o trabalho conjunto das equipes de ESF com o Programa de Redução de Danos, se forem periódicas, propiciariam aos profissionais das Unidades a trabalhar os preconceitos a respeito do uso de drogas e identificar dependências, e relações com essas substâncias. Assim como, aprender a abordar/reconhecer e tratar o problema do uso e do abuso de álcool e outras drogas.

4.3.4 Sofrimento Psíquico Severo

O sofrimento psíquico severo e persistente, como a esquizofrenia e a psicose, também foi mencionado nos grupos focais como relevante problema de saúde mental nas comunidades adstritas. É justamente nesses quadros psicopatológicos complexos, na sua constituição e evolução, que as ações dos profissionais se mostram mais pontuais e ‘simples’ (de determinado ângulo). São ações terapêuticas reduzidas à renovação de prescrições de medicamentos indicados e/ou a encaminhamentos a serviços de saúde de maior complexidade. Essas ações, no entanto, não se fazem acompanhadas de abordagens mais inclusivas dos usuários e de seus familiares, mas para

salvaguardar possíveis erros profissionais ou a cobrança dos usuários.

Chega alguém, diz assim: – Estou me matando, vou me matar! [É] Que tem risco eminente de suicídio. Tu manda pro sanatório e se [ele] se mata? Está aqui escrito no prontuário que eu mandei (Eq C D).

Eu acho que é um paciente especial, que deveria ter algum serviço que cadastrasse esses pacientes, que não precisassem ficar vindo pegar receita todo o tempo. É inviável eu pegar um bolo de receita [médica] desse tamanho pra fazer. Eu fiz durante todo o mês de janeiro, pilhas e pilhas de receitas de pacientes que eu nem conheço (Eq DB).

A gente tem um monte de exigências, um monte de coisas em cima (...) E os CAPS não conseguem dar o apoio... Então a gente está com esse monte de receita, que a gente acaba fazendo renovação (Eq E B).

O despreparo e a situação da equipe (falta de profissionais para dividir tarefas) mais uma vez resultam no descompasso da saúde mental na ESF. Constata-se, a exemplo do argumento da profissional acima, que esses 'pacientes' não recebem atendimento pessoal por razões diversas. Nas equipes contatadas, não há profissionais da área 'psi', e o contato com os CAPS é bastante incipiente, visto que possuem, igualmente, de uma grande demanda e falta ou rotatividade de psiquiatras. Diante das condições de trabalho e da não capacitação técnica, os profissionais podem apenas derivar a outros serviços aqueles casos mais graves, garantindo um mínimo de assistência. Embora esse seja um argumento compreensível, há discordâncias entre pessoas da mesma equipe.

Os profissionais da estratégia não querem pegar os pacientes, eles não

querem fazer a parte deles. Eles diziam: Isso não é nosso, isso é do CAPS! O paciente de saúde mental a equipe nem enxergava (Eq A I).

A exemplo do que já fora demonstrado em outros estudos^{9,29}, este seria um discurso politicamente correto das equipes, em um contexto em que a saúde mental não parece ser uma das prioridades em saúde para o município?

4.4 Sofrimento social associado ao sofrimento psíquico

Nos itens anteriores, houve depoimentos que destacaram como o sofrimento social pode vir acompanhado de sofrimento psíquico. Neste item será abordado como os profissionais percebem que as condições socioeconômicas desfavoráveis da população da área de abrangência das equipes são determinantes para o adoecimento psíquico.

A maioria dos moradores dos locais, cujas equipes foram contatadas, possui baixa qualificação profissional e convive com problemas sociais como desemprego, pobreza, violência e pouco apoio social das instituições públicas e não governamentais. Esse conjunto de situações pode contribuir decisivamente para o desencadeamento e agravamento de problemas emocionais. O desemprego e o empobrecimento fragilizam os vínculos familiares e intensificam a vulnerabilidade para o desenvolvimento de comportamentos não saudáveis ou de risco, como alcoolismo, drogadição, tráfico de drogas e prostituição.

São comuns os entendimentos que seguem essa linha de raciocínio. Alguns estão exemplificados abaixo.

Toda essa função do empobrecimento da população, da falta de

emprego, da violência, o quanto isso tem adoecido as pessoas, a gente discutiu por aí, pensando o que a gente poderia fazer? (...) A violência, a droga, o alcoolismo é o que a gente mais vê (...) Muito do que a gente vê são as pessoas perdendo o emprego, famílias que estavam estruturadas, o pai e a mãe perderam o emprego (...) As pessoas tão procurando mais a droga e tão procurando mais o álcool, em função acho que a crise econômica. De modo geral, acho que [é] influência isso assim. (Eq AI)

Por causa da falta de emprego em Pelotas não tem o que dar pros filhos. Essas coisas assim... A grande maioria [da população de abrangência] entrou em depressão (Eq DA).

Não tem como a pessoa não adoecer (...), viver de repente num lugar, que é uma pecinha, dividindo com... Quantos a gente já viu de não ter um assoalho, de não ter o mínimo de sobrevivência (Eq E G)

As condições de vida, enquanto determinantes do processo saúde-doença, desvelam dois aspectos importantes. Primeiro, ao considerarem essas condições como imutáveis em curto prazo e atuantes na gênese e/ou no agravamento dos problemas de saúde, os profissionais ficam isentos de atuações preventivas. Dalla (2009, p 87) alerta para um risco permanente dessa situação, que é o de “naturalização de tais circunstâncias, que poderiam ser vistas como eternas, imutáveis e não enquanto determinadas por uma específica forma de organização sociais”⁵¹ Segundo, por se sentirem 'impotentes' ou expectadores dos fatos, priorizam práticas baseadas em concepções predominantemente biomédicas medicamentosas.

O que a gente pode ajudar, na função dos desempregos, das coisas

todas? Não tem! (Eq.E B)

A gente ouve, conversa, mas não tem mais o que fazer... A gente fica impotente diante dessas situações. (Eq E D)

Saúde mental mexe mais com as pessoas, é um tratamento que não dá pra fazer a nível primário. (Eq C D).

Uma das características fundamentais da ESF é trabalhar com emprego de tecnologias leves de acolhimento, vínculo e responsabilização. Essas tecnologias de escuta devem facilitar as decisões e dimensionar os problemas dos usuários. Nesse processo, a negociação, onde, como e quando suas necessidades seriam satisfeitas devem ser contempladas. A Atenção Básica por ser a 'porta de entrada', não só para a rede de serviços de saúde, mas para uma série de outras necessidades sociais precisa se articular com outros setores da sociedade para poder lidar de forma eficaz, com as complexas necessidades dos usuários. Porém, as dificuldades em estabelecer parcerias com outros setores são tão comuns, segundo os depoimentos, que inviabilizam a atuação das equipes conforme o apregoado pela Política Nacional da Atenção Básica.

O destaque conferido aos determinantes socioeconômicos na etiologia e manutenção de muitas doenças mentais fragiliza a construção de uma relação terapêutica com as pessoas em sofrimento psíquico. Esse olhar direcionado e condicionado a observar prioritariamente os fatores conjunturais pode acarretar maior identificação de falsos positivos e pouca identificação de casos verdadeiros.

4.5 Desconhecimento e saúde da equipe

Conhecer as diversas dificuldades da população atendida é também uma fonte de sofrimento para os profissionais. No âmbito da saúde mental, as equipes relatam como são atingidos na sua psique por vários fatores, entre tantos outros, pelas condições de trabalho, salário, situações da comunidade e falta de apoio de outras instituições.

A família, a economia, tudo te enlouquece! Até nós mesmos! Até [para] nós que trabalhamos como profissionais da saúde, [o que] acaba [nos] saturando. Esses dias a gente falou que a gente tava entrando em crise (Eq F A).

Aí tu pegas vários problemas dos outros que tu não consegues resolver nada! Não é só o paciente que está necessitado, acho que nós também (Eq E D).

A sensação de impotência para solucionar os problemas trazidos pela comunidade até a Unidade estava presente em todas as equipes, e muitos mencionaram que esse sentimento produzia o adoecimento dos próprios profissionais. O sofrimento psíquico da equipe também é resultante do despreparo técnico, estrutural e da disponibilidade interna dos profissionais, que estão mais bem preparados para solucionar outros problemas de saúde da população. Fatores como a excessiva demanda espontânea, um número insuficiente de profissionais e um aprendizado essencialmente curativista colaboram para intensificação do sofrimento psíquico das equipes⁵².

Essa mesma constatação também ocorreu em estudos realizados em

outras cidades brasileiras com equipes de ESF^{9,28,53,54}. Sabe-se que o sofrimento do outro, quando acolhido, traz consigo a possibilidade de mobilizar os mais diversos afetos, convicções e comportamentos (in)conscientes no profissional, exigindo trabalho psíquico e permanente busca de conhecimento^{9,28,53}.

Está havendo dificuldade dentro do sistema, um empurra pro outro, e querem desaguar tudo dentro da unidade básica de saúde, querem tratar transtorno mental dentro da unidade básica (Eq D E).

A organização prescrita para o trabalho das equipes de ESF está voltada para ações programáticas direcionadas ao atendimento materno-infantil e o controle de enfermidades e doenças crônicas, por exemplo: HIPERDIA (hipertensão arterial e diabetes mellitus), pré-natal, puericultura, vacinação. Em geral, são ações mais ‘mecânicas’, acrescidas pelo atendimento da demanda espontânea, que limitam e impedem que os profissionais desenvolvam trabalhos preventivos com os usuários. A demanda gera uma sobrecarga de trabalho e, muitas vezes, inviabiliza a concretização da proposta da ESF de reforma do modelo técnico assistencial^{55,56}. Os usuários que não se enquadram na oferta programada pelo serviço (como é o caso das pessoas em sofrimento psíquico) ficam à parte das possibilidades assistenciais da equipe.

A gente tem um monte de exigências, um monte de coisas em cima, para tu sentar e tentar, trabalhar a saúde mental. Os CAPS não conseguem dar apoio, então a gente está com um monte de receitas. A gente acaba é fazendo renovação das receitas. (Eq. E B)

O que acontece é que as pessoas chegam aqui com um encaminhamento do CAPS, dizendo que fulano de tal está de alta, usando tal medicação. A partir daí eles não consultam mais no posto, porque a gente não tem como fazer consulta, não tem tempo. A nossa demanda é muito maior para gente dar ficha para estas pessoas poderem vir aqui. Então o que fazemos é repassar receita e o paciente está sozinho. (Eq A B)

Conciliar as necessidades de saúde curativa da população adstrita com as orientações capazes de produzir impacto sobre a saúde mental, são desafios a serem enfrentados e apreendidos pelas equipes de ESF cotidianamente^{3,52}. Além disso, as frequentes substituições de profissionais nas equipes de ESF inviabilizam ou prejudicam a formação de um vínculo de confiança entre profissionais, usuários, famílias e comunidade^{52,55,56}.

A rotatividade de profissionais na ESF, em Pelotas, é significativa desde sua implantação em 2001. Esse problema ficou evidente a partir da seleção das equipes para este estudo. Embora várias delas tivessem sido implantadas há anos, tempo maior do que o requerido para participar do projeto, elas não atendiam o tempo médio exigido para a integração dos profissionais como 'equipe' de trabalho. A principal razão foi a rotatividade dos seus membros. A gravidade dessa situação é maior para a população quando os membros ausentes são os médicos. Esse fenômeno tem importante repercussão na relação e atuação profissional das equipes, logo na sua saúde. Constantes perdas de vínculos e frustrações decorrentes da descontinuidade do trabalho foram fartamente relatadas e criticadas no modelo da ESF. Estudos apontam que a rotatividade de profissionais nas equipes de ESF pode ser causada por diversos fatores, tais como: despreparo dos trabalhadores para

identificar e atuar de acordo com as necessidades da população, precariedade do vínculo empregatício e escassos investimentos em capacitações ou formação continuada para as equipes^{52,55,56}. A criação de espaços para discussão e reflexão sobre o processo de trabalho da ESF e o apoio efetivo dos gestores para o enfrentamento dos problemas, provavelmente minimizariam esse sofrimento e possibilitariam que a saúde mental conquistasse um lugar que superasse o das prescrições de medicamentos.

Todavia, apesar do reconhecimento unânime em todas as equipes do seu insuficiente preparo para acolhimento e acompanhamento dos problemas relativos à saúde mental, não desresponsabiliza a equipe de suas funções na ESF, embora grande parte das justificativas esteja pautada nesse argumento.

Nós médicos não temos uma capacitação pra psiquiatria. Eu me considero muito despreparada, não para o arroz com feijão. Mas tratar uma depressão com Fluoxetina eu até acho que eu sei, entendesse. Mas se sai um pouquinho mais se tem uma depressão um pouco maior, se tem o que modificar, eu tenho insegurança sim (Eq A B).

*Não temos preparo pra fazer a abordagem ou até acolhimento do paciente com doença mental nos postos. O que eu sempre reparo assim... A gente evita se tiver que se atender diferente ou se atender com menos atenção alguém. Provavelmente [o não escolhido] vai ser o paciente com doença mental, porque é aquele paciente que se tu puder, tu vai largar ele pra um CAPS ou tu vai largar ele pra um ambulatório (...)
A gente não tem capacitação pra lidar com a doença mental (Eq F I).*

Saúde mental: dá meia volta na porta e vai embora, só encaminha (Eq A I).

Há ainda divergências quanto a ser uma 'atribuição' da ESF atender saúde mental, como já exposto anteriormente. Expor o pouco conhecimento, protege-os de atuações e erros. Nunes *et al.* (2007) também apontaram que o desejo de qualificação para manejo dos PSP é justificado, principalmente, pelo descumprimento do compromisso ético de cuidar. Nas equipes ESF, contatadas pelos pesquisadores, lidar com PSP mobiliza afetos intensos dos profissionais⁹. Silveira (2007), ao mapear as modalidades de atenção em saúde mental em uma unidade de saúde mista (Tradicional e ESF), no município do Rio de Janeiro (RJ), entendeu que há supremacia do modelo biomédico na organização do serviço. Um dos principais obstáculos encontrados para inserção e desenvolvimento das ações em saúde mental foi a insuficiente qualificação para acolher e acompanhar o sofrimento psíquico dos usuários²⁸.

As dificuldades de inserção da saúde mental estão vinculadas, sobretudo, a uma sensibilização do olhar para trabalhar com esses sujeitos. Esse problema ainda pode ser agravado pelo papel de destaque que alguns profissionais têm no reconhecimento dos problemas da comunidade. Questiona-se se a inserção na comunidade, especialmente daqueles que fazem visita domiciliar, poderia aumentar os riscos de medicalização e categorização psiquiátrica do sofrimento psíquico. Ou mesmo de psicologização dos problemas sociais. Os sinais de tristeza, desilusão, perda de interesse momentâneo destacados nas equipes fazem parte do processo de elaboração e superação de problemas comuns à vida, não se constituindo necessariamente em problemas psiquiátricos. Entretanto, o risco de

reducionismo e psicologização dos diversos tipos de problemas familiares pode descontextualizar outros tipos de sofrimento e o papel da sociedade nesse processo.

Outro aspecto também ganha importância no contexto da saúde mental na ESF. Nem todos os casos de *doença ou problema mental* identificados na comunidade são comunicados e discutidos em equipe. Uma seleção prévia do que pode ou deve ser assistido pela ESF é, inicialmente, realizada.

Nesse aspecto, um diálogo exemplar emerge no transcorrer do GF de uma equipe, ao relatarem os problemas de comunicação e como os cuidados de saúde mental podem ser excluídos da atribuição da equipe. Algumas profissionais narram a existência de uma família, na qual vários indivíduos estariam apresentando sofrimento psíquico intenso por anos e continuavam sem acesso aos cuidados mais especializados na Atenção Básica, quando a médica da equipe se surpreende com a informação e seu desconhecimento, dizendo: *E tu vê! Eu não conheço esses pacientes (...) Eu não me lembro pelo menos deles.* (Eq A B). No grupo, ficou evidente que havia um filtro para as informações sobre saúde mental; quiçá em outras ocorre o mesmo.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente trabalho encontrou três importantes resultados:

(1) a concepção biomédica e tecnicista da doença ainda predomina na prática dos profissionais, restringindo a atuação a práticas prescritivas (medicalização) e institucionalizantes do sofrimento psíquico;

(2) a renovação de prescrições de psicofarmacos, por longos períodos, sem que haja uma reavaliação técnica e periódica dessa necessidade representa parte da dinâmica 'terapêutica' que ocorre atualmente, em Pelotas, entre a equipe das ESF e os usuários em sofrimento psíquico. Tornou-se evidente que as pessoas em sofrimento psíquico receberam atenção, a princípio, por necessidades outras de saúde. As famílias, conseqüentemente, ficam igualmente desassistidas;

(3) as queixas, dos profissionais, quanto à inserção dos cuidados de saúde mental nas atribuições da ESF, demonstraram que esses não estão preparados para atender nessa área e que a atenção à saúde mental na estratégia significa essencialmente acréscimo de trabalho. As equipes mantêm uma lógica arraigada nos 'especialismos', atribuindo à responsabilidade da área de saúde mental a psiquiatras e psicólogos.

Tais aspectos demonstram que a saúde mental está em processo de quase exclusão nas práticas das ESF em Pelotas. O Ministério da Saúde tem entendido que um debate sobre saúde mental poderia ampliar a visão sobre o tema e ajudar os profissionais a aderirem a alguns cuidados na ESF ou nas Unidades Básicas Tradicionais⁵⁷. De acordo com as diretrizes da ESF, os cuidados de saúde mental devem estar dirigidos fundamentalmente ao contexto familiar³. É a família que participa do surgimento e acompanha o sofrimento psíquico do seu membro. Modalidades de assistência sistêmicas, tais como grupo de apoio a familiares, grupo de convivência, oficinas e estímulo à participação dos usuários e familiares nos mecanismos de empoderamento das pessoas em sofrimento psíquico, são estratégias que poderiam minimizar o

sofrimento, criar laços de solidariedade e possibilitar a inclusão da família como agente fundamental do cuidado^{3,9}. Tais técnicas não requerem grandes tecnologias e insumos, mas essencialmente vontade e estímulo para fazer.

É importante que os profissionais das equipes de ESF saibam e se disponham a trabalhar de forma interdisciplinar. Transitar por territórios que vão além das moléstias físicas e ater-se a compreensão popular sobre o sofrimento psíquico requer um perfil profissional, nem sempre respeitado nas contratações da ESF⁵².

Acredita-se, ainda, que as dificuldades inserção da saúde mental na ESF também se vinculem, sobretudo, a entender que o trabalho com quem apresenta sofrimento psíquico requer um envolvimento e conhecimento não resumido a consulta no gabinete da Unidade da Atenção Básica. Tais sujeitos estiveram excluídos por tempos do meio social e das Unidades de Saúde. Estratégias terapêuticas, de conversa, de abordagem, entre outras, precisam ser construídas e mantidas para que as equipes de ESF, em Pelotas, possam se inserir efetivamente na rede de cuidados para esse grupo. É importante salientar que essa rede apresenta problemas que vão desde conflitos entre instituições a poucas condições estruturais, pessoais e de insumos para atendimento dos PSP. Essa crítica, mais abrangente, salienta que as redes de relações e trocas (de conhecimento ou atendimento) entre CAPS, Unidades de Saúde e/ou entre esses e outros serviços é incipiente no município⁵⁴.

Cursos de capacitações periódicos permitem a formação permanente, que efetivaria as mudanças apregoadas pela Política Nacional da Atenção Básica e pela Reforma Psiquiátrica. A articulação das equipes de ESF a rede substitutiva de saúde mental (CAPS, ambulatórios, hospitais gerais, oficinas

terapêuticas), precisam ser fortalecidas.

Apesar das dificuldades de implementação na prática da proposta ESF tal como descrita pelo Ministério da Saúde, não se pode desconsiderar a necessidade preeminente de que diálogo entre a ESF e os CAPS seja (r)estabelecido. Os profissionais dos CAPS têm competência para apoiar as equipes atuantes na Atenção Básica, ofertando suporte técnico e assumindo co-responsabilidades no acompanhamento de casos crônicos, por exemplo. A criação de espaços para discussão e reflexão sobre o processo de trabalho na ESF e o apoio efetivo dos gestores para o enfrentamento dos problemas, possibilitariam à saúde mental conquistar uma atuação preventiva e bem menos prescritiva.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial de Saúde(OMS). Relatório sobre a saúde no mundo-Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília DF:Gráfica BRASIL, 2001.
2. Evaristo P. Psiquiatria y salud mental. Asterios Delithanassis Editore (trieste),2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF;: Ministério da Saúde, 2006.
4. World Health Organization (WHO). Organization of mental health services in countries. Sixteen report of WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva; World Health Organization; 1975. (WHO Technical Report Series,564).

5. Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde(OPAS). Declaração de Caracas. Ministério da Saúde. Brasília DF; Gráfica BRASIL, 1990.
6. World Health Organization (WHO) and World Organization of Family Doctors. Integrating Mental into Primary Care: A global Perspective. Geneva; Who Library Cataloguing - in Publication data; 1994. p.109-19.
7. Amarante P. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: Planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: Amarante P. Desconstrução do aparato manicomial. Rio de Janeiro: SDE/ENESP; 1994.
8. Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciência, Saúde – Manguinhos, 2002; 9(1):25-59.
9. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cadernos de Saúde Pública, 2007; 23(10)2375-84.
10. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental e Atenção Básica: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. Saúde em Debate, 2008; 78/79/80 (32)143-9.
11. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

- 12.** Rotelli F, Leonardis OD, Mauri D, Risio CD. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.
- 13.** Prince M, Patel P, Saxena MM, Maselco J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. Lancet 2007; 370: 859-77.
- 14.** Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão da Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. DF: Ministério da Saúde, 2003 (mimeo)
- 15.** Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, 2008; 24(7); 1641-50.
- 16.** Maragno L, Goldbaum M, Gionini RJ, Novais HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde de Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2006; 22(8); 1639-48.
- 17.** Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidades atendidas pelo Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, 2008; 24(7); 1641-50.
- 18.** Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Revista de Psiquiatria Clínica, 1999; 26(5). Disponível em: <http://hcnet.usp.br/lpq/revista> (Acessado em 04-04-2008).

19. Busnello ED, Lima BR, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1983; 32:207-10.
20. Mari JJ. Psychiatric morbidity in three primary medical care clinics in São Paulo. Issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry*, 1987; 22:129-38.
21. Iacopora E. The detection of emotional disorders by primary care physicians: a study in São Paulo, Brasil. Tese de doutoramento, Universty of London, Inglaterra, 1989.
22. Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et AL. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002; 5(2):164-73
23. Guttirrez DMC, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; *no prelo*.
24. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; 14(1): 297-305.
25. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface-Comunicação, Saúde e Educação*, 2005; 9(16):25-38.

- 26.** Brèda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2001; 6(2): 471-80.
- 27.** Rosa WAG, Labade RC. Programa Saúde da Família e construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2005; 16(3): 1027-34.
- 28.** Silveira D, Viera ALS. Saúde mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência e Saúde coletiva*, 2009; 14(1): 139-48.
- 29.** Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa Saúde da Família e Saúde Mental: impasse e desafios na construção da rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2009; 14(1): 173-82.
- 30.** Llanes GD. Los grupos focales su utilidad para el medico del familia. *Revista Cubana Medicina General Integrable*. 2005; 21(3-4).
- 31.** Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. *Rev. Saúde Pública* 1996; 30(3): 285-93.
- 32.** Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livros Editora Ltda; 2005.
- 33.** IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/população. Acesso em 20 setembro de 2008.

- 34.** Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, editor. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007, p 79-108.
- 35.** Kleinman A, Das V, Lock M. Social suffering. Berkeley: University of Califórnia Press; 1997.
- 36.** Kleinman A. Local worlds of suffering an interpersonal focus for ethnographies of illness experience. Qual Health Res. 1992; 2;127-34.
- 37.** Foucault M. História da loucura: na Idade Clássica. São Paulo SP. Editora Perspectiva, 1993.
- 38.** Roudinesco E. Por que a psicanálise? Rio de Janeiro; RJ. Jorge Zahar Editora, 2000.
- 39.** Geertz C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2007.
- 40.** Barros MMM. Saberes e práticas do Agente Comunitário de Saúde no universo do transtorno mental. Ciência e Saúde Coletiva, 2009; 14(1): 227-32.
- 41.** Kaplan H, Sadock BJ. Compêndio de Psiquiatria Clínica. Porto Alegre; RS; Editora Artes Médicas, 2000.
- 42.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição/Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 43.** Nunes M, Torrente M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas

de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Revista de Saúde Pública, 2009; 43(Supl. 1): 101-8.

44. Bertolote M. Violência e saúde mental: como podemos fazer parte da solução? Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009; 31(Supl. II): 539-40.

45. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993.

46. DSM-IVTM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1995.

47. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Revista Brasileira de Psiquiatria, 1999; 21(1):1-5.

48. Parker G, Brotchie H. Depressão maior suscita questionamento maior. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009; 31(Supl. I): S3-6.

49. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD et al. Revisão das diretrizes da Associação Brasileira para o tratamento da depressão (Versão Integral). Revista Brasileira de Psiquiatria, 2009; 31(Supl. I):S7-17.

50. Ramos SP, Bertolote JM. Alcoolismo hoje. Porto Alegre RS: Artes. Médicas, 1997.

51. Vecchia MD, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na Atenção Básica: aportes para implantação de ações. Interface-Comunicação, Saúde e Educação, 2009; 13(28): 151-64.

- 52.** Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em Saúde mental em Unidades de Saúde da Família. Barbacena: Mental, 2005; III(5): 33-42.
- 53.** Lancetti A, organizador. Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família, 2 ed. São Paulo; Hucitec: 2001.
- 54.** Tomasi E, Silva RA, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Gonçalves H. Os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS. Relatório Final. 2007 CNPq – Edital 07/2005 Saúde Mental-Processo:554554/2005-4. UFPEL-UCPEL.
- 55.** Silva ATC, Menezes PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. Revista de Saúde Pública, 2008; 42(5): 921-9.
- 56.** Santos VC, Soares CB, Sivalli CM, Campos CMS. A relação trabalho saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Revista da escola de enfermagem da USP, 2007; 41(Esp): 777-81.
- 57.** Brasil. Ministério da Saúde. Programa permanente de capacitação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica. Brasília: Área Técnica de Saúde Mental, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

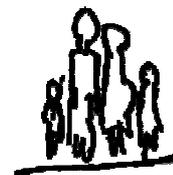
7 NOTA PARA IMPRENSA

Os transtornos mentais e comportamentais constituem-se em um relevante problema de saúde pública. Dados da Organização Mundial da Saúde revelam que uma em cada quatro pessoas no mundo apresentará de forma contínua ou eventual algum diagnóstico deste conjunto de distúrbios. Estudo realizado pelo psicólogo Marcel Power de Oliveira, aluno do Mestrado em Saúde Pública Baseado em Evidências, do Programa Pós-graduação em Epidemiologia (Universidade Federal de Pelotas), avaliou se os profissionais de sete equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), de Pelotas, possuem dificuldades no trabalho cotidiano com os portadores de sofrimento psíquico. Os resultados encontrados foram: (1) há o predomínio da concepção biomédica sobre a doença mental – restringindo a atuação à medicalização do sofrimento psíquico e social; (2) não há uma reavaliação técnica periódica da necessidade das condições de saúde mental das Pessoas em Sofrimento Psíquico; (3) os profissionais apontam falhas na sua formação profissional para atenderem as necessidades em saúde mental da população. Em geral, as equipes atribuem à responsabilidade do atendimento em saúde mental a apenas psiquiatras e psicólogos. Levando-se em consideração a dimensão dos problemas nessa área, estratégias precisam ser construídas e mantidas, como cursos de capacitação periódicos e debates com os CAPS e gestores. A criação de espaços para conhecimento, discussão e reflexão sobre o processo de trabalho na ESF, poderá transformar a atuação curativa em saúde mental em preventiva.

8 PROJETO DE PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS



CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DAS
EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

PROJETO DE PESQUISA

Aluno: Marcel Power Oliveira
Orientador: Helen Gonçalves

Pelotas, agosto de 2008.

A suavidade é um dado imediato da subjetividade coletiva. Ela pode consistir em amar o outro em sua diferença, em vez de tolerá-lo ou estabelecer códigos de leis para conviver com as diferenças de um modo tolerável. A nova suavidade é o acontecimento, o surgimento de algo que se produz e que não é eu, nem o outro, mas, sim, o surgimento de um foco enunciativo.

Guattari (1993, p.34)

Resumo

Os transtornos mentais e comportamentais constituem-se em um relevante problema de saúde pública. Dados estatísticos revelam que uma em cada quatro pessoas no mundo apresentará de forma contínua ou episódica algum diagnóstico deste conjunto de enfermidades. Levando-se em consideração a dimensão destes problemas e a necessidade de soluções efetivas, a Atenção Básica a Saúde através da Estratégia de Saúde da Família passa a ofertar à população um importante modelo de atenção que procura dar garantia de acesso, equidade, integralidade e resolubilidade dos problemas de saúde mental. O objetivo deste estudo é analisar os limites e as potencialidades de sete equipes de USF, em Pelotas (RS), em relação aos cuidados dispensados aos portadores de transtornos mentais. Para desenvolvê-lo, a metodologia qualitativa será fundamental. A técnica a ser empregada será a de grupo focal. Os profissionais serão convidados a participar das reuniões para a coleta de dados. Espera-se que após a identificação dos aspectos fundamentais (facilidades/dificuldades) em saúde mental na ESF, este trabalho possa contribuir para discussão e elaboração de intervenções participativas entre gestores e equipes sobre as necessidades locais relativas ao manejo deste aspecto. Além disso, este trabalho poderá cooperar com os gestores e equipes, demonstrando as possíveis necessidades de treinamento, reformulação e/ou reafirmação das práticas das USFs. Serão resguardados todos os princípios éticos durante o desenvolvimento do estudo, conforme a Resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Palavras-chave: saúde mental; Estratégia de Saúde da Família; serviço de saúde; reforma psiquiátrica; Atenção Básica a saúde mental.

1. Caracterização do problema e justificativa

Os transtornos mentais e comportamentais são conceituados como síndromes, padrões comportamentais ou psicológicos, clinicamente importantes e associados ao sofrimento psíquico e/ou incapacitações.^{1,2} Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que 450 milhões de pessoas no mundo possuam transtornos mentais e necessitam de algum tratamento.³ Ao longo da vida uma em quatro pessoas no mundo manifestará estas enfermidades de forma episódica ou contínua.³ O sofrimento psíquico e o prejuízo em uma ou mais áreas do funcionamento mental, social e biológico aumentam significativamente o risco de morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade.^{1,2} Estima-se que 14% da Carga Global de Doenças (DALYs) estão relacionados a distúrbios neuropsiquiátricos, principalmente pela natureza crônica e incapacitante das depressões e outros transtornos mentais comuns, consumo abusivo de álcool/substâncias psicoativas e psicoses.^{4,5}

A partir da última década de 60, houve importantes transformações na assistência em saúde mental, conseqüência de um processo complexo de mudanças. Elas foram iniciadas pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica e levaram a superação gradual das internações psiquiátricas em manicômios, através da criação de serviços comunitários e das intervenções terapêuticas no contexto social das pessoas.⁶⁻⁸

Com a desinstitucionalização, o novo modelo organizativo do sistema de atenção em saúde mental quer romper com o primado clássico da psiquiatria de lidar com sofrimento psíquico.^{6,7} Isto implica em rescindir com a dependência, o enfraquecimento e perda dos laços familiares socioculturais,

além do empobrecimento afetivo e cognitivo, e a cronificação.⁶

Instituições internacionais, como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde, referenciam e recomendam ao mundo a adoção deste novo modelo em saúde mental.^{3,9,10} Diante da importância adquirida deste modelo, via o Movimento, a saúde mental passa a ter maior visibilidade e atenção das instituições de pesquisa e dos pesquisadores em saúde.^{3,10} A OMS, por exemplo, definiu um conjunto de recomendações para obtenção de soluções efetivas na Reforma Psiquiátrica a nível mundial. Duas das dez recomendações feitas referem-se, especificamente, à saúde mental no âmbito da Atenção Básica, isto é, no manejo e tratamento dos transtornos mentais e na promoção de cuidados a serem realizados na comunidade.³

No Brasil, a partir de 1978, assim como em outros países, as ações de promoção, prevenção e reabilitação passaram a se desenvolver prioritariamente em ambulatórios, unidades de saúde, hospital dia ou enfermaria em hospital geral e comunidades terapêuticas.⁷ As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) devem, portanto, atender as necessidades de saúde mental da população – embora isso nem sempre ocorra. Sabe-se que, no país, aproximadamente 20% de todos os usuários atendidos nas UBS apresentam um ou mais transtornos mentais e um terço de todas as incapacidades emocionais refere-se a transtornos mentais severos e persistentes.^{3,10} Estudos nacionais têm evidenciado a prevalência destas doenças e a importância de se efetivarem medidas terapêuticas acessíveis a todos.¹²⁻¹⁴

Embora os estudos possuam diferenças, entre outras no tipo de transtorno

avaliado, nas diferenças socioculturais entre os municípios e a faixa etária pesquisada, todos denotam a importância crescente de detectar, avaliar e tratar a saúde mental na população. ¹²⁻¹⁵ Além disso, o tempo de implementação do modelo referido, as mudanças de políticas das administrações em saúde ao longo do tempo e o trabalho contínuo de integração das ações em saúde mental nas UBS merecem ser questionados. Uma das razões para este questionamento é encontrar soluções/encaminhamentos, principalmente, porque as equipes das UBS devem realizar a busca de casos, e prover o atendimento em equipe contemplando a diversidade dos locais e das famílias. Diante disso, surgem outras indagações como, por exemplo, quais são as conseqüências da integração ao longo do tempo na interlocução, no trabalho e na responsabilização conjunta da assistência aos portadores de sofrimento psíquico?

As inquietações e interrogações que impulsionam este trabalho buscam compreender os processos explícitos e implícitos construídos nas práticas discursivas, e na produção de sentidos pelos profissionais acerca do sofrimento psíquico. Conseqüentemente, estas indagações requerem uma avaliação das suas implicações nas modalidades de cuidado e escuta dispensada aos usuários da rede de Atenção Básica, especificamente daquelas com ESF, cuja atuação da equipe abrange o entendimento do contexto do usuário e sua inserção na comunidade.

2. Revisão da Literatura

2.1. Saúde mental: um conceito amplo

A saúde mental, foco deste trabalho, é uma área extensa e complexa do conhecimento. No entanto, ela não deve ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais, visto que uma complexa rede de saberes atravessa o campo da saúde mental, dentre eles a psiquiatria, neurologia, psicologia, filosofia e sociologia.¹⁶

A OMS conceitua a saúde como um estado pleno de bem-estar físico, mental e social que não se caracteriza exclusivamente pela ausência de doença.^{1,3} Singer, entre outros, argumenta que nesta definição estão incluídas as circunstâncias sociais, econômicas e políticas, bem como fatores que incluem a discriminação social, o pertencimento religioso ou a identidade e práticas sexuais. O autor inclui, neste âmbito, também as restrições aos direitos humanos de ir e vir e de exprimir livremente o seu pensamento.¹⁷ Este conceito reconhece como paradoxal a possibilidade de alguém se sentir saudável vivendo na miséria, sofrendo discriminação ou repressão.

Contandripoulos, por exemplo, assinala que os modelos explicativos da saúde são diferentes dos da doença. As disciplinas mobilizadas para compreensão e análise da saúde das populações – como as ciências sociais e comportamentais – utilizam referências próprias nos estudos sobre doenças.¹⁸ Atualmente, a interação dos aspectos biológicos e psicossociais na saúde ou na determinação das doenças é bastante aceita.

Apesar da amplitude das discussões sobre o tema, este trabalho irá tratar a

concepção de saúde mental conforme a OMS, visto esta também ser a concepção preconizada pela Política Nacional Atenção Básica nas capacitações realizadas com as equipes de ESF. A Lei 8.080, publicada em 19 de setembro de 1990, e a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, regulamentam o capítulo sobre saúde da Constituição Federal do Brasil (art. 196-200), afirmando que as ações e serviços de saúde devem garantir uma série de condições que levem a saúde dos indivíduos e das coletividades – abrangendo o bem-estar físico, mental e social.

2.2. A Reforma Psiquiátrica

Ao longo dos anos e em diversos países, as experiências de reforma psiquiátrica foram diversificadas. Elas começaram a ser empreendidas na Europa e nos Estados Unidos, trazendo contribuições singulares, tais como o desenvolvimento de novas abordagens: psicoterapia institucional e psicoterapia de setor (França); comunidade terapêutica e anti-psiquiatria (Inglaterra); psiquiatria comunitária (EUA) e psiquiatria democrática (Itália).^{6,7,19}

No Brasil duas destas concepções exerceram influências teóricas e práticas por algum período na psiquiatria e sendo superadas posteriormente.^{19,20} O primeiro referencial que conquistou credibilidade de parte das instituições psiquiátricas, na década de 60, foi o modelo inglês das comunidades terapêuticas. Ele propunha trabalhar a saúde mental embasado fundamentalmente no modelo psicanalítico, contrapondo-se assim aos moldes da psiquiatria tradicional centrada na concepção asilar.

O segundo referencial, o da psiquiatria comunitária e preventiva, granjeia uma maior repercussão nas políticas públicas de saúde e nos demais setores

envolvidos na área da saúde do que o modelo anterior.⁸ O *preventivismo* almejava reduzir a incidência de transtornos mentais na comunidade promovendo a “sanidade mental” (prevenção primária) e identificar precocemente os transtornos mentais, a fim de abreviar o curso das doenças (prevenção secundária) e minimizar a deterioração resultante do processo de adoecimento psíquico (prevenção terciária).^{7,8,16} Estas intervenções buscavam evitar que as pessoas desenvolvessem transtornos mentais que necessitassem de longas internações em manicômios. A desinstitucionalização nesta perspectiva significava desospitalização, mas o dispositivo do asilo psiquiátrico continuava sendo acionado toda vez que os recursos extra-hospitalares não produzissem respostas terapêuticas adequadas. Na prática essas ações aumentavam as demandas ambulatoriais e extra-hospitalares, mas isso não significou transferência dos egressos asilares para os serviços comunitários.^{6,7} Ou seja, a identificação de casos suspeitos através de *screenings* e outros mecanismos produziam novos contingentes de pacientes para tratamentos, enquanto que os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, lá permaneciam internados por períodos indeterminados e mais aumentando em quantidade significativa devido a ‘compartimentarização’ e ao fenômeno ‘porta giratória’, intrínseca ao preventivismo.⁷ Mas, por outro lado é necessário ressaltar que a psiquiatria comunitária trouxe importante contribuição para crítica e questionamento ao totalitarismo das instituições asilares, propondo alternativas, logicamente comunitárias, para a abordagem das pessoas portadoras de transtornos mentais. Ela, igualmente, abriu o caminho para experiências mais profundas e abrangentes como a da psiquiatria democrática italiana.^{6,7}

O paradigma da reforma do Movimento da Psiquiatria Democrática (MPD) nasce, portanto, da crítica e autocrítica dos modelos anteriores, que culminaram na extinção do manicômio na Itália, propondo uma ruptura na histórica da loucura, das doenças mentais e do aparato institucional. Basaglia²¹, principal responsável por este movimento, sustentava que “qualquer que fosse a forma de administrar a instituição ou o manicômio esta seria sempre um lugar de controle social e não de cura” e a única “possibilidade de enfrentar a doença mental ou a loucura seria eliminar o manicômio.” (p.79) A compreensão do termo manicômio não se reduz aos hospitais psiquiátricos e aos hospícios, ela, de forma abrangente, passa a significar uma possibilidade de tratar a doença mental via um aparato científico, legislativo e administrativo.

⁶ O manicômio passa a ser visto como esse conjunto de ações, concepções e valores que permeiam as relações e que tem um modo de lidar com as diferenças sociais. ^{6,7} Assim sendo, o processo de desinstitucionalização qualifica-se como de desconstrução do paradigma clínico tradicional que se fundamenta na relação causa e efeito na constituição e interpretação das doenças mentais. A desinstitucionalização para o MPD é, sobretudo, um trabalho terapêutico de reconstituição da pessoa-sujeito que sofre. ⁶

A reformulação da instituição de cuidados de saúde mental, ainda hoje, está vinculada a mudanças nos pressupostos conceituais. A doença mental não se reduz a sintomas e a sua remissão, mas a existência global da pessoa – deslocando-se o processo de tratamento da figura da doença para a pessoa doente. ²⁰ O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil nasce no cerne da Reforma Sanitária, no período de luta pela redemocratização do país na década de 70. ^{7,20} Parte das transformações técnicas e teórico assistenciais,

jurídicas, políticas e socioculturais propostas por trabalhadores de saúde mental vão sendo paulatinamente incorporadas às políticas de Estado.^{7,20} Um exemplo disso foram as experiências bem sucedidas dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) de Santos e do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, ambos do estado de São Paulo. O NAPS e o CAPS foram precursores do novo modelo, na metade da década de 80, e impulsionaram as políticas oficiais para regulamentação e multiplicação dos CAPS no território nacional. Esta se constituiu em uma das principais estratégias de promoção e construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil desde então. Nesta perspectiva, a Atenção Básica a Saúde constitui-se em um dos principais dispositivos da rede de cuidados de saúde mental ampliada, principalmente quando passa a desenvolver a política de ESF nas UBS.^{16, 22}

2.3. O enfoque dos estudos

A Atenção Básica à Saúde vem se notabilizando e se inserindo como um sistema efetivo de assistência à saúde no mundo. De acordo com Starfield (2002), algumas características desta Atenção apontariam para um modelo de assistência integral em saúde, quais sejam: 1) não restrita as faixas etárias, tipos de problemas ou condições; 2) acessível; 3) integrada: curativa, reabilitadora, promotora de saúde e preventiva de enfermidades; 4) continuidade; 5) equipe interdisciplinar; 6) visão holística e 7) coordenadora dos cuidados e confidencial.¹¹ No Brasil, teoricamente estes itens são contemplados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que se alicerça nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade em um contexto de descentralização e controle social, estabelecidos no arcabouço

normativo do Sistema Único de Saúde (SUS).²²

A ESF é o resultado da combinação de duas iniciativas incentivadas pelo Ministério da Saúde, quais sejam: o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – criado em 1991 – e o Programa Saúde da Família, iniciado em 1994 e expandido a partir de 1995.^{22,23} Elas foram primeiramente implantadas em cidades pequenas, de áreas de baixa densidade populacional, cujos recursos de assistência em saúde eram escassos e que apresentavam altos índices de morbi-mortalidade infantil e materna, com predomínio de doenças transmissíveis e baixa expectativa de vida ao nascer.²⁴ Após sua implantação, alguns municípios do Ceará, Minas Gerais e Pernambuco tiveram a mortalidade infantil reduzida à metade e ainda decrescendo, assim como as internações hospitalares por desidratação.²³ Além de benefícios para a saúde infantil, a aderência ao tratamento dos portadores de doenças e agravos não-transmissíveis – como, hipertensão e diabetes – e dos doentes com hanseníase e tuberculose destes locais aumentou.²³ Houve igualmente um elevado índice de cobertura vacinal e uma proporção maior de gestantes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal. Estes resultados impulsionaram o Ministério da Saúde, encorajando-o a implantar a ESF para todo o país.²⁴

Portanto, deste modo a ESF deve abordar a família no seu contexto; buscar ativamente casos para intervenções oportunas e precoces; ampliar a cobertura e o acesso, e integrar as ações de saúde através do trabalho de equipe interdisciplinar.²⁵ O Movimento de Reforma Psiquiátrica surge no cerne destas modificações e compartilha dos mesmos conceitos basilares referidos na PNAB.⁷ Os seus princípios e diretrizes se sedimentam na nova forma de pensar e agir no processo saúde-doença mental, propondo a substituição da

concepção de doença pela de *existência-sofrimento*.^{6,7,16} Neste âmbito, o processo de desinstitucionalização não se reduz a desospitalização e as mudanças nas estruturas físicas e funcionais dos serviços, mas fundamentalmente em mudanças subjetivas e culturais na forma de conceber, conviver com a ‘loucura’ e com portadores de sofrimento psíquico.⁶

Assim sendo, a Atenção Básica à Saúde passa a ser um dos dispositivos em que estas idéias e práticas se concretizam também com a ESF. Isto é, o modelo psicossocial, proposto para os serviços de saúde com ou sem ESF, considera que os fatores bio-psíquicos e socioculturais são determinantes do processo saúde-doença, o que amplia o conjunto de intervenções para além da medicalização. Neste âmbito, o indivíduo e a família participam ativamente dos cuidados. Todavia, no novo modelo de promover a saúde e tratar dos transtornos mentais faz com que a participação dos profissionais ganhe novo sentido – sua atuação deve se realizar de forma interdisciplinar, com responsabilização do serviço para com os usuários.

Considerando a importância desta nova perspectiva de atuação também em saúde mental, verifica-se que os dados da Atenção Básica à Saúde que permitam conhecer o nível de implementação de ações de saúde mental são bastante incipientes.²⁶ Gutierrez e Minayo (2008) assinalam que a problematização do tema “*cuidado na saúde da família*” carece de atenção na literatura acadêmica e discussão no campo da saúde pública.^{26, 27}

Existem vários estudos que avaliam a saúde mental, geralmente analisando a prevalência de transtornos mentais. Um estudo populacional, realizado em três capitais brasileiras, estimou a prevalência de ao menos um diagnóstico de doença mental, que variou de 23% a 34%.²⁸ Na capital do Rio Grande do Sul

(RS), a prevalência de transtornos depressivos é de cerca de 10%.¹³ Em São Paulo e Porto Alegre cerca de 50% dos usuários dos serviços da Atenção Básica são considerados portadores de distúrbios mentais não-psicóticos.²⁸ Outros estudos encontraram uma prevalência de 6% a 14%, em Porto Alegre, ao avaliarem transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool e outras drogas na população de adolescentes e adultos com idades variando de 12 a 65 anos.^{14, 28} Os Transtornos Mentais Comuns em populações atendidas pela Estratégia de Saúde da Família em São Paulo (capital) foram prevalentes a 25% dos usuários.²⁵ Em Pelotas (RS), analisando uma amostra populacional representativa, foi encontrada uma prevalência de 28,5% de distúrbios psiquiátricos menores.²⁹

Estudos específicos sobre os cuidados de saúde mental nas ESF são escassos e insuficientes para se conhecer e compreender os diferentes estilos efetivos de cuidar. Em parte estas dificuldades se dão pela diversidade regional e cultural no país, e pela necessidade recente de verificar se a busca e tratamento de saúde mental nas USF trouxeram resultados.

Os estudos existentes mostram algumas similaridades nos seus achados. Uma pesquisa realizada na Bahia concluiu que há dissonâncias entre as diretrizes da política de saúde mental e suas práticas.²⁶ O autor aponta para as dificuldades de operacionalização da rede de cuidados em saúde mental, salientando a não familiarização dos profissionais com o sofrimento psíquico, pois poucos receberam ou possuíam treinamento para identificar, diagnosticar, tratar e cuidar.²⁶

Outros trabalhos realizados com equipes de ESF revelaram que, embora haja potencialidades para a inserção de cuidados de saúde mental, há

dificuldades e fragilidades que devem ser avaliadas. Todavia, estudos recentes de avaliação dos impactos das implantações e desenvolvimento destas ações de cuidados de saúde mental, no âmbito da Atenção Básica e em diversos países, têm demonstrado a eficácia e o custo-efetividade das intervenções psicossociais e farmacológicas para abordagem dos distúrbios mentais.^{4, 5, 30} Estes assinalam também que a prevenção secundária deve centrar-se no fortalecimento da capacidade dos serviços de Atenção Básica dos países em desenvolvimento para tratar eficazmente dos casos, visto serem locais onde poderá haver uma maior prevalência de indivíduos sem condições de acesso a um tratamento especializado.

Através de uma pesquisa realizada em municípios com 100.000 habitantes ou mais do Sul e Nordeste brasileiro, os autores encontraram que o adoecimento por *problemas de nervos* foi referido por 26% dos adultos e 29% dos idosos. Todavia, apenas 16% dos adultos e 15% dos idosos (60 anos ou mais) haviam consultado, nos últimos seis meses, nas UBSs por este motivo.³¹

Em geral, os problemas apontados abarcam alguns pontos que merecem destaque: a verticalização nas relações entre profissionais e nos níveis de atenção à saúde; a normatividade dos programas e as dificuldades dos profissionais em lidar com a subjetividade dos usuários; dicotomia entre clínica e epidemiologia; ausência ou ineficácia dos serviços de referências medicalização; dificuldades dos usuários em perceber seu estado de saúde; dificuldades dos profissionais em dialogar e questionar as práticas instituídas e trabalhar em equipe.^{19, 32-34}

Borges (2004), entre outros, salientou que no diálogo e avaliação entre Saúde Mental e Atenção Básica os conceitos de hierarquização e integralidade

apresentam, ao longo do tempo, compreensões distintas.¹⁹ A integralidade, na atual política de Saúde Mental na Atenção Básica, não se reduz ao acesso aos diferentes níveis de atenção, mas “ao sujeito integral que tem necessidades em momentos diversos”¹⁹ Deste modo, o conceito de integralidade, como organizador das práticas, exigiria certa horizontalização dos programas tradicionalmente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação nos interior das UBS. O redimensionamento da organização do trabalho, proposto pelas ESFs, tenta superar a lógica antes tradicional da saúde pública, diminuindo a hierarquia e a fragmentação dos serviços e dando garantias de acessibilidade à saúde.¹⁹ O trabalho em equipe multi/interdisciplinar, como deve ser o das ESF, é considerado um importante pressuposto para reorganização do processo de trabalho e uma abordagem integral-resolutiva para saúde.³⁵

Um dos principais problemas para a implantação dos cuidados de saúde mental nas ESF reside na pouca familiaridade das equipes com o sofrimento psíquico.^{24,32-34} O despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no novo modelo, já mencionado, têm, por conseguinte, levado com freqüência a não identificação dos transtornos leves e ao tratamento de queixas pontuais.³³ Em alguns estudos têm evidenciado que as práticas desenvolvidas pelos profissionais estão predominantemente centradas na doença, não demonstrando mudanças no modelo biomédico tradicional; mudam-se os locais e as denominações, mas não se incrementam dispositivos para a resolução dos problemas de saúde da comunidade.^{32,33}

2.4. Contexto: ênfase na complexidade do tema e no local

A avaliação dos cuidados de saúde mental nas ESF no país é ainda bastante recente. Uma grande parte dos estudos, devido à complexidade dos elementos envolvidos, vem adotando a abordagem qualitativa para a coleta de dados. Nesta perspectiva os estudos de casos ganham destaque, pois são recomendados quando a especificidade do objeto de investigação encerra aspectos intrincados para a compreensão e quando o alvo de avaliação é uma intervenção inovadora da qual não se tem muita informação.³⁶ Em geral eles buscam compreender o significado simbólico e as representações construídas pelas pessoas (profissionais e usuários) acerca de suas experiências com o sofrimento psíquico no cotidiano, enfocando as intersubjetividades das relações estabelecidas entre usuários, profissionais e instituições.^{16, 32-34, 37} A pesquisa qualitativa tem suas origens nos estudos de crítica literária, nas ciências sociais e na teoria psicanalítica.³⁷ Este método aborda os significados, valores, crenças, motivações, atitudes e aspirações inerentes aos processos sociais individuais ou coletivos. A abordagem qualitativa é definida como aquela que privilegia a análise dos microprocessos, através da investigação das ações sociais individuais e grupais, contemplando a polissemia e heterodoxia no momento da análise.³⁷ As metodologias qualitativas são “aquelas capazes de incorporarem a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e as estruturas sociais” (1993:10), muitas vezes não captados através de instrumentos que se utilizam de perguntas fechadas ou abertas.³⁷ O diferencial da abordagem qualitativa está na possibilidade de contemplar a subjetividade, os significados simbólicos e as representações ligadas ao social e ao entendimento do objetivo.

Os métodos qualitativos e seus respectivos instrumentos de pesquisas, utilizados inicialmente nas Ciências Sociais e Antropologia passaram a despertar interesse crescente nos estudos em saúde devido à importância atribuída pelas políticas públicas de saúde a dimensão qualitativa da assistência oferecida aos cidadãos. Através deles é possível entender de modo mais aprofundado os pontos de vista dos usuários, dos profissionais que prestam a assistência e dos gestores.³⁸

A cidade de Pelotas destaca-se no cenário nacional e internacional, dentre outros aspectos, pela extensa produção de estudos de base populacionais na área da saúde, uma parte destas pesquisas lida especificamente com a incidência, prevalência e avaliação de serviços na saúde mental. Tomasi *et al.* realizou um amplo e profundo estudo enfocando os cuidados psicossociais nos CAPS de Pelotas, incluindo aspectos da saúde dos trabalhadores destes locais.³⁹ Todavia, inexistente literatura nacional sobre a percepção dos trabalhadores das ESF acerca dos sofrimentos psíquicos e cuidados de saúde mental.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Geral

Analisar as atuações (dificuldades e facilidades) de equipes de USF, em Pelotas (RS), em relação aos cuidados dispensados aos portadores de transtornos mentais.

3.2. Objetivos Específicos:

- 1) Descrever as modalidades de cuidados prestados em saúde mental realizadas pelas equipes;

- 2) Analisar a necessidade das equipes das USF de treinamento específico e manejo de saúde mental na comunidade.

4. Métodos e estratégias de ação

Será realizado um estudo qualitativo com os profissionais das equipes de três regiões da cidade. Considera-se que o estudo dos cuidados de saúde mental nas ESF envolve elementos complexos, que podem ser captados com uma perspectiva de pesquisa que possa compreender as (inter)subjetividades das relações e das atuações em saúde.

O referencial teórico-metodológico adotado para a análise e discussão deste trabalho está embasado em alguns princípios da hermenêutica, que permitirá analisar os dados através do entendimento da complexidade das palavras, expressões e ações que invariavelmente estão sobrepostas, podendo ter múltiplos sentidos.⁴⁰ A estratégia técnica-metodológica a ser empregada neste projeto será a do grupo focal.⁴¹⁻⁴³ Esta técnica permite identificar percepções, sentimentos, atitudes e sentidos dos participantes em relação a um determinado tema, atividade ou resultado.⁴¹⁻⁴³ O grupo focal possibilita o fluxo conversacional entre os participantes e o pesquisador, favorecendo trocas dialógicas que são fundamentais para o conhecimento dos processos interacionais e práticas discursivas.⁴¹⁻⁴³ Ele proporciona ao pesquisador a apreensão não só 'do que' pensam os participantes, mas também 'por que' pensam de determinada forma. Essa interação grupal proporciona ao pesquisador a observação e compreensão de controvérsias, acordos, problemas que surgem na prática profissional.⁴¹⁻⁴⁴

O município de Pelotas, onde este estudo se desenvolverá, possui uma

população de 343.000 habitantes e conta com 53 UBS.⁴⁵ Destas UBS, 45 estão sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e 18 são UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), totalizando 29 equipes (com distintos profissionais) atuantes no município. A assistência em saúde mental foi regionalizada, em 2001, através da divisão do município em seis Distritos Sanitários. Em cada distrito há um CAPS responsável pela cobertura da população adstrita, articulação e ordenamento da rede em atenção em saúde mental (0,2 CAPS por 10 mil habitantes). Desde a regionalização da saúde mental, o município passou a contar com seis CAPS e com a implantação do trabalho de saúde mental volante nas 53 USF e Tradicional. Embora Pelotas venha progressivamente ampliando a sua cobertura de ESF, iniciada em 2001, isso não significa necessariamente uma melhor prevenção e assistência na área de saúde mental.

Para responder os objetivos propostos neste projeto, os grupos focais serão realizados com sete equipes de sete ESF. Dadas as características do processo de trabalho requeridas nas ESF (cuidado longitudinal, construção de vínculo, conhecimento do território e trabalho interdisciplinar) os critérios de inclusão foram considerados fundamentais para este estudo. Dois principais critérios foram adotados para seleção das equipes ESF a serem abordadas, quais sejam: 1) trabalhar há dois ou mais anos na USF, pois isto pressupõe que as primeiras barreiras para conhecimento da comunidade tenham sido transpostas e 2) ter ao longo deste período um menor número de substituição de profissionais atuando na comunidade. As equipes USFs incluídas neste projeto são da área urbana, considerando que a quase totalidade da população se localiza nesta área.

A Tabela 1 sintetiza o número de pessoas, a composição e tempo de atuação conjunta destes profissionais naquelas equipes. A diversidade de categorias profissionais contempladas nas ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde) é uma das principais características do processo de trabalho em equipe interdisciplinar.²² Esta heterogeneidade de saberes e profissionais visam à construção de entendimentos e práticas mais contextualizadas e participativas, cujos sistemas formais de hierarquizações profissionais tradicionais tendem a perder força, pela busca constante de aprimoramento e consenso. No entanto, nos grupos focais deste estudo o tema não passará, necessariamente, pela competência técnica de cada profissional. Neste sentido, o eixo de discussão será o da percepção da doença mental nos diferentes âmbitos em que a equipe trabalha – desconfigurando as hierarquias que se vinculam a maior escolaridade, por exemplo. Utilizar-se-á, sempre que necessário para garantir a manifestação respeitosa das opiniões e experiências, de recursos técnicos que minimizem ou controlem críticas ao trabalho de colegas, muitas já cristalizadas no processo de trabalho das equipes.⁴¹⁻⁴³

A fixação de regras para o desenvolvimento do grupo focal prevê a elaboração de um guia de temas para serem abordados e discutidos com os participantes.⁴¹⁻⁴³ O desenrolar do grupo focal deverá ocorrer mediante um ambiente tranquilo e informal – a ser escolhido, durante um tempo de até duas horas. O guia de temas a ser abordado nas discussões versa sobre os cuidados de saúde mental nas USFs. Estes tópicos necessariamente não terão que ser desenvolvidos na seqüência abaixo exposta, mas devem ser contemplados em todos os grupos.

Tópicos de discussão com as equipes ESF:

- Identificação do sofrimento psíquico;
- Formas e dificuldades de atuação com os usuários com sofrimento psíquico
Acolhimento e cuidados dispensados ao portador de transtorno mental na USF;
- Responsabilidade pelos cuidados dos portadores de transtornos mentais;
- Identificar fatores que favoreçam ou facilitem as ESF nos cuidados das pessoas com sofrimento psíquico.

Todos os encontros serão gravados, após consentimento dos participantes, e transcritos para análises posteriores. O sigilo dos nomes dos participantes será resguardado. Os dados obtidos nos grupos serão considerados categorizados para as análises.^{37,38,40-44} A análise temática a ser realizada caracteriza-se pela categorização dos principais temas apontados como importantes para o entendimento do estudo.⁴⁰ Esta análise visa verificar hipóteses e identificar o sentido do que está sendo dito.

Neste estudo, a participação de todos os profissionais será voluntária e estará em consonância a Resolução N° 196/96 para pesquisas envolvendo seres humanos, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (CNS, 1996).⁴⁶ O Consentimento Livre e Esclarecido será um requisito indispensável para participação de todos, bem como o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde para a realização do estudo. Os profissionais e as USF não serão identificados, os nomes serão mantidos em sigilo com o uso de letras para identificação das equipes e de codinomes para os participantes.

Tabela 1. Composição das equipes ESF e tempo médio de atuação conjunta. Pelotas (2008)

<i>Unidade</i>	<i>N de profissionais</i>	<i>Composição</i>	<i>Tempo de trabalho conjunto</i>
A	1 1 1 4	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
B	1 1 1 3	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
C	1 1 1 3	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
D	1 1 1 3	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	4 anos
E	1 1 1 4	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	5 anos
F	1 1 1 4	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	4 anos
G	1 1 1 4	Médico/a Enfermeiro Auxiliar de enfermagem Agentes comunitários de saúde	4 anos

5. Resultados e impactos esperados

Uma vez identificados os fatores que possam possibilitar ou dificultar o trabalho com a comunidade das ESF em saúde mental, os resultados deste

projeto poderão impulsionar uma discussão, com o gestor local, sobre as necessidades precisas de treinamento e/ou conhecimento dos profissionais diante do novo modelo já referido. Acredita-se que possa haver uma dissociação e um reducionismo biológico na forma de atuação das ESF no município e que isso leve a dificuldades de comunicação e coresponsabilização com os usuários que necessitem de cuidados maiores (ou constantes). As dificuldades podem ser reconhecidas, em geral, pelas ESF, havendo disponibilidade e vontade de tomar encargo frente aos usuários com sofrimento psíquico, mas as capacitações e compartilhamento de responsabilidades com outros níveis de atenção (ambulatórios, CAPS, hospitais) nem sempre são ofertadas ou baseadas no conhecimento local.

Espera-se que com base nos dados analisados tanto as ESF quanto as comunidades possam ter um acesso a uma assistência mais condizente com seus problemas.

6. Riscos e dificuldades

Os dados secundários sobre saúde mental no município são bastante limitados. Isto é, encontram-se disponíveis na Secretaria de Saúde de Pelotas apenas as informações contidas nas Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade em Saúde (APACS), que são referentes aos pacientes atendidos nos CAPS e nos hospitais psiquiátricos. Inexistem registros de dados específicos e fidedignos de pacientes de sofrimento psíquico atendidos na Atenção Básica. O único formulário onde é possível que o diagnóstico do problema de saúde esteja registrado é nas Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA), no entanto, estes não são digitados e se referem somente àqueles

usuários que foram procurar a unidade de saúde. Embora seja possível um acesso a elas, os dados ali contidos, em geral, não estão bem preenchidos, dificultando um trabalho de avaliação dos serviços de saúde mental nas ESF. Diante deste contexto, optou-se por um trabalho com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal, que possui, como outras técnicas, vantagens e desvantagens.

Assume-se que as desvantagens, ou seja, os riscos e as dificuldades que possam ocorrer na execução deste projeto são: 1) a não adesão dos profissionais à proposta de discussão em grupo e a 2) a pouca participação dos mesmos nas discussões.

Para contornar estas possíveis dificuldades pretende-se para o primeiro item fazer contatos anteriores, de convencimento da importância de expressar suas idéias e de colaborar com o projeto. Se necessário novas datas de encontros serão agendadas. Sabe-se que mesmo resguardando estes cuidados o viés de seleção poderá ocorrer, ou seja, a disponibilidade e a colaboração voluntária dos profissionais possivelmente estarão relacionadas ao envolvimento, interesse, dedicação e competência no trabalho cotidiano de cada participante. Quanto ao segundo item pode-se usar de diferentes estímulos (como os visuais: foto, vídeo, frases) para contornar a inibição ou o receio de verbalizar compreensões e/ou críticas. A garantia do sigilo de todas as informações será sempre explicitada nos grupos.

7. Cronograma

Para as atividades previstas para a execução do projeto, desde sua elaboração à conclusão, estão previstos um total de 19 meses de trabalho. A

tabela abaixo descreve o tempo e a atividade a ser executada.

Atividades	Meses/2008										Meses/2009									
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Elaboração do projeto																				
Revisão da literatura																				
Estudo piloto																				
Análise do projeto (PPGE)*																				
Coleta dos dados																				
Análise dos dados																				
Redação do relatório																				
Finalização do relatório																				

* Prazo que abarca o envio do projeto ao Comitê de Ética da UFPEL

8. Aspectos Éticos

Este estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os princípios éticos também serão resguardados aos participantes, através de (1) obtenção do consentimento informado, por escrito; (2) garantia do direito de não-participação na pesquisa e (3) sigilo acerca das informações fornecidas.

Os resultados do presente estudo serão divulgados das seguintes formas:

- a. Apresentação do volume final em forma de relatório, necessário à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública baseada em Evidências pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPEL;
- b. Sumário dos principais achados do estudo para a imprensa local;

- c. Se conveniente, um artigo para publicação em revista científica com corpo editorial.

9. Orçamento

Todos os custos relativos ao projeto como, por exemplo, o deslocamento, a preparação do local e uso de material para o desenvolvimento do trabalho serão de responsabilidade do pesquisador.

10. Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1993.
2. DSM-IVTM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4º ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 1995.
3. Organização Mundial da Saúde 2001. Relatório sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Brasília: Gráfica BRASIL; 2001.
4. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integating Mental Health into Primary Care: A global perspective. Geneva: WHO Library Cataloguing-Publication Data; 2008.
5. Prince M, Patel P, Saxena MM, Maseco J, Phillips MR, Rahman A. No Health without Mental Health. Lancet 2007; 370: 859-77.
6. Rotelli F, Leonardis OD, Mauri D, Risio CD. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec;1990.
7. Amarante P. A Trajetória do Pensamento Critico em Saúde Mental no Brasil: Planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: Amarante P. Desconstrução do aparato manicomial. Rio de Janeiro:SDE/ENSP; 1994, 109-19.
8. Clapan G. Principio de Psiquiatria Preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

9. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Declaração de Caracas. Ministério da Saúde; 1990.
10. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção em saúde mental nas Américas. Brasília:Ministério da Saúde; 2005.
11. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologias. Brasília:UNESCO-Ministerio da Saúde; 2005.
12. Andreoli S, Almeida Filho N, Coutinho ES, Mari JJ. Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos multifásicos: Métodos, problemas e aplicabilidade. Rev Saúde Pública 2000; 34(5):475-83.
13. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. Rev Bras de Psiquiatr. 1999; 21(1):1-5.
14. Galduroz JCF, Noto AR, Nappo AS. Primeiro levantamento domiciliar sobre o abuso de drogas no Estado de São Paulo, Brasil 1999: Principais Resultados. Méd J 2003; 121(6):231-37.
15. Mari JJ. Morbidad Psiquiátrica em centros de Atención Primaria. Bol. Of. Sanit. Panam 1988;104(2):171-81.
16. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
17. Singer P. Prevenir e Curar. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1987.
18. Contandriopoulos AP. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad. Saúde Pública 1998; 14(1):199-204.
19. Borges CF. Políticas de saúde mental e suas Inserções no SUS. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Sérgio Arouca/FIOCRUZ; 2007.
20. Tenório FA. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos 2002; 9(1):25-59.
21. Basaglia F. A psiquiatria alternativa. São Paulo: Brasil Debates; 1979.
22. Ministério da Saúde. Portaria n 648/GM de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Saúde da Família, 1(1). Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

24. Filho DC. O programa de saúde da família em São Paulo. *Estud. Av.* 1999; 13:89-100.
25. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novais HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11):1639-48.
26. Nunes M. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das Reformas Psiquiátricas e Sanitárias. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(10):2375-84.
27. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* 2008, no prelo.
28. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultado de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clin.* 1999; 26(5). Disponível em: <http://hcnet.usp.br/ipq/revista> (Acessado em 04-04-2008).
29. Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na Cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5(2): 164-73.
30. Patel V, Garrison P, Mari JJ, Minas H, Prince M, Saxena S. The Lancet's series on Global Mental Health: 1 year on. *Lancet* 2008; 379: 1354-57.
31. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-81.
32. Brèda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001; 6(2):471-80.
33. Rosa WAG, Labade RC. Programa Saúde da Família e construção de um novo modelo de assistência. *Rev Lat Americ Enfermagem* 2005; 16(3): 1027-34.
34. Hirdes A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008, no prelo.
35. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(16):25-38.
36. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(2):5331-6.

37. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento 2 ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco;1993.
38. Caprara A, Landin LP. Etnografia: uso possibilidades e limites na pesquisa em saúde. Interface-Comunic., Saúde, Educ.; 2008;12(25): 363-76.
39. Tomasi E, Silva RA, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Gonçalves H. Os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS. Relatório Final. 2007 CNPq – Edital 07/2005 Saude Mental-Processo:554554/2005-4. UFPEL-UCPEL.
40. Geertz C. A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LDC- Livros Técnicos e Científicos S. A.; 1989.
41. Llanes GD. Los grupos focales su utilidad para el medico del familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(3-4).
42. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública 1996; 30(3):285-93.
43. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livros Editora Ltda; 2005.
44. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Portugal): Edições 70 Ltda;1990.
45. IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/população. Acesso em 20 setembro de 2008.
46. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

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](#)