

Danielle Araujo Borsari

Saúde Mental na Atenção Básica em Município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo
2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Danielle Araujo Borsari

Saúde Mental na Atenção Básica em Município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Tereza Etsuko da Costa Rosa

**São Paulo
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Borsari, Danielle Araújo

Saúde mental na Atenção Básica em município do interior do estado de São Paulo: a pesquisa ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviço de atenção ao sofrimento psíquico/ Danielle Araujo Borsari. São Paulo, 2013.

70p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Tereza Etsuko da Costa Rosa

1.Saúde Mental 2. Transtornos Mentais 3. Atenção Primária à Saúde 4. Serviços de Saúde Mental I. Título.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades e estar sempre me mostrando o caminho do bem.

A toda minha família, avós, primos e tios, que amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo, especialmente meus pais Valdir e Dida que me ensinaram a sempre perseverar na caminhada.

Aos meus irmãos, que Deus colocou em minha vida: Luiz Fernando e Marcela, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando.

Ao meu marido Paulo Henrique pelo apoio, paciência nos momentos de inquietação e cansaço.

A todos meus amigos em especial a Leila Fernanda Pasquinelli Esperança que me amparou em diversos momentos e contribuiu grandemente na construção desse trabalho.

A minha orientadora Dra Tereza Etsuko da Costa Rosa pela infinita disponibilidade, por toda a paciência e ensinamentos e pela dedicação na condução deste trabalho.

Aos membros da banca Dr Silvio Yassui e Dra Maria de Lima Salum e Moraes por gentilmente terem aceitado o convite para compor a Banca do Mestrado e por todas as contribuições que enriqueceram este trabalho.

A todos os professores do Instituto de Saúde pela competência e disposição em compartilhar experiências.

A todos de minha equipe de trabalho das unidades da Estratégia de Saúde da Família I e II do município de Indiana, sem os quais este trabalho não teria sentido.

À prefeitura Municipal de Indiana, pelo apoio e incentivo.

RESUMO

Considerando-se que a equipe de Atenção Básica (AB) tem um importante papel na assistência a certas demandas de saúde mental, mas que as ações para atender a tais demandas ainda estão baseadas no modelo biomédico, que vai na contra mão da Reforma Psiquiátrica, o estudo tem como objetivos contribuir para o fortalecimento da rede de serviços à atenção ao sofrimento psíquico a partir da AB no município de Indiana, conhecer e analisar os referenciais teóricos de compreensão e tratamento dispensados aos pacientes e verificar as dificuldades existentes na articulação entre a Atenção Básica e o serviço de referência. Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa utilizando a pesquisa-ação, associada a uma estratégia de intervenção, tendo como suposto a capacidade de interferir na realidade estudada e de modificá-la. Realizaram-se reuniões com a equipe da rede de atenção à saúde onde discutiram-se aspectos da política de Saúde Mental e da prática cotidiana dos profissionais da AB nos atendimentos em saúde mental. Principais conclusões resultantes das discussões: inexistência de responsabilidade coletiva do trabalho; não há incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde; desorganização no processo de trabalho que remete à desarticulação com os outros serviços; baixo investimento político no fortalecimento da AB; reconhecimento da Educação Permanente em Saúde como instrumento para o redelineamento do trabalho. **Potencial de aplicabilidade:** Além das transformações assistenciais significativas na área da saúde mental alcançadas, a equipe percebeu sua capacidade de reflexão sobre o seu papel na AB, sua capacidade de realizar mudanças e de gerar transformações em suas ações e nas práticas institucionais, dentro dos espaços de atuação coletiva que foram construídos no processo de desenvolvimento da pesquisa-ação.

Palavras chave: Saúde Mental; Transtornos Mentais; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

Considering that the primary health care team (PHC) has an important role in assisting certain demands of mental health, but the actions to meet such demands are still based on the biomedical model that goes against the Psychiatric Reform, this study aims to contribute to strengthening the network of services to the attention to psychological distress from the PHC in the city of Indiana, to understand and analyze the theoretical references of understanding and treatment provided to patients and check the current difficulties in linking the PHC and the reference service. This research has a qualitative approach using action research, coupled with an intervention strategy, with the supposed ability to interfere with the reality studied and modifies it. Meetings were held with staff of health care network, which were discussed aspects of mental health policy and everyday practice in PHC of professionals in mental health interventions. Key findings from the discussions: lack of collective responsibility, there was no incorporation of different knowledge in health care practices; clutter in the work process that leads to the disconnection with the other services; low political investment in strengthening PHC; recognition of Continuing Education in Health as a tool for re-delineate the work. **Applicability potential:** In addition to significant assistance changes achieved in the field of mental health care, the team realized their ability to reflect on their role in the PHC, to make changes and create transformations in their actions as well as in institutional practices within the areas of collective action that were built in the development process of action research.

Keywords: Mental Health, Mental Disorders, Primary Health Care, Mental Health Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1. 1 PANORAMA DA REFORMA PSIQUIATRICA.....	12
1. 2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	15
1.3 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	22
2 OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
3 MÉTODOS	27
3.1 LOCAL DO ESTUDO	27
3.2 A ESTRATÉGIA METODOLOGICA DO ESTUDO	30
4 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS (RELATO DAS REUNIÕES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE)	35
5.1 AS REUNIÕES.....	35
5.2 OS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES	38
5.3 A EQUIPE E A PRÁTICA COTIDIANA	40
6 DISCUSSÃO	44
6. 1 TEORIA VERSUS PRÁTICA COTIDIANA OU, POR QUE O QUÊ SABEMOS NÃO PRATICAMOS?	45
6.2 A EQUIPE DE SAÚDE E OS MÉDICOS	47
6.3 A ATENÇÃO BÁSICA, PORTA DE ENTRADA?	50
6.4 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAISDE SAÚDE	55

7 PARA NÃO CONCLUIR OU CONTINUANDO A TRANSFORMAÇÃO	59
8 REFERÊNCIAS	62
9 ANEXOS	67

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais constituem-se, atualmente, em problema de saúde pública e estimativas da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental e que um em cada quatro indivíduos, será afetado por uma doença psiquiátrica em algum estágio da sua vida. Acredita-se, ainda, que esse número sofreu um aumento progressivo, principalmente nos países de média a baixa renda incluindo também o Brasil, devido a uma associação significativa com o baixo nível socioeconômico (WHO 2001).

Estudos de cunho epidemiológicos nacionais indicam que cerca de 31% a 50% da população brasileira apresenta pelo menos um episódio de transtornos mentais durante sua vida e destes, 20% a 40% necessita de algum tipo de ajuda profissional (XIMENES 2009). Quanto à população que sofre de transtornos psíquicos severos e persistentes, o Ministério da Saúde estima que 3% da população, representando cinco milhões de pessoas, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental. (MS 2003) Mais recentemente, a atenção tem se voltado para os transtornos mentais devido ao consumo de drogas ilícitas como os solventes, a maconha e a cocaína que representam prevalências da ordem de 12,3%, 10,9%, 2,3%, respectivamente (GALDURÓZ et al. 2004).

No Brasil, no tocante à atenção à saúde, os anos 1970 marcam os primeiros resultados do movimento da Reforma Sanitária que imprimem uma nova configuração à Saúde Pública. Neste campo o principal eixo condutor das mudanças foi a ideia de saúde como um direito do ser humano e o Estado como responsável por garantir o acesso aos bens e serviços de saúde, segundo as diretrizes da

universalização, integralidade, descentralização e participação popular, regionalização e equidade.

No âmbito da Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica, *pari passu* ao movimento da Reforma Sanitária, influencia o país a assinar a Declaração de Caracas. Nela os programas de Saúde Mental são incorporados à Atenção Básica e dá ênfase à construção de uma rede de cuidados alternativos ao Hospital Psiquiátrico (MS 2007) Nesse momento passa-se a preconizar o tratamento dos problemas de sofrimento psíquico, sobretudo em espaço aberto, fora do Hospital Psiquiátrico, abrindo espaço para o protagonismo dos medicamentos como meio de tratamento (MS 2005).

1.1 PANORAMA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico que se constitui em um movimento que vem sendo delineado como uma transformação do modelo assistencial em saúde mental a partir da implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial em rede. Tem como vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam; embora, ainda hoje, se configure como um movimento contra hegemônico à tradição biomédica, hospitalocêntrica e medicalizadora.

O movimento da desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital, porém ele se sustenta como um processo político e social de mudança dos modelos de atenção e gestão de um aparato de cuidados e práticas que devem ser realizadas na comunidade e direcionadas às propostas de ressocialização/reabilitação. O que preconiza a Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência do paciente que sofre de transtornos mentais para fora dos muros do hospital, confinando-o em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Ao contrário, espera-se que seja resgatada a cidadania desse paciente, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento, com a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (MS 2007)

O processo da Reforma Psiquiátrica começou a ser gestado nos diversos encontros de trabalhadores de saúde mental que se realizaram, principalmente, em cidades da região Sudeste do estado de São Paulo. As discussões iniciais objetivaram denunciar as condições degradantes da assistência que era prestada nos asilos e hospitais psiquiátricos, até então. Os trabalhadores de saúde mental também realizaram uma autocrítica sobre o papel que vinham desempenhando nessa assistência que era de baixa qualidade, desrespeitosa e segregadora dos doentes mentais, bem como sobre o novo papel político que precisariam assumir para transformar tal realidade (TENÓRIO 2002). Posteriormente, com abrangência maior, realizaram-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010.

A necessidade de lutar pelo resgate da cidadania dos doentes mentais veio à tona de modo mais claro durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental, quando

foram traçadas estratégias para processar modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, civil e penal, modificações essas, que dariam suporte ao novo enfoque de cidadania que se pretendia constituir (BRASIL 2001). Nessa mesma Conferência foram definidos os pontos principais do novo modelo de assistência em Saúde Mental e que foi se aperfeiçoando em momentos posteriores.(MS 2005)

Das conferências que se sucederam, concordando com DELGADO et al. (2007), destacamos a III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, em 2001, pela ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares e por consideraram-na responsável pela consolidação da Reforma Psiquiátrica como política de governo, conferindo aos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) dispositivo estratégico para a mudança do modelo de assistência em saúde mental. E, ainda, por terem sido traçadas as linhas básicas de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, bem como por ter estabelecido o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Agora, na última Conferência, em 2010, reafirmou-se o campo de saúde como intrinsecamente multidimensional, interdisciplinar, interprofissional, intersetorial e como componente fundamental da integralidade do cuidado social e da saúde em geral. E, ainda, como dispositivos de contribuição ao debate, crítica e formulação de políticas públicas, integrando-se à luta para o fortalecimento do controle social e da consolidação do SUS. (MS 2010)

Aos objetivos de resgate da cidadania e de questionar o modelo assistencial vigente da Reforma Psiquiátrica, adicionaram-se proposições como: reverter o

hospitalocentrismo, implantando rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional, proibir a construção de novos hospitais psiquiátricos ou a ampliação dos existentes e fazer a desativação progressiva dos leitos existentes, inserir leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais, integrar a saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições.(TENÓRIO 2002).

A Reforma psiquiátrica pode ser vista como um campo heterogêneo, que abarca a questão clínica, a política, a social, o cultural e as relações com o jurídico. Este processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem sucedidas. Um exemplo disso é a interação entre Saúde Mental e Atenção Básica que traz uma nova estratégia de ação para o SUS, principalmente com o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF). (TANAKA e RIBEIRO 2009)

1.2 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), podemos caracterizar a Atenção Básica como sendo:

“... um conjunto de ações de saúde, de caráter individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. (MS 2012; p. 25)

Assim, a Atenção Básica deverá ser aquela que se estrutura enquanto sistema de respostas adequadas às necessidades de saúde e determinadas pelas condições de vida dessas populações, possibilitando a corresponsabilização entre equipe e população assistida, o que propicia o desenvolvimento de ações intersetoriais que atuam nos determinantes dos padrões de saúde das populações.

As características de acessibilidade e de cobertura da ESF na população, bem como os seus investimentos na promoção da saúde e na prevenção de doenças tem alcançado resultados importantes para a saúde coletiva.

A ESF é uma estratégia de organização das ações que procura viabilizar os princípios e diretrizes do SUS na atenção básica, composto por uma equipe de médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde, atuando com população adstrita em torno de no máximo quatro mil habitantes, e assume a responsabilidade sanitária no território e assistência à saúde integral para todos os componentes cadastrados (MS 2003).

Alguns autores têm destacado a relevância da Atenção Básica como elemento chave para a promoção da equidade nas sociedades com grandes disparidades sociais. Assim desde a sua criação em 1994, a Estratégia Saúde da Família assumiu grande importância política e social no âmbito do sistema de saúde brasileiro. A ESF nasce então como proposta de reestruturação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial vigente (SOUZA 2012).

Para aprimorar o atendimento e a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde amplia o leque de opções aos usuários da Atenção Básica por meio da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

(NASF). O NASF é uma estratégia criada para produzir saúde sob múltiplas dimensões do cuidado (BORGES 2008). Em outros termos, com a implantação do NASF, a partir de 2008, além dos profissionais que prestam atendimento nas Unidades ESF, contando com a decisão dos gestores locais para a sua implantação, outros profissionais estariam disponíveis.

É por meio da responsabilidade compartilhada entre as equipes de Saúde da Família e a nova composição da equipe dos NASF que se estabelece um novo processo de acompanhamento longitudinal da equipe da Saúde da Família, o que fortifica seus atributos e as ações de cuidado.

É importante salientar que, tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, o Ministério da Saúde recomenda que cada NASF conte com, pelo menos, um profissional da área de saúde mental. A própria Portaria 154/2008 (MS 2008), que instituiu o programa, justifica que a demanda de pacientes com problemas psíquicos na atenção básica é alta, sendo o encaminhamento e o tratamento nos moldes de cuidado matricial indispensáveis para que a histórica defasagem estrutural na organização do trabalho em saúde em geral e em saúde mental seja superada e promova o equilíbrio entre as ações de saúde básica, o matriciamento promovido pelo NASF e a sua integração com os demais dispositivos da rede de serviços de saúde mental.

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento das ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornando possível migrar o

modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é visto como um todo. Corroboram para o fortalecimento desse modelo de atenção a construção de ferramentas como a linha de cuidado, tendo o usuário como elemento estruturante de todo o processo de produção da saúde, que auxiliam na realização da gestão da clínica ampliada e na organização da rede de assistência. Além disso, este usuário seria assistido por outra ferramenta da clínica ampliada, o protejo terapêutico singular (PTS), que deve guiar todo este processo e ser elaborado por equipe multiprofissional, já que o usuário deve ser reconhecido como um “sujeito pleno”, que traz consigo além de um problema de saúde, uma certa subjetividade (CECÍLIO e MERHY 2003; FRANCO e MAGALHÃES JR 2004; MS 2007).

Imediatamente, ressoam os seguintes princípios nas propostas de desinstitucionalização dos cuidados às pessoas com transtornos mentais: atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade das ações, responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersetorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional (NUNES 2007).

Ainda no âmbito da Atenção Básica à Saúde, não podemos deixar de mencionar as Redes de Atenção Psicossocial. A estruturação da rede de atenção em Saúde Mental, a partir da Atenção Básica, é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o regaste da cidadania do indivíduo com transtorno psíquico.

A Organização Mundial de Saúde (2008) considera que as redes de atenção à saúde contêm modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para a população; os espaços de integração de vários serviços, a atenção contínua, ao longo do tempo, a integração vertical de diferentes níveis de atenção, a vinculação entre a formulação da política de saúde, a gestão e o trabalho intersetorial. Com isso busca-se a organização dos serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades. Quando se trata em rede a atenção à saúde mental, se faz necessário a implantação de ações que proporcionem a constituição de uma teia que promova vínculos psicossociais e qualidade de vida dos indivíduos, a organização da rede de serviços e equipamentos, a criação, ampliação e articulação de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento psíquico.

Para CASTELLS (2000) as redes são novas formas de organização do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia, que devem superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico. E, de acordo com MENDES (2009) as principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimento e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, criação de vínculo, entre outros.

A rede de atenção à saúde mental no Brasil está integrada ao SUS e sua característica é essencialmente pública e de base municipal. Embora a atenção em saúde mental seja tarefa de uma rede articulada de serviços, essa articulação deve

incluir os recursos da comunidade para se constituir um verdadeiro espaço de inclusão às pessoas com sofrimento psíquico (BEZERRA 2008).

A portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial e, em 2012, com a Portaria 132, o Ministério da Saúde institui o incentivo financeiro de custeio para o desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do SUS (MS 2012). A RAPS é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Preconiza-se que tal rede de saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Nesse contexto podemos ter como recurso a Rede de Atenção Psicossocial que tem como diretrizes a equidade, a garantia do acesso e da qualidade dos serviços em rede com base territorial e comunitária com o cuidado centrado nas necessidades das pessoas. Em suma, a RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso do crack, álcool e outras drogas.

Entretanto, sabe-se hoje que, mesmo com os avanços obtidos na área da Saúde Mental e na Atenção Básica, persistem vários nós críticos a serem discutidos.

Uma demanda importante relacionada à Saúde Mental chega diariamente na Atenção Básica, que é a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa de que o profissional possa dar resposta ao seu sofrimento de forma rápida e eficaz. Todavia, uma série de fatores irá dificultar o acolhimento do usuário. Os principais resultados de estudos sobre a população que procura a rede de atenção básica em

saúde apontam para a existência de uma alta prevalência de transtornos mentais menores e um número pequeno de usuários identificados como tal pelos médicos clínicos (ANDREOLI 2007). Segundo ONOCKO-CAMPOS (2007) isso se agrava devido à falta de diretrizes do Ministério da Saúde, à falta de preparo técnico do profissional, às precárias condições de trabalho, à falta de investimento dos gestores, dentre outros, que fazem com que a demanda à Saúde Mental não encontre uma resposta adequada, e nem uma escuta qualificada.

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, citados por ONOCKO-CAMPOS (2007), estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Portanto muitos casos poderiam ser resolvidos na própria atenção básica.

No entanto, as equipes não estão voltadas para a clínica ampliada, não buscam o arranjo do apoio matricial e não seguem um protocolo clínico. Com isso, a demanda para os serviços especializados em saúde mental é intensa. De modo geral, a questão do vínculo, acolhimento e da escuta do sujeito na sua integralidade não tem sido priorizadas. Assim tanto as equipes da atenção básica quanto as equipes de referência trabalham de forma fragmentada e realizam ações isoladas. Os profissionais da atenção básica não estão preparados para lidar com as situações que necessitam de uma intervenção, principalmente no caso de pacientes com grave sofrimento psíquico, pois a maioria dos profissionais demonstra receio em relação à necessidade de lidar com pacientes com transtornos mentais e comportamentais e usuários de substância químicas.(ONOCKO-CAMPOS 2007)

TANAKA e RIBEIRO (2009), analisando a atenção prestada a 411 crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo, concluem que

“... os profissionais envolvidos na expansão da atenção básica, principalmente o médico, ancoram-se nos aspectos biológicos dos problemas de saúde, por serem estes os de maior familiaridade e capacidade de intervenção e que, em essência, foram mais afiançados na conformação da oferta de serviços de saúde, seja pelo financiamento ou pelas políticas explícitas das três esferas de governo na gestão do SUS. As dificuldades encontradas na organização dos sistemas locais ou loco-regionais de saúde para acolhimento/captação dos usuários portadores de transtornos mentais são potencializadas pela ‘sensação’ de incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde, principalmente o médico com formação clínica não especializada, que constitui a maioria dos profissionais médicos incorporados na atenção básica.” (p. 484)

1.3. A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O “modo psicossocial” é aquele que tem como base de sua constituição a contraposição ao modelo asilar, ou melhor, a construção de uma forma de operar na assistência em saúde mental que necessariamente utilize novos parâmetros, os quais rompem com os saberes e práticas até então instituídos (COSTA-ROSA 2000). E mais, não apenas na desospitalização, mas na perspectiva da construção de uma rede de serviços alternativos. Como serviços alternativos podemos falar sobre a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), que aparece como avanço para a superação de uma série de impasses decorrentes da herança do paradigma psiquiátrico, hospitalocêntrico e medicalizador.

A proposta de ação da EAPS exige a superação desses paradigmas e sua substituição por um novo que seja capaz de se situar de modo afirmativo: um paradigma que situe a saúde mental no campo da atenção básica, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demanda um olhar multiprofissional. A EAPS é uma lógica que perpassa e transcende as instituições enquanto estabelecimentos, tornando-as dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território, distanciando-se dessa forma, de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade da atenção (YASSUI 2008).

Desde os anos 1980, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a fazer parte dos serviços municipais de atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e experimentaram grande expansão a partir de 2002, quando o Ministério da Saúde abre uma linha específica de financiamento a esse tipo de dispositivo.

“O que é recomendado é que os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabem aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.” (DELGADO et al. 2007; p. 59)

Desde então os CAPS têm contribuído para o desenvolvimento das políticas de saúde mental. Como são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção à saúde funcionam como referência para tratamento de portadores

de transtornos mentais graves, é um serviço substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS devem ser territorializados e, portanto devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A inserção social do portador de intenso sofrimento psíquico pode se dar no CAPS, mas sempre em direção à comunidade.

Outra atribuição dos CAPS é prestar o apoio matricial para as equipes de saúde da família que tem como objetivo aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde. Este arranjo provoca uma reformulação nos organogramas dos serviços, de forma que as áreas especializadas passam a oferecer apoio técnico horizontal às equipes interdisciplinares de atenção básica. A relação terapêutica, portanto, passaria a ser a linha reguladora do processo de trabalho, no qual as equipes de referência são as responsáveis por realizar o acompanhamento longitudinal do processo saúde-doença-intervenção de cada paciente.

Não obstante o atual desvirtuamento do papel dos CAPS, principalmente pela falta de preparo dos profissionais, os CAPS se tornaram dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil. De acordo com GILJOR (2003), os CAPS configuraram-se simbólica e numericamente como grande aposta do movimento da Reforma Psiquiátrica Nacional. O autor assinala a aproximação entre saúde coletiva e a saúde mental como uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, julgando as investigações especificamente dirigidas aos CAPS como potencialidade geradoras de subsídios

para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Contribuir para o fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico no município de Indiana de acordo com os equipamentos disponíveis, com ênfase na Atenção Básica, por meio da pesquisa ação e grupo intercessor.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer e analisar os referenciais teóricos de compreensão e tratamento dispensados aos pacientes em sofrimento psíquico pelos profissionais da Atenção Básica do município de Indiana.
- b) Verificar as dificuldades existentes na articulação entre os serviços de referência para saúde mental e a atenção básica, promovendo a solução dos mesmos.

3 MÉTODOS

3.1 LOCAL DO ESTUDO

Considerando o processo de regionalização da saúde no SUS, um dos eixos estruturantes do pacto pela saúde de 2006, as regiões de saúde são territórios onde se articulam o conjunto das ações de atenção à saúde. No estado de São Paulo, as grandes regiões de saúde são divididas em 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que por sua vez se subdividem em 64 Colegiados de Gestão Regional (CGR).

O município de Indiana, situado na região Oeste de São Paulo a 566 km da capital, compõe, com outros 18 municípios, o CGR da Alta Sorocabana do DRS XI, sediada em Presidente Prudente. Esse CGR é composto por municípios de pequeno porte populacional, sendo Indiana, com aproximadamente 4.817 habitantes, um deles, juntamente com outros 10 municípios com menos de 5 mil habitantes.

O município de Indiana conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), apresentando 100% de cobertura das ESF, uma mini equipe de Saúde Mental formada por médico clínico, enfermeira, psicólogo, assistente social e farmacêutico, que tem como função dar apoio técnico para as equipes de Saúde da Família nos casos mais complexos.

Os pacientes que apresentam quadros considerados moderados a graves são encaminhados para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS 1 e CAPS AD) do município de Martinópolis (referências para os municípios de Indiana e Caiabu) que funcionam como “porta aberta” com atendimento multiprofissional.



O CAPS I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, o CAPS AD atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Nesta região existe apenas um CAPS infantil (CAPSi) e nenhum CAPS III, salientando, ainda que o CAPSi, atende apenas o município de Presidente Prudente.

O Polo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI) de Presidente Prudente oferece leitos hospitalares de curta permanência no hospital geral administrados pelo HR (Hospital Regional), serviço é referência para o município de Indiana nos casos de urgência psiquiátrica ou pacientes que apresentam sofrimento psíquico associado a uma patologia física, como hipertensão, diabetes, e outras ou mesmo pacientes de outras enfermarias com necessidades de cirurgias no HR.

No Hospital Regional, existe ainda o Ambulatório de Dependência Química do AME (Ambulatório Médico de Especialidades) situado em Presidente Prudente. Esse Ambulatório funciona de segunda a sexta, a partir das 18 horas, realiza atendimento ambulatorial (psiquiatria e psicologia) e avaliação para encaminhamento para comunidades terapêuticas de tratamento a dependências químicas.

Existem, ainda, três hospitais psiquiátricos na região de Presidente Prudente (São João, Bezerra de Menezes, Allan Kardec). A internação psiquiátrica é realizada intermediada pela equipe de saúde da Atenção Básica, que tem a função de realizar a avaliação do paciente e orientar os familiares. A solicitação das internações é efetuada por fax à Central de Regulação de Vagas que informa o hospital psiquiátrico para a internação.

Caso algum paciente necessite de internação fora do horário de funcionamento da unidade básica, ou quando não há vagas em leitos psiquiátricos o paciente é encaminhado para a Santa Casa de Martinópolis, referência de hospital geral do município, onde o paciente permanece durante a crise ou até que a vaga específica seja liberada.

3. 2 A ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa por constituir uma discussão aprofundada sobre a real situação das práticas de Atenção à Saúde Mental, a partir da Atenção Básica, no município de Indiana

Utilizaram-se como espaço de discussão as reuniões entre as equipes de Estratégia de Saúde da Família, onde foram elencados alguns atores para participarem das discussões, cujos temas foram pré-definidos. A discussão em grupo foi o espaço para identificar o olhar dos atores envolvidos no processo e para explicitar os conceitos, as noções e as práticas que são utilizadas na Atenção à Saúde Mental, principalmente na Atenção Básica.

Como abordagem metodológica utilizamos a pesquisa-ação, que tem como pressuposto que os sujeitos que nela se envolvem compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que emerge num dado contexto local. Entre as diversas abordagens teórico-metodológicas que a pesquisa-ação tem sido utilizada, optamos pela pesquisa-ação crítica que pode ser considerada, de acordo com FRANCO (2005):

“uma abordagem de pesquisa, com característica social, associada a uma estratégia de intervenção e que evolui num contexto dinâmico (...) é uma pesquisa que parte do pressuposto de que pesquisa e ação podem estar reunidas (e) essa pesquisa pode ter por objetivos a mudança, a compreensão das práticas, a resolução dos problemas, a produção de conhecimentos e/ou a melhoria de uma situação dada,

na direção proposta pelo coletivo; (...) metodologicamente, deve ter procedimentos flexíveis, ajustar-se progressivamente aos acontecimentos; estabelecer uma comunicação sistemática entre seus participantes e se auto-avaliar durante todo o processo; (...) (p. 496)

Com um problema constatado, o grupo procura problematizá-lo, ou seja, situá-lo em um contexto teórico buscando possíveis intervenções.

É importante salientar que a pesquisa-ação, como uma das muitas diferentes formas de investigação-ação, também, pode ser definida como toda tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática. Isto é, objetiva a prática e o conhecimento: a primeira busca a resolução de problemas a partir de possíveis soluções e de propostas de ações que auxiliem os agentes (atores) na sua atividade transformadora, a segunda traz a tomada de consciência, propicia que se obtenham informações de difícil acesso por meio de outros procedimentos e assim possibilita ampliar o conhecimento de determinada situação (TRIPP 2005).

Dessa forma, considerando que um dos objetivos deste trabalho foi investigar a própria prática a fim de modificá-la, justificamos a preferência por um método, como o da pesquisa-ação, que visa à atividade transformadora e à reflexão, por meio da participação ativa dos principais atores da prática.

Além disso, utilizamos também como recurso metodológico o grupo intercessor que pode ser considerado um campo aplicado para a produção do conhecimento. Pretendeu-se que este grupo funcionasse como um campo de construção de sentidos sobre as práticas já desenvolvidas ou a serem engrenadas, buscou-se oferecer um espaço de consideração aos impasses vividos com os

profissionais envolvidos no cuidado com a Saúde Mental, sabendo-se, portanto, que não existem soluções a partir de métodos ou teorias gerais. O grupo intercessor pode ser compreendido ao momento de inserção do intercessor (pesquisador) no cotidiano da equipe, no caso desta pesquisa nas equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Indiana, como um dos seus participantes necessariamente aceito pelo coletivo, o intercessor-pesquisador também é alguém que tem questões que aquele trabalhador imerso no seu cotidiano ainda não formulou (STRINGHETA e COSTA-ROSA 2007).

O grupo teve encontros regulares (quinzenais), durante alguns meses no próprio local de trabalho dos participantes. Contudo, o início do ano de 2013 foi um ano bem atípico em relação ao aumento excessivo de casos de dengue em toda a região. Nessas circunstâncias todos os profissionais foram requisitados a trabalhar no combate à epidemia tendo que fazer bloqueios diários, casa a casa realizando vistorias nos quintais das residências, bem como orientações sobre os sinais e sintomas da doença para toda a população. Essa situação teve como consequência um atraso no cronograma pré-estabelecido, sem prejuízo do desenvolvimento das reuniões em si.

O modo de funcionamento (horário, duração, frequência) se estabeleceu de acordo com os participantes. Os temas desenvolvidos nas reuniões não foram previamente formulados, sendo que a seleção dos temas abordados dependeu do interesse e da dinâmica do grupo.

A composição do grupo foi multidisciplinar, sendo que foram convidados para participarem médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais que atuam nas 2 equipes de Estratégia de Saúde da Família do município de Indiana.

4 ASPECTOS ÉTICOS

Vale salientar, que por sua metodologia não tradicional de clara distinção entre pesquisador, sujeitos e objeto de pesquisa, neste trabalho a ética foi uma questão primordial onde o pesquisador tomou todas as medidas cabíveis para assegurar que não ocorresse nenhuma situação que implicasse em prejuízo ou em constrangimento aos participantes. Condutas, atitudes e comportamentos do pesquisador durante o desenvolvimento da pesquisa foram conduzidos tendo como cerne, não o sigilo, mas a manutenção da confiança mútua entre pesquisador e participantes.

Todos que aceitaram participar da pesquisa assinaram individualmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, para atender os objetivos e alcance da pesquisa houve uma pactuação coletiva entre todos os participantes.

Atendendo às diretrizes da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Processo CAAE: Nº 06249312.4.0000.0086.

5. RESULTADOS (RELATO DAS REUNIÕES COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

5.1 AS REUNIÕES

No período de primeiro de março a trinta de maio de 2013, foram realizadas dez reuniões, com a participação de dezesseis profissionais de saúde em média, entre eles, agentes comunitários, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. A apresentação dos resultados e discussão da presente dissertação enfoca principalmente o conteúdo dessas reuniões.

As reuniões foram realizadas na sala da Equipe de Estratégia de Saúde da Família I,(ESF I) e contou com profissionais das duas Unidades de Saúde da Família (ESF I e II). Para a realização das reuniões por meio do grupo condutor, contamos também com o auxílio da psicóloga da Unidade Básica de Saúde II, que contribuiu muito valiosamente na construção de todo o processo.

No primeiro encontro foi realizado acolhimento com o desenvolvimento de uma dinâmica em grupo, para sensibilizar o grupo a respeito do projeto. A ênfase foi dada no objetivo do projeto de fortalecer a equipe e a rede de atenção a saúde. Também foi definido com os participantes o cronograma de reuniões e suas respectivas pautas. As reuniões, como já mencionamos, tiveram duração máxima de

duas horas e ocorreram todas no período da tarde, por decisão do próprio grupo. Os profissionais participantes das reuniões se mostraram bem receptivos e interessados em buscar melhorias para o próprio serviço, no entanto, após alguns encontros, tivemos dificuldades em cumprir com o cronograma estabelecido por causa da epidemia de dengue, como relatado nos métodos.

Após algumas semanas conseguimos retomar os encontros e as discussões retomaram seu caminho.

Algumas reuniões foram bem extensas, mas proveitosas, onde surgiam diversas questões relativas ao tema central das reuniões, Saúde Mental. Entretanto, em outras ocasiões os temas discutidos escapavam do tema proposto, trazendo muitas questões pessoais para discussão no grupo, uma vez que os profissionais não têm outras oportunidades para conversar.

Considerando que o município não realiza reuniões de equipe rotineiramente, consideramos um grande avanço que na segunda reunião o vínculo dos profissionais de saúde se configurava praticamente como uma equipe de trabalho. Muitos dos profissionais expressaram em suas falas que, embora seja difícil e angustiante lidar com questões relacionadas à saúde mental, seu propósito é o de cuidar com o intuito de amenizar o sofrimento do paciente. Um aspecto que chamou a atenção foram as alternativas e ideias que surgiram como ações de prevenção de agravos em saúde mental no município, além de sugestões de estratégias para enfrentar os medos ou entraves que dificultam o atendimento dos pacientes.

A proposta de pesquisar referências sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica foi aceita pelo grupo que, se por um lado, trouxe diversas contribuições

desmitificando alguns conhecimentos do senso comum, por outro, reafirmava conhecimentos já adquiridos em cursos e treinamentos que não eram trazidos para contribuir na prática cotidiana.

Em algumas reuniões foram realizadas dinâmicas, com o objetivo de propiciar aos participantes a conscientização de seu potencial em resolver situações difíceis e em lidar com questões delicadas, visando fortalecer a importância do trabalho em equipe e o vínculo entre os membros do grupo e para proporcionar momentos de descontração. Durante a realização da dinâmica, foi possível observar que, ansiedades, medos e dificuldades em lidar com situações novas, interferiam na realização da atividade proposta pela dinâmica, embora o grupo não ficasse impedido de concluir a tarefa. Fizemos uma analogia com o processo de trabalho, concluindo que no processo de trabalho vamos nos deparar com entraves e dificuldades, que poderão ser enfrentadas com a diversidade de visões do trabalho em equipe.

Outro ponto relevante que foi possível de se observar durante as reuniões é que os profissionais conseguiram enxergar os problemas de ordem organizacional e gerencial no que tange o atendimento aos transtornos mentais. Os profissionais dão a entender que conhecem estratégias como apoio matricial e o seu funcionamento, no entanto não são capazes de se articularem de modo a implantar um trabalho de apoio matricial em suas unidades. Ainda em relação à participação dos profissionais nas reuniões, não houve adesão dos médicos das unidades, embora tenham sido insistentemente convidados.

5.2: OS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES

Todos os profissionais que compõem a equipe foram convidados e estimulados a participar das reuniões, porém apenas as Enfermeiras, os Agentes Comunitários de Saúde e os Auxiliares de Enfermagem, participaram ativamente das reuniões. Os médicos que ocupam um papel essencial no cenário dos atendimentos realizados em Saúde Mental do município não participaram de nenhuma reunião. No início os profissionais que concordaram em participar mostraram-se bastante receosos, devido ao fato de não estarem acostumados a realizarem reuniões de equipe na unidade de saúde.

Os profissionais que mais se envolveram, na participação das reuniões foram os agentes comunitários, que trouxeram para a discussão casos reais de seus pacientes. Este fato não nos surpreende, pois por estarem mais próximos dos pacientes da saúde mental, os ACS acabam funcionando como a “ponte” entre o serviço de saúde e a população. No entanto, os Agentes de Saúde trouxeram para o grupo não só a realidade dos pacientes junto às suas famílias, como também as angústias de não poder ajudá-los efetivamente, uma vez que seriam, em tese, os menos capacitados para esta tarefa, e que também são pouco ouvidos dentro das equipes.

A equipe trouxe para discussão a percepção de que muitos pacientes estão sem avaliação médica há anos e que alguns fazem uso da mesma medicação há muito tempo. Outros casos em que os pacientes já vêm com a prescrição pronta de outros

segmentos, como dos planos de saúde, e o médico da Atenção Básica apenas transcreve a medicação. Este é um ponto importante que a equipe de saúde aponta a necessidade de que seja melhor discutido com os profissionais médicos e com os gestores municipais para se chegar a uma solução ou ao menos amenizar o problema.

Numa reflexão sobre o atendimento dispensado aos pacientes, os profissionais mencionam a clínica ampliada como um conceito importante a ser incorporado nos seus cotidianos, conseguem identificar a necessidade de cuidar do indivíduo como um todo, de incluir as famílias desses pacientes nesse cuidado. Entretanto, fica claro para os profissionais que ainda não sabem como incorporar a ideia de clínica ampliada no âmbito das ações de atenção à saúde mental. No grupo ainda surgem ideias de realização de grupos de artesanatos e até mesmo retomar as terapias comunitárias, atividade implantada no município por algum tempo, mas que não foi mantida. Podemos observar que o grupo sugere algumas ideias, porém sem certezas dos efeitos terapêuticos dessas atividades e nem mesmo se é isso de que a população necessita. Num ponto, todos concordam: o município de Indiana é muito carente e oferece muito pouco ou quase nenhuma atividade de lazer para a população.

Podemos observar que no decorrer das reuniões, a equipe foi crescendo e participando mais, foi interagindo entre si, contudo ainda tem muito que melhorar tanto no que diz respeito ao trabalho em equipe, quanto em relação aos conhecimentos técnicos fundamentados em uma determinada visão de Atenção à Saúde Mental.

5. 3 A EQUIPE E A PRÁTICA COTIDIANA

Com o aprofundamento das discussões, foram inseridos aspectos teóricos da prática cotidiana dos profissionais. Questões como “O que é Saúde Mental?” eram lançadas para o grupo para serem respondidas baseando-se no que já possuíam de conhecimento e embasados nas suas práticas cotidianas. A esse respeito, observamos que a discussão sobre o que são os Transtornos Mentais era sempre remetida para os transtornos graves e sobre a necessidade de internação psiquiátrica e mais, à necessidade de encaminhamento desse paciente para a especialidade em psiquiatria e neurologia. Além disso, o grupo ia se dando conta de quanto as ideias que fazem parte do imaginário popular, da relação entre loucura (pacientes “loucos da cabeça”) e Saúde Mental, eram compartilhadas também pelos profissionais.

Surgiram, então, questões em relação ao papel de cada profissional, no atendimento aos pacientes da Saúde Mental, uma vez que a Atenção Básica deve dar conta de grande parte dos problemas das pessoas. O grupo, como equipe de saúde, acha que todos devem ouvir, e dar orientações aos pacientes, mas os profissionais percebem que não possuem ferramentas adequadas e específicas de intervenção multiprofissional e interdisciplinar. Enfim, a equipe de saúde acha que os casos de Saúde Mental, devem ser encaminhados para os especialistas, e que eles é que vão resolver o problema dos pacientes, e ainda, que todos os casos necessitam de acompanhamento psicológico.

Foram levantadas, também, as dificuldades diagnósticas de se diferenciar os tipos de sofrimentos psíquicos e os profissionais reafirmam o tratamento medicamentoso com o uso de psicotrópico como único recurso terapêutico. Embora, na experiência cotidiana, eles percebam que o profissional especialista nem sempre reconhece a real necessidade do paciente, pois muitas vezes atende apenas a demanda do paciente pontualmente. Ou seja, os profissionais da Atenção Básica, conhecendo as necessidades dos pacientes e de sua família sabem que a medicação não resolve todos os problemas envolvidos na atenção à saúde mental.

O grupo reconhece a importância de incluir os pacientes no convívio social, de não excluir ou estigmatizá-los, mas, tudo isso se encontra no campo teórico e da fala da equipe, e não na prática profissional como deveria ser.

Para enriquecer ainda mais as discussões sobre o tema, a equipe foi convidada a se posicionar em relação ao processo de construção desta temática. Os profissionais acharam extremamente importante poder buscar as informações sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira. Com base nos textos que trazem os marcos políticos, teóricos e práticos; o grupo trouxe os avanços e desafios da Reforma Psiquiátrica e foram feitas reflexões sobre a necessidade urgente da capacitação das equipes, principalmente da Atenção Básica. Esta, é reconhecida pelos profissionais como porta de entrada do sistema de saúde, reconhecendo, também a relevância da inclusão da construção coletiva da organização do trabalho, mediante abordagens multiprofissional e multidisciplinar, alicerçadas por ideias como clínica ampliada; projetos terapêuticos individualizados, entre outras. Diante dessa colocação do grupo, foi possível incluir nas discussões aspectos da teoria, alguns conceitos que pudesse auxiliar na construção coletiva do conceito de Saúde Mental, não apenas

voltados para a doença. Tudo isso foi feito com o objetivo de ampliar a visão de saúde mental, para ser incorporada na prática da equipe. Ou seja, as saídas da equipe para que ela consiga ampliar o olhar da questão do sofrimento psíquico, e não somente doença/transtorno mental.

Outra questão que surgiu durante as reuniões, foi a angústia e os medos, sentimento de impotência e incapacidade provenientes da relação de cuidado com esses pacientes. Os profissionais puderam compartilhar os sentimentos de certa insegurança, quando se deparam com questões de saúde mental, talvez devido à falta de capacitação, ou pela falta de apoio matricial, que não é dispensado para as Equipes de Estratégia de Saúde da Família do município.

No entanto, o tema dos recursos humanos na atenção à saúde em geral e, mais especificamente, em saúde mental, foi discutido pelo grupo abordando uma situação bastante mais complexa. É o contexto da grande rotatividade de profissionais na Atenção Básica em Indiana, pois os únicos profissionais que possuem estabilidade para atuarem no serviço, condição que favoreceria o estabelecimento de vínculo com a comunidade, são os Agentes Comunitários de Saúde. No caso dos demais profissionais, ocorrem duas situações: ou só ficam no serviço até encontrarem outro lugar com melhor remuneração, ou passam pelo incômodo de se submeter a um novo processo seletivo a cada dois anos. A situação é agravada pelo despreparo de muitos desses profissionais que não têm noção de organização de trabalho em equipes de saúde para atuarem em saúde pública.

No tocante à rotatividade, os médicos são mais uma categoria que preocupa a equipe, pois, submetidos nesse processo, eles raramente fazem carreira na Saúde Pública, e, portanto, inseridos na Atenção Básica sem a estabilidade garantida por

concursos públicos, acabam abandonando o cargo frequentemente. Esse contexto é totalmente desfavorável para a inserção do médico na equipe de profissionais da unidade de saúde e, principalmente, para o estabelecimento do vínculo com a comunidade.

Paralelamente, vinha à tona um debate intenso sobre as relações estabelecidas entre gestores e profissionais de saúde, no município de Indiana, que, na visão da equipe, são pautadas no controle e na autoridade, na disciplina e em interesses políticos. Pode-se imaginar o quanto tal contexto acaba interferindo negativamente nas práticas em saúde no âmbito das unidades de saúde, que ofertam ações e cuidados engessados e fragmentados, não atingindo a proposta do cuidado ampliado e do trabalho articulado em rede, conforme propõe a Política Nacional de Atenção Básica. Além disso, estas relações de poder dificultam as próprias mudanças desejáveis e desejadas pelos profissionais no sentido de estruturar de outra forma a prática do cuidado em saúde.

6 DISCUSSÃO

Durante as reuniões, pode-se observar, num primeiro momento, a insegurança dos profissionais em se colocar, expor suas ideias, pois as reuniões de equipe não se constituíam em prática regular desta equipe de saúde.

Observou-se que para tentar tornar as práticas da Atenção Básica mais efetivas e contextualizadas, é preciso empoderar a equipe acerca de seu potencial por meio de vivências e dinâmicas de grupo, discussões referentes à teoria e reflexões sobre a sua prática e suas contribuições para a prática em Saúde Mental.

Durante as dinâmicas de grupo realizadas, foi possível resgatar a autoestima e autoconfiança dos profissionais, fatores estes imprescindíveis para potencializar a criatividade e a motivação na execução das tarefas do dia a dia de trabalho, resolução de problemas relacionados às questões da Saúde Mental, e a busca de ações em saúde que utilizem os recursos da comunidade.

Os profissionais de saúde puderam expressar durante as reuniões que a organização do serviço de saúde é um fator que influencia negativamente no trabalho de equipe dos profissionais. Estes apontam o fato dos gestores não atuarem de forma participativa e compartilhada e de não oferecerem o respaldo necessário aos funcionários como fatores que refletem diretamente na baixa autoestima, desvalorização e desmotivação dos profissionais que atuam no serviço de saúde, o que, por sua vez, interfere negativamente em suas práticas. Daí a importância de se

trabalhar a questão do cuidado em saúde, inclusive o cuidado aos próprios profissionais da equipe, para que possam realizar práticas verdadeiramente resolutivas.

6. 1 TEORIA VERSUS PRÁTICA COTIDIANA OU, POR QUE O QUÊ SABEMOS NÃO PRATICAMOS?

No contexto da discussão teórica, com base em referências da literatura sobre a Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, emergiram questões que nos fazem refletir sobre a relação entre o conhecimento e a prática.

Uma questão importante que pode ser observada, é que a equipe, até certo ponto, expressa os conhecimentos técnicos adquiridos sobre saúde mental, porém não consegue por em prática, não consegue transformar informação em conhecimento. Outras questões externas que também interferem na execução/realização do trabalho da equipe, como a falta de apoio e direcionamento do trabalho, incentivo, estrutura física e recursos materiais. O conflito entre a questão profissional e pessoal, também apareceu nas discussões, pois para se trabalhar com saúde mental envolve, também, lidar com seus próprios conflitos. As expressões que revelam comprometimento da autoestima da equipe estão relacionadas com a

incapacidade dos profissionais de acolher as questões de saúde mental, ao mesmo tempo em que elas se mostram, também, acomodadas e presas a hábitos que as deixam inertes e desmotivadas para as mudanças. Essa situação assemelha-se ao que estudos recentes sobre o trabalho em equipe na ESF revelaram: ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais (PEDROSA e TELES 2001); que apesar do discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais de saúde e administrativos, entre nível superior e nível médio de educação e entre médico e enfermeiro (BASTOS 2003).

É possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho e dos saberes. Na prática, ocorre que os profissionais acabam realizando ações isoladas, expressando a fragmentação do grupo de trabalho e não um processo de trabalho integrado em equipe. A diversidade de profissionais que atua na unidade de saúde possibilitaria, por meio do processo de trabalho organizado e sistematizado, o enfrentamento de inúmeras dificuldades que se apresentam no campo da Saúde Mental. No entanto, ainda é preciso um trabalho de incorporação dos diferentes saberes às práticas de saúde que se tornariam humanizadas e mais qualificadas em escutar e atender as necessidades de saúde da população.

O que podemos observar é que se faz necessário uma urgente articulação entre os profissionais de saúde, permitindo maior diversidade de saberes e das ações e busca de consenso, através de uma relação baseada na interprofissionalidade.

6.2. A EQUIPE DE SAÚDE E OS MÉDICOS

Como já foi mencionado, os médicos não participaram em nenhum momento das reuniões o que fortaleceu a ideia, que a equipe tem em relação a eles: “ a de um profissional que prescreve, e não se envolve”. Por um lado, durante as discussões, este fato não impediu que a equipe buscasse alternativas de enfrentamento para as dificuldades relacionadas ao atendimento em Saúde Mental. A equipe não se ateve à figura do médico, ou à ausência do médico, como eixo central das discussões. Isso demonstra que os profissionais, conhecendo a realidade dos pacientes junto às suas famílias e por consequência conhecendo as necessidades da comunidade, conseguem dar conta da demanda de sofrimento psíquico leve que surge na Atenção Básica, mesmo sem o envolvimento do profissional médico. Por outro lado, os mesmos profissionais atribuem à ausência do médico a não realização de algumas atribuições.

Esse panorama se assemelha ao observado por ARCE et al. (2011) onde a equipe da Estratégia de Saúde da Família (que não possui o profissional médico em sua composição), por seu compromisso com a população, contribui efetivamente na construção da Atenção Psicossocial ao usuário portador de sofrimento psíquico. No entanto, os autores mostram, também,

“que esse compromisso da Equipe, que deveria ser um fator (que contribui para a qualidade do cuidado em Saúde Mental) entre tantos, passa a ser entendido como o único existente neste processo, denunciando, portanto, a carência de serviços e de ações em Saúde Mental para a população.” (p. 552).

Para compreendermos a conformação da equipe de saúde e o papel que ocupa o médico nessa equipe, não podemos deixar de assinalar que a organização do trabalho e o seu processo produtivo no âmbito da atenção à saúde é decorrente de um longo processo histórico, que conformou diferentes modelos assistenciais e de organização de práticas que, por razões diversas, culminou na hegemonia e supervalorização do modelo clínico ou biomédico. Tal modelo passou a privilegiar a intervenção em “pedaços” do indivíduo em detrimento do todo, de modo que reações psicológicas dos pacientes ou problemas socioeconômicos envolvidos nas doenças não são passíveis de serem incorporados na formulação diagnóstica e no programa terapêutico. E mais, o modelo biomédico em terreno fértil da sociedade de consumo induz os indivíduos e a sociedade à dependência da oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial como bons níveis de saúde. (BARROS, 2002). Com isso queremos dizer que o modelo assistencial predominante produzido no cotidiano dos serviços de saúde não pode ser considerado como de responsabilidade única dos profissionais de saúde, como asseveram MERHY e FRANCO (2003).

A esse propósito a equipe de saúde faz algumas reflexões a respeito da ideia generalizada de que para todo e qualquer problema de saúde haverá uma pílula salvadora e que não difere no caso do sofrimento psíquico. Assim, a situação de elevados índices de consumo de medicamentos psiquiátricos pela população de Indiana pode ser comprovada nos relatórios de dispensação de medicação psiquiátrica da farmácia municipal. Fica claro que, se por um lado pacientes procuram o atendimento médico e a receita do psicotrópico para o seu tratamento, por outro, a própria equipe não acredita no seu trabalho, confirmando o modelo

centrado no médico. Alguns pacientes chegam a recusar consultas de outros profissionais. Esse contexto é examinado por alguns estudiosos da área da Saúde Mental como ROSANA ONOCKO-CAMPOS (2007) que debate o lugar ocupado pelo médico e pela medicação na atenção à saúde mental. O remédio é uma prerrogativa do médico, o que lhe confere um “poder” sobre a equipe e usuários e que muitas vezes pode ser usado para dificultar práticas democráticas dentro das equipes multidisciplinares. Além disso, a autora questiona se o uso da medicação poderia ter o sentido de não responsabilização do sujeito pelo seu problema, na medida em que a expectativa de melhora fica depositada num efeito mágico do remédio.

Durante o debate do tema a equipe demonstra ter consciência de que não basta apenas o uso da medicação como forma de tratamento em saúde mental e que outros recursos terapêuticos são necessários para os cuidados com o paciente de saúde mental.

A complexa situação que se configura na atenção à saúde mental de Indiana, intensificada pela ausência dos médicos nas reuniões só poderá ser resolvida num longo processo de discussão na equipe.

No âmbito das políticas de saúde mental, não podemos deixar de mencionar as lacunas, no que tange aos cuidados aos problemas de saúde mental menos graves, provocadas durante o processo da reforma psiquiátrica que priorizou os conceitos e práticas na atenção ao sofrimento psíquico grave e persistente (TANAKA e RIBEIRO 2009). Portanto, é inevitável falar do despreparo dos profissionais de saúde da atenção básica em lidar com a problemática do sofrimento psíquico acarretando em uma série de posturas inadequadas como práticas discriminatórias e

preconceituosas, ações moralistas, normatizadoras e repressivas, como também assinala ONOCKO-CAMPOS (2005).

Na última década o Ministério da Saúde lançou uma série de documentos focalizando a saúde mental na Atenção Básica e o aumento da capacidade resolutiva das equipes por meio da priorização da saúde mental na formação das equipes e da implantação do apoio matricial de saúde mental. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são um recurso importante, que tem a finalidade de ampliar a abrangência e a resolutividade da Atenção Básica. Os Nasf seriam formados por profissionais, que não estão contemplados nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), destinados a fazer o matriciamento das equipes, apoiando os profissionais nas demandas do território. A proposta de implantação do Nasf no município foi discutida nas reuniões, estimulada pelo discernimento da necessidade de se ter um apoio matricial efetivo.

6.3. ATENÇÃO BÁSICA, PORTA DE ENTRADA?

A ESF configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica e deve ser a porta de entrada preferencial do SUS (MS 2003). No entanto, a equipe não consegue se enxergar como porta de entrada do sistema, fato este observado no discurso da equipe, que se encontra desmotivada com o próprio serviço, e encontra algumas dificuldades em se enxergar dentro do sistema de saúde.

Os profissionais sentem-se “bombeiros do serviço”, ou seja, não conseguem programar e planejar as ações, não conseguem refletir sobre as ações que executam no dia a dia. Contudo, foi discutida a importância de cada profissional dentro do contexto da Atenção Básica, onde teriam que trabalhar como filtro nos atendimentos à demanda de Saúde Mental, e que muitos casos poderiam ser resolvidos sem que o paciente tenha que percorrer todo o sistema de saúde em busca de respostas para seu sofrimento psíquico.

Na verdade, existe uma demanda muito grande na Atenção Básica relacionada à Saúde Mental. As discussões ocorridas durante as reuniões proporcionaram para a equipe um momento de análise crítica em relação aos atendimentos da Atenção Básica. Surgiram algumas questões como a “porta aberta” para os atendimentos em Atenção Básica, os atendimentos por livre demanda, a não realização do acolhimento, a inexistência da avaliação de risco, inexistência de um agendamento prévio de consultas. Observa-se um círculo vicioso: a grande demanda dos atendimentos reforça a desorganização do processo de trabalho, que, por sua vez, acaba por produzir uma ampla gama de procedimentos inadequados e falhas que ocorrem na unidade de Atenção Básica, bem como impede que os profissionais prestem um atendimento humanizado e resolutivo, na maioria das vezes. A equipe sabe que em muitos casos, o mesmo paciente por não ter seu problema resolvido ou minimizado, volta várias vezes ao serviço buscando resposta ao seu problema de saúde. Por conhecimentos adquiridos em alguns treinamentos que abordam o dispositivo do acolhimento, a tendência da equipe é de concordar que tal dispositivo muito auxiliaria na avaliação dos casos em Saúde Mental (CAMPOS 1994). Concordam que o dispositivo permitiria que todo usuário, que demande um

atendimento na área de saúde mental, seja ouvido de maneira mais profunda, seja por um profissional da área de saúde mental, seja de outra área, desde que seja capacitado. O procedimento do acolhimento permitiria que o andamento do caso seja feito a partir de critérios predefinidos relacionados ao risco, ao sofrimento e à urgência do problema.

Contudo os profissionais ainda não conseguiram fazer do acolhimento um instrumento definitivo no dia a dia do trabalho e discutem os motivos disso. Destacou-se a falta de apoio da gestão municipal, a gestão do sistema municipal que privilegia a quantidade de atendimentos produzidos e não a qualidade dessa produção como justificativa das falhas nos atendimentos de seus cotidianos. Não há dúvidas que as razões dos profissionais são justas, contudo, como lembram SCHIMITH e LIMA (2004), corroboradas por SILVEIRA e VIEIRA (2009), as atividades de recepção de um serviço de saúde devem ser um espaço onde se estabelece o vínculo entre a equipe de saúde e a população. Acrescentando, ainda, que essa seria a oportunidade de concretização do acolhimento como ferramenta para o reconhecimento das necessidades do usuário por meio da investigação, elaboração e negociação de quais poderão ser atendidas. Pode-se problematizar que falta, ainda, às unidades básicas de saúde de Indiana aquilo que é pressuposto do acolhimento, conforme palavras das últimas autoras citadas,

“ (...) a acolhida prevê plasticidade , que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades de modo a melhor respondê-las, adequando-as a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária.” (p. 141).

O contexto acima descrito não parece diferir do que é descrito em achados de outros estudos realizados em outras localidades onde a qualificação do atendimento na atenção básica deveria ser priorizada e alcançada por meio da capacitação dos trabalhadores e do suporte matricial (REINALDO 2008), no entanto o que acaba ocorrendo são capacitações pontuais, ineficientes, que não permitem aos profissionais a realização de ações consistentes com as Políticas de Saúde Mental. (ARCE et al. 2011)

O serviço de saúde do município apresenta-se num formato verticalizado, formado por funções e/ou tipo de serviços, não integrados entre si. A ausência de recursos humanos adequados e capacitados para desenvolver suas tarefas de modo resolutivo, a falta de organização no processo de trabalho e a não valorização das categorias profissionais não médicas, são fatores que agravam ainda mais a desarticulação dos serviços de saúde, com escassas ações estratégicas conjuntas, que se traduzem em cuidados precários e com pouca repercussão no nível local. Outro fator importante que podemos observar e que também interfere reforçando a fragmentação dos serviços é a desarticulação entre a Atenção Básica e os serviços de outros níveis de complexidade. Essa situação dificulta a articulação entre rede básica e os serviços de referência, as tentativas feitas para a articulação dos serviços se mostram insuficientes e isso se torna um grande desafio para a construção da Rede de Atenção à Saúde. A situação analisada, bastante semelhante a que ARCE et al. (2011), também, observam em seu estudo, nos leva a fazer uma reflexão de quanto a ESF, que deveria funcionar como articuladora de rede de saúde mental (NUNES et al. 2007), não está conseguindo cumprir os princípios como a integralidade e a universalidade na atenção à saúde mental oferecida à população de Indiana. E, ainda,

a situação é consistente com a análise de ARCE et al. (2011) que chama a atenção para a “pouca vontade política dos gestores, caracterizada pela falta de serviços ou de profissionais de apoio às equipes da ESF, revelando baixo investimento político no fortalecimento da Atenção Primária.” (p. 552).

Um sistema de referência eficiente pressupõe uma articulação racional entre os diversos componentes do sistema de saúde, o que só poderá ser alcançado como resultado de um processo evolutivo sustentado, com a efetiva participação dos gestores e essa integração entre os serviços deveria se constituir eixo principal do sistema de saúde.

Portanto, ainda temos um longo caminho, porém factível, a ser percorrido para atingirmos as transformações na esfera das práticas em saúde e concordamos com o que propõem CAVALCANTI e GUIZARDI (2010) que é necessário repensar os modos de gestão do sistema de saúde, já que o cotidiano institucional expõe as limitações que a tradição gerencial enfrenta na concretização das políticas públicas que o estruturam. Há que, sobretudo, buscar transformações democráticas de suas instituições e modos compartilhados de gestão nos sistemas de saúde, para produzirem liberdade e autonomia, ao invés de controle e dominação. Nesse caso, a cogestão apresenta-se como um projeto de construção de compromisso e solidariedade com interesse público, de capacidade reflexiva e autonomia dos sujeitos, e afirma a dimensão coletiva da tarefa da gestão.

6.4 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com relação à capacitação, alguns autores enfatizam a necessidade da formação técnica continuada a partir da vivência cotidiana nos serviços. A falta de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com problemas de saúde mental vai produzir grande sofrimento psíquico e comprometer a resolutividade da intervenção, (CAMPOS 2008). Isso, podemos observar na prática, como vimos, nas reuniões descritas anteriormente, os relatos das ACS que trouxeram questões particulares de seu cotidiano e de suas vivências, que, no entanto, a própria equipe não sabe como lidar com a problemática da saúde mental, não consegue trilhar um caminho em busca de soluções.

Tradicionalmente, os serviços de saúde organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber dos profissionais e nas suas respectivas categorias, e não em saberes técnicos comuns de uma equipe multiprofissional/multidisciplinar (socialização do conhecimento). Essa situação, na prática, inviabiliza o trabalho e fragmenta ainda mais o serviço, deixando muitas vezes de oferecer um atendimento de qualidade, baseado no vínculo e no acolhimento.

Os profissionais que se dispuserem a trabalhar na Atenção Básica, precisam buscar e acessar constantes canais de comunicação, espaços de reflexão sobre a prática e atualização técnica-científica, juntamente ao diálogo com o usuário e demais membros da equipe que integram o serviço. Entretanto esta colocação não era

a realidade do município em questão, até a equipe começar a repensar seu verdadeiro papel após este trabalho, e fez com que gerasse um processo inverso do habitual, a mudança partiu “de baixo para cima” ocasionando uma valorização do próprio serviço dos profissionais.

A implantação da Educação Permanente em Saúde (EPS), como Política Nacional é um recurso importante para a formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Essa Política Pública propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (MS 2007).

A Educação Permanente é realizada pela Regional de Saúde por meio do Núcleo de Educação Permanente (NEP), com representação dos municípios do DRS XI de Presidente Prudente. O município de Indiana participa das reuniões e é representado apenas pela enfermeira de uma das Equipes de Saúde da Família. No NEP regional deveria haver também representatividade de usuários e gestores, porém o município não possui esta representação, devido ao fato dos gestores avaliarem como não relevante para ser implantado no município. Isso tem como consequência que a estratégia ainda não conseguiu se firmar e, conseqüentemente não atingiu o seu objetivo de ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde. Para assegurar a qualidade do serviço seria ideal que os profissionais dispusessem desse recurso da EPS como meio de aprimorar o seu trabalho e como estratégia de promover a busca de novos mecanismos para atuar como equipe inteprofissional, bem como de

promover a possibilidade do profissional reconhecer, negociar e responder de forma mais pertinente às necessidades dos usuários e da população.

Esta questão também foi amplamente discutida nos encontros com a equipe, por ser uma questão atual e que muito nos auxiliaria no exercício cotidiano do processo de trabalho como fonte de conhecimento, na valorização da articulação com a atenção à saúde e no reconhecimento da prática transformadora, com base na interprofissionalidade. A equipe pôde confirmar, como GRANDO (2010), que as reuniões de equipe podem ser importante dispositivo para o redelineamento do trabalho, por meio de discussão de casos em uma perspectiva interdisciplinar, desenvolvimento de atividades em educação permanente e avaliação sistemática do cotidiano das equipes. Destaca-se ainda a importância das reuniões de equipe na Estratégia de Saúde da Família, enquanto espaço de fluidez do diálogo, expressão de opiniões, construção de projetos e planos de atendimento coletivo para a efetiva construção do trabalho em equipe.

As desarticulações do próprio serviço de saúde e do processo de trabalho contribuem para acentuar o distanciamento entre a capacitação (teoria e prática) dos profissionais de saúde e as necessidades do próprio sistema que predominantemente tem um foco biológico, centrado na doença, na hegemonia médica e na atenção individual.

Precisamos aprender a trabalhar em equipe sem que os vários conhecimentos sejam desprezados para que assim possamos convergir para a mesma ação, pensando sempre no usuário e na integralidade da atenção. Os serviços de saúde são palcos de ação de uma equipe de saúde, com atores distintos que

desempenham funções, ações e ideias distintas, onde se deve ter o usuário como eixo central (MERHY 2002).

7 PARA NÃO CONCLUIR OU PARA CONTINUAR AS TRANSFORMAÇÕES...

A equipe demonstrou, ao longo das reuniões, que é possível realizar um trabalho de qualidade se bem planejado e embasado, pôde reconhecer a importância de cada profissional na realização das ações de saúde, embora, ainda tenham suas ações bastante vinculadas à figura do médico e ao modelo hospitalocêntrico e medicalizador. Porém, por acreditarmos que as mudanças de comportamento têm origem primeiro nas mudanças de pensamento, pode-se dizer que, as mudanças na prática dos profissionais desta equipe de saúde iniciam seu percurso a partir da realização destas reuniões.

Considerando que este trabalho é parte de uma dissertação de um Programa de Mestrado Profissional, que tem como objetivo a busca de transformações no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde no SUS, visando à solução de problemas, podemos afirmar que conseguimos atingir seu objetivo. A estratégia da pesquisa-ação, de trabalhar diretamente com os profissionais acabou trazendo novos desafios para o serviço de saúde de Indiana. Foi um avanço conseguir fazer a equipe de saúde se olhar, se ouvir como equipe, se reunir, discutir questões pertinentes à Atenção Básica, à Saúde Mental, de buscar novas formas de trabalho.

Dessa forma, a equipe, após o encerramento do projeto de pesquisa, não poderia tomar outra decisão que não a de dar continuidade às reuniões de equipe,

agora, não mais no âmbito da pesquisa-ação, mas fazendo das reuniões um espaço de decisão da equipe de saúde que se propõe a fortalecer ainda mais o serviço e o nosso vínculo como profissionais. A decisão de dar continuidade não foi unânime entre os profissionais, contudo a equipe está otimista de que as mudanças aconteçam e esperançosa com os futuros serviços. Uma das razões para tal otimismo reside no fato de que em uma das reuniões a equipe, consultando as portarias ministeriais referentes à implantação do Nasf, chegou à conclusão de que poderíamos pleitear a criação de um Nasf3.

A ideia é de que o novo equipamento, constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar em parceria com os profissionais da ESF ampliaria a abrangência das ações na Atenção Básica, a resolutividade, a territorialização, e que compartilharia práticas em saúde. A atuação dessas equipes deverá ocorrer nos territórios de responsabilidade das ESF aos quais estariam vinculadas. O objetivo da implantação do Nasf no município de Indiana, além do apoio matricial, é priorizar o atendimento compartilhado, e interdisciplinar, como troca de saberes. Entre as principais metodologias para o desenvolvimento das propostas de trabalho estão: estudo e discussão de casos, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto com a ESF. A proposta de implantação do Nasf não é com foco no atendimento direto e individualizado, e sim na co-responsabilização e na gestão das atividades em conjunto, tudo isso para tentar superar a lógica fragmentada da saúde por meio da formação de redes de atenção ao cuidado.

Durante a elaboração do projeto para pleitear o Nasf, a equipe discutiu também quais profissionais deveriam compor o núcleo, e após algumas discussões

chegou-se ao consenso e foi elencado como prioridade, um psiquiatra e um psicólogo. Estes profissionais foram escolhidos para dar suporte como equipe de referência para os casos em Saúde Mental do município. Após a discussão de todos esses aspectos, o município fez a solicitação encaminhada à Direção Regional de Saúde por meio do ofício nº 38/2013 de 17 de junho de 2013, assinado pelo diretor de saúde e o prefeito municipal.

Pudemos observar a ausência de políticas consistentes de gestão do trabalho na saúde e isso tem gerado desgaste e desvalorização do trabalho, deixando os profissionais muitas vezes desmotivados, tendo que atuar com vínculos precários. A equipe, ao se sentir mais fortalecida pelos contatos frequentes nas reuniões, está ousando propor uma maior aproximação entre os diferentes atores, reivindicando abertura para um diálogo entre profissionais e gestores de serviços de saúde.

Além disso, outra questão importante, que também tem motivado a equipe, foram as iniciativas de contato de negociação com o CAPS 1 e CAPS AD do município de Martinópolis, que é referência para município, solicitando uma maior aproximação dos serviços e a implantação do apoio matricial.

Acreditamos que as principais mudanças ocorridas na equipe é que cada profissional pôde se enxergar como pessoas capazes de mudanças, capaz de reflexão sobre o seu papel como profissionais da Atenção Básica, e, fundamentalmente, viram que são capazes de gerar transformações em suas práticas, sem precisar esperar que essas mudanças partam dos gestores, ou que venham de “cima pra baixo”, como estávamos acostumados.

8. REFERÊNCIAS

- Arce VA, Souza MF, Lima MG. *A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado*. PysisRev Saúde Coletiva. 21:541-560, 2011
- Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. (org). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. São Paulo: Artmed, 2007. p.85-100.
- Barros JA. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Soc*, 2002, 11(1): 67-84.
- Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Brasília: psicol. cien.prof*;2008,v28,n3,p 632-645.
- Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004 . *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24(2): 456-68.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 09 abril 2001; Seção 1.p.2.
- Brown A,Dowling P. *Doing research-reading research: a mode of interrogation for teaching*. Londres;2001.
- Campos GWS, Guerrero AVP. *Manual de práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec; 2008.
- Cavalcanti FOL, Guizardi FL. O conceito de gestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Revista de saúde pública*, Rio de Janeiro;1245-1265, 2010.
- Costa-Rosa A.O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio: Subjetividade, saúde mental e sociedade*. Rio Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.p.141-68.

Delgado PGG, Schechtman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F et al.. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R. (org). Epidemiologia da saúde mental no Brasil. São Paulo: Artmed, 2007. p. 39-83.

Departamento de informática do SUS- DATASUS. Secretaria do ministério da saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

Franco MAS. pedagogia da Pesquisa-ação. Educação e Pesquisa. 2005; 31(3):483-502.

Galduróz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. Revista brasileira de psiquiatria 2004;26 (1):3-6

Giljor APF. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola nacional de saúde publica da Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Meirelles MCP, Kantorski LP, Hypolito AM. Reflexões sobre a interdisciplinaridade no processo de trabalho de Centros de Atenção Psicossocial. **Rev Enf UFSM**, [S.l.], 1(2): 282-9. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2551>>. [2013 set 6].

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP- MG; 2009

Merhy EE, Franco TL. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde Debate. 2003; 27:316-23.

MS. Ministério da saúde, Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o dialogo necessários, Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

MS. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2005.

MS. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Secretaria de Atenção à Saúde.

Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília DF, Série C. Projetos, Programas e Relatórios; 2007.

MS. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154/2008, de 4 de março de 2008. Credencia Municípios a receberem o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf. [2013 nov 11]

MS. Ministério da Saúde. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p. Disponível em
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. [2013 nov 11]

Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 26 dez 2011; Seção 1- p.230.

MS. Ministério da Saúde. Portaria 132, de 26 de janeiro de 2012. Institui o incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0132_26_01_2012.html. [2013 nov 11].

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. Cad. Saúde Publica v.23, n.10, p.2375-84, 2007.

Onocko-Campos R, Figueiredo MD. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado. Campinas SP; 2007.

Pimenta SG. Pesquisa-ação crítico colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. São Paulo: Educação e pesquisa; 2005. v31,p.521-539.

Reinaldo MAS. Saúde Mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(1): 173-8

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública, 2004; 20(6): 1487-94.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Cienc Saúde Coletiva, 2009; 14(1): 139-148.

Souza RR, Mendes JDV, Barros S, organizadores. 20 anos do SUS. São Paulo. 1ªEd. São Paulo: Secretaria de Estado de São Paulo; 2008.

Souza Ângela Maria Alves e, Braga Violante Augusta Batista. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. Actapaul.enferm. [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2012 Mar 26]; 19(2): 207-211. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php>.

Stringheta LVHO, Costa-Rosa A. O grupo intercessor: saber e conhecimento da práxis "psi" na Atenção Básica em Saúde. In Constantino EP (Org). Percursos da pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Arte & Ciência, 2007, p. 145-61.

Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14:477-486.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos. 2002; 9(1): 25-59.

Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. São Paulo: Educação e pesquisa, São Paulo; v.31, n.3, p 443-466; 2005.

Ximenes Neto, FR. Felix, RMS. Oliveira, EM. Jorge, MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. Enfermeira Global version On-line ISSN 1695-6141. Enferm.glob.n.16 Murcia jun 2009.

Yassui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Rio Janeiro: Saúde em debate, v 32, p 27-37; 2008.

WHO, World Health Organization. The world report 2001. Mental health new understanding new hope. Geneva: WHO; 2001.

9 ANEXOS

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Solicito sua participação no projeto de pesquisa intitulada “**Saúde Mental na Atenção Básica em município do interior de São Paulo: a pesquisa-ação como estratégia de fortalecimento da rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico**”. Trata-se de uma dissertação de Mestrado Profissional, desenvolvida pela enfermeira Danielle Araujo Borsari, que tem por objetivo principal **fortalecer e estruturar a rede de serviços de atenção ao sofrimento psíquico no município de Indiana, com ênfase na Atenção Básica**. Tal estudo é uma pesquisa-ação que prevê a participação dos profissionais que atuam na Atenção Básica do município de Indiana, entre eles médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para tal é necessário que você se disponha a participar de uma série de reuniões, dentro de sua jornada de trabalho, que terá duração aproximada de 2 horas.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins de publicação científica, mas fica assegurada a preservação do sigilo quanto à identificação individualizada dos participantes. O maior desconforto será o tempo que deverá dispor para participar das reuniões, porém as mesmas ocorrerão em horário de trabalho dos participantes. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico, assim como colaborar para a organização na Atenção da Saúde Mental no município de Indiana.

Eu _____ (nome do participante), fui informado sobre os objetivos do estudo de forma clara e detalhada, a minha participação é voluntária, estou ciente que não terei nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Indiana____, de_____ de _____.

Participante da Pesquisa

Danielle Araújo Borsari
RG: 35.040.639-X
Coordenadora da Pesquisa
Fone:

Fotos da equipe durante as reuniões:



