

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LARA HAUSER DOS SANTOS NEPONUCENO

Assistência à saúde mental na Atenção Básica em municípios de
pequeno porte 1: um “terreno” a cultivar.

Maringá
2012

LARA HAUSER DOS SANTOS NEPONUCENO

Assistência à saúde mental na Atenção Básica em municípios de
pequeno porte 1: um “terreno” a cultivar.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Boarini.

Maringá
2012

N441a Neponuceno, Lara Hauser dos Santos.

Assistência à saúde mental na atenção básica em municípios de pequeno porte 1: um “terreno” a cultivar / Lara Hauser dos Santos Neponuceno. – Maringá : Universidade Estadual de Maringá – UEM, 2012.

20 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Boarini.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá.

1. Saúde mental. 2. Reforma psiquiátrica. 3. Política nacional de saúde mental. 4. Atenção básica. 5. Municípios de pequeno porte. I. Universidade Estadual Maringá – UEM. II.

Título.

(21 ed) CDD: 362.21

Bibliotecária Responsável Inês Gemelli CRB 9/966

FOLHA DE APROVAÇÃO

LARA HAUSER DOS SANTOS NEPONUCENO

Assistência à saúde mental na Atenção Básica em municípios de
pequeno porte 1: um “terreno” a cultivar.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Lucia Boarini
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof. Dr. Silvio Yasui
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP

Profa. Dra. Roselânea Francisconi Borges
PPI/Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 20 de novembro de 2012.

Local da defesa: Bloco H35, Sala 04, campus da Universidade Estadual de Maringá.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que passam pela experiência do sofrimento psíquico e que dependem da execução de políticas públicas de qualidade para aliviar a sua dor.

AGRADECIMENTOS

A minha amada mãe Ruth, pelo seu exemplo de caráter e generosidade e por sempre me apoiar nos momentos difíceis e vibrar comigo nos bons momentos. A meu querido pai Pedro por ter sido sempre meu “herói” e se fazer tão presente em minha vida mesmo depois de não estar mais entre nós.

A meu amado marido Lucivaldo pelo apoio nos momentos de angústia e medo, pela compreensão aos meus períodos de ansiedade, irritabilidade e cansaço. Obrigada por ter participado ativamente desse projeto que se tornou “nosso”.

A meu irmão Eduardo, minha cunhada Dirléia e meus queridos sobrinhos Dante e Lucas por me acolherem em sua casa com muito carinho, boa comida e ótima conversa.

A minha irmã Marília, por ser a minha melhor amiga, por sonhar comigo todos meus sonhos e por sua sincera admiração que me impulsiona ser um ser humano melhor.

Aos meus queridos gatos de estimação Smigle e Gandalf que silenciosamente acompanharam a leitura de cada texto e a escrita de cada palavra desta dissertação e que invariavelmente me arrancavam um sorriso com algumas de suas “peripécias”.

A orientadora Lúcia pelo carinho, dedicação, rigor e principalmente o bom-humor que trouxe um colorido especial ao exaustivo processo de construção deste trabalho.

Aos professores da banca Silvio e Roselânea que prontamente se colocaram a disposição de contribuir com minha formação teórica.

A Danielle Barreto por acreditar em meu potencial como professora e pesquisadora me incentivando para a entrada e permanência no mestrado.

Aos meus colegas de trabalho, que compreenderam minhas ausências durante o período de realização deste projeto. Especialmente a Jana pelo apoio e incentivo constantes.

Por fim, agradeço a todos os meus queridos amigos: Jana, Karina, Vera, Bel, Helvânia, Fabi, Ângela, Ju, Vanessa, Adriano. Amigos de todas as horas, amigos de algumas horas, amigos de boas horas, amigos de más horas, porém sempre amigos. Amigos de “piras”, angústias, dores, alegrias, brincadeiras, festas, conversas, discussões filosóficas, políticas, sociais, psicológicas, profissionais, fúteis, amorosas. Meus verdadeiros companheiros que me acolheram, ajudaram, ensinaram, amaram e estiveram presentes e participantes em todos os momentos e que torceram para este capítulo da minha vida tivesse um “final feliz”.

*“Quando dizemos não ao manicômio,
estamos dizendo não à miséria do mundo,
e nos unimos a todas as pessoas que no mundo
lutam por uma situação de emancipação.”*

(Basaglia, 1979, p. 29)

Neponuceno, Lara Hauser dos Santos (2012). Assistência à saúde mental na Atenção Básica em municípios de pequeno porte 1: um “terreno” a cultivar. (186f.) Dissertação de Mestrado em Psicologia - Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lucia Boarini, Maringá, PR, 2012.

RESUMO

A temática deste estudo está circunscrita ao campo da saúde mental, mais especificamente ao contexto da Reforma Psiquiátrica. Seu objetivo é compreender como se tem dado assistência à saúde mental no nível da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde em municípios de pequeno porte 1 da 14^a Regional de Saúde, no interior do Estado do Paraná. O marco na assistência à saúde mental contemporânea no Brasil é a aprovação da Lei 10.216/2001, que redireciona a assistência no país, estabelecendo os pilares da atenção à saúde mental em todo o território nacional, e determina uma nova forma de lidar com o transtorno mental, buscando romper com a lógica, até então vigente, de institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e assegurando que estas possam receber a atenção à saúde na sua própria família e comunidade. Dentro desta perspectiva, a Atenção Básica é um dos focos desta atenção, uma vez que pode propiciar um modelo de rede de cuidado de base territorial. Esse fato suscita alguns questionamentos, como, entre outros, qual tem sido o acolhimento e o atendimento da demanda em saúde mental nos municípios de pequeno porte 1 e qual o nível de conhecimento dos técnicos destes municípios sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. A busca por respostas a estas questões serviu de estímulo para o desenvolvimento do estudo que ora apresentamos. Como percurso metodológico para alcançar o objetivo proposto, realizamos em cinco municípios de pequeno porte 1, pertencentes à 14^a Regional de Saúde do Estado do Paraná, uma pesquisa de campo de caráter exploratório. Ao todo, foram entrevistados, entre março e maio de 2012, catorze profissionais que atuam na Atenção Básica. Os dados coletados foram interpretados à luz dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, sob a lente teórica da investigação histórica. Os resultados obtidos neste estudo nos permitiram constatar que a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica apresenta inúmeros desafios a serem superados, como, por exemplo, o desconhecimento da maior parte dos profissionais quanto à Reforma Psiquiátrica e à Política Nacional de Saúde Mental, à baixa frequência de capacitação, à necessidade de

profissionais com posturas diferenciadas de atuação e a urgência de se implantar uma rede de serviços de apoio. Outro desafio importante a enfrentar é o processo de medicalização do social, fenômeno contemporâneo que nos remete a alguns pontos do ideário de higiene mental, que coloca nos indivíduos a responsabilidade por seus problemas e não possibilita a reflexão sobre os determinantes sócio-históricos. Além de reforçar a hegemonia do modelo biomédico, que focaliza toda a intervenção nos “corpos”, esse modelo de assistência não favorece o pensar no território e nas relações sociais. Em nosso percurso há também pontos fortes a destacar, como o contato próximo das equipes com os usuários, que pode propiciar uma atenção humanizada e em consonância com o território e a comunidade. Nesta proximidade com o usuário encontramos profissionais sensíveis às questões do sofrimento psíquico, o que nos lembra Basaglia (1979) quando afirma que "contra o pessimismo da razão há o otimismo da prática".

Palavras-chave: saúde mental; Reforma Psiquiátrica; Política Nacional de Saúde Mental; Atenção Básica; municípios de pequeno porte 1.

Neponuceno, Lara Hauser dos Santos (2012). Mental health assistance in Basic Health Units of small towns: a “terrain” to be cultivate. (186 sheets). Master thesis in Psychology – State University Maringá. Supervisor Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Boarini, Maringá, PR, 2012.

ABSTRACT

The theme of this study is confined to the field of mental health, more specifically to the context of Psychiatric Reform. The objective is to understand how mental health care has been given at the level of Basic Care within Brazil’s Public Health System in size-1 small towns belonging to the 14th Regional Health District, in the interior of Paraná State. The landmark event in contemporary mental health in Brazil was the passage of Law 10216/2001, which redirects health assistance, establishing the pillars of mental health care nationwide and setting a new way of dealing with mental disorders by breaking away from the previously held standard of institutionalizing people undergoing psychic suffering, and guaranteeing they receive health care within their own family and community. Within this perspective, Basic Care is one of foundations of this care, as it can provide a model for territory-based care networks. This fact raises certain questions, including: how have the admission and assistance of the demand for mental health services taken place in size-1 small towns, and what is the knowledge level of technicians in these municipalities on Psychiatric Reform and the National Mental Health Policy. The search for answers to these questions served as incentive for the development of the study we hereby present. As a methodological path to reach the proposed object, we undertook an exploratory field study in five size-1 small towns belonging to the 14th Regional Health District of the State of Paraná. In all, 14 Basic Care professionals were interviewed between March and May 2012. The collected data were interpreted according to the principles and guidelines of Psychiatric Reform and National Mental Health Policy. The results obtained in this study made it possible to determine that the inclusion of mental health actions in Basic Care presents several challenges to overcome, including the lack of knowledge by most professionals regarding Psychiatric Reform and the National Mental Health Policy, infrequent training, the need for professionals with distinctive attitudes towards the task at hand, and the urgent need to implement a support services network. Another important challenge to be faced is the process of “medicalization of the social”, a contemporary phenomenon that refers to the concept of mental hygiene, which places

responsibility on individuals for their own problems without reflecting on social-historical determinants. In addition to reinforcing the hegemony of the biomedical model, which focuses the entire intervention on the “bodies”, this care model does not favor thinking in terms of territory and social relations. In our path there are also strong points to highlight, such as the close contact between the teams and users, which can result in humanized care in accordance with the territory and community. In this proximity with users, we found professionals who were sensitive to the issues of psychic suffering, which reminds us of Basaglia (1979) when he affirms that “against the pessimism of reason there is the optimism of practice ”.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; National Mental Health Policy; Basic Care; size-1 small towns.

SUMÁRIO

EM DEBATE A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: um caminho muito discutido, mas pouco cultivado.....	14
1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL: trajetória histórica e perspectivas atuais.....	21
1.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	21
1.2 Atenção Básica.....	26
1.3 Saúde Mental na Atenção Básica.....	34
1.4 Rede de Atenção Psicossocial.....	47
2. O CAMINHO PERCORRIDO.....	51
2.1 Tipo de pesquisa.....	51
2.2 Campo de pesquisa.....	51
2.3 Participantes.....	54
2.4 Coleta das informações.....	55
2.5 Considerações éticas.....	56
2.6 Análise dos dados.....	57
2.7 Apresentação dos resultados.....	58
3. OS ENCONTROS E DESENCONTROS REVELADOS.....	59
3.1 O (des)conhecimento da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental..	59
3.2 Capacitação na área da saúde mental: a ausência permanente.	60
3.3 O psicólogo como profissional “curinga”.....	64
3.4 A crescente demanda em atenção à saúde mental	69
3.5 O consumo de medicamentos controlados	71
3.6 A intuição como “a luz no fim do túnel”	74
NO CAMINHO PERCORRIDO, A AUSÊNCIA DO CULTIVO.....	77
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXOS.....	92
APÊNDICES.....	103

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CGM – Coordenação Geral de Saúde Mental
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CRE – Centro Regional de Especialidades
DMP – Departamento de Medicina Preventiva
ESF – Estratégia Saúde da Família
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GEPHE - Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Higienismo e Eugenia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental
PREV- SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SEDS – Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social

SEED – Secretaria de Estado da Educação

SEJU – Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

Em debate a saúde mental na Atenção Básica¹: um caminho muito discutido, mas pouco cultivado.

“Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico mas uma coisa é importante: ele é um homem e tem necessidade de afeto, de dinheiro e de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não à sua esquizofrenia mas ao seu ser social e político”

(Basaglia, 1979, p.89)

Este trabalho compõe os estudos desenvolvidos pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Higienismo e Eugenismo (GEPHE, 2000), devidamente inscrito na Plataforma Lattes, e integra o Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.

A temática deste estudo está circunscrita ao campo da saúde mental e tem como objetivo compreender como tem sido a assistência à saúde mental no nível da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de pequeno porte 1² da 14^a Regional de Saúde³ no Interior do Estado do Paraná.

Ao falar de municípios pequenos do interior, somos facilmente remetidos às questões da agricultura, uma vez que grande parte da população destas cidades tem sua subsistência garantida no trabalho com a terra. Assim, fazendo uso da licença poética, lançamos a ideia do “cultivo”. Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2004) cultivar significa: “1. Fertilizar pelo trabalho; 2. Dar condições para o nascimento e desenvolvimento; 3. Procurar formar, desenvolver; 4. Aplicar-se ou dedicar-se; 5. Procurar manter ou conservar”. Estes sentidos nos parecem pertinentes para nortear nossa reflexão sobre a temática em questão, na perspectiva de buscar compreender como tem se dado o “cultivo” da atenção à saúde mental nestes municípios.

¹ Adotamos essa nomenclatura em consonância com a Portaria 3.088 (2011).

² O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2010) classifica os municípios, conforme o número de habitantes, em cinco categorias: Municípios de Pequeno Porte 1 – população até 20.000 habitantes; Municípios de Pequeno Porte 2 – população de 20.001 a 50.000 habitantes; Municípios de Médio Porte – população de 50.001 a 100.000 habitantes; Municípios de Grande Porte – população de 100.001 mil a 900.000 habitantes e Metrôpoles – população de mais de 900.000 habitantes.

³ Segundo o site oficial da SESA (Secretaria de Estado de Saúde do Paraná [SESA], 2012a), esta é dividida em 22 regionais sendo: 1^a Rs. Paranaguá, 2^a Rs. Metropolitana, 3^a Rs. Ponta Grossa, 4^a Rs. Irati, 5^a Rs. Guarapuava, 6^a Rs. União da Vitória, 7^a Rs. Pato Branco, 8^a Rs. Francisco Beltrão, 9^a Rs. Foz do Iguaçu, 10^a Rs. Cascavel, 11^a Rs. Campo Mourão, 12^a Rs. Umuarama, 13^a Rs. Cianorte, 14^a Rs. Paranavaí, 15^a Rs. Maringá, 16^a Rs. Apucarana, 17^a Rs. Londrina, 18^a Rs. Cornélio Procópio, 19^a Rs. Jacarezinho, 20^a Rs. Toledo, 21^a Rs. Telêmaco Borba, 22^a Rs. Ivaiporã.

Retornando à questão da saúde pública, o SUS, por sua vez, instituído pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990), tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade, e como diretrizes, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da comunidade⁴. Estes princípios e diretrizes orientam a política específica de atenção à saúde mental dentro deste sistema.

Como marco na assistência à saúde mental no Brasil, temos a aprovação da Lei 10.216/2001, que redireciona a assistência no país, constituindo os pilares da assistência à saúde mental em todo o território nacional, e determina uma nova forma de lidar com as questões de saúde e transtorno mental, buscando romper com a lógica até então vigente de institucionalização das pessoas em sofrimento psíquico⁵ e assegurando que estes possam receber a atenção à saúde na sua própria família e comunidade. Assim, de acordo com a legislação atual⁶, o atendimento à saúde mental se dará prioritariamente em serviços de base comunitária ou nos denominados serviços substitutivos, como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Residências Terapêuticas, o programa *De Volta para Casa*, o Consultório de Rua, o Centro de Convivência, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, entre outros. Cumpre referir que cada um destes serviços substitutivos tem características e finalidades próprias e que sua implantação segue critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Além disso, temos a Atenção Básica como foco da atenção em saúde mental. Essa questão é afirmada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005), com a determinação de que todos os serviços especializados de atenção à saúde mental estejam, necessariamente, articulados à Atenção Básica, e reafirmada pela Portaria 3.088 (2011), com a especificação da Atenção Básica como parte da rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico.

É necessário lembrar que em muitos municípios brasileiros a Atenção Básica é o único recurso de assistência à saúde mental. Esta é a situação dos municípios com menos de 20.000

⁴ Matta (2007) apresenta uma discussão sobre os aspectos de diferenciar os princípios das diretrizes do SUS, definindo que os princípios são a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, já as diretrizes são as estratégias e os meios de organização do sistema para sua concretização.

⁵ Amarante (2007) traz uma discussão sobre a nomenclatura atual para se referir às pessoas que necessitam de cuidados em saúde mental: no português optou-se pelo termo 'transtorno mental', já a legislação brasileira utiliza a expressão 'portadores de transtorno mental'. O autor critica essa denominação ao analisar que ela traz a ideia de "alguém carregando um fardo, um peso enorme e eterno, inseparável e indistinguível do sujeito", também pontua que a pessoa com transtorno mental é "uma pessoa transtornada, que é o mesmo que possui", por estas razões se sugere falar de sujeitos "em" sofrimento psíquico ou mental "pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito" (Amarante, 2007, p. 68), como concordamos com estas reflexões, neste trabalho utilizaremos esta terminologia.

⁶ No decorrer deste trabalho versaremos sobre as principais leis, decretos e portarias que compõem o processo de construção da atual política brasileira de saúde mental.

habitantes, que correspondem a cerca de 70% dos municípios brasileiros (Brasil, 2005), para os quais não há previsão de implantação de serviço especializado de atenção à saúde mental.

O Ministério da Saúde preconiza que “a rede de cuidados em saúde mental estruture-se a partir da Atenção Básica, obedecendo ao modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (Brasil, 2005, p.32). Nos municípios com menos de 20.000 habitantes as equipes especializadas de saúde mental, que podem estar lotadas em ambulatórios ou CAPSs de municípios vizinhos, darão o apoio matricial às equipes de Atenção Básica.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 33) define apoio matricial como:

(...) um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Atenção Básica. Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação.

A estratégia prioritária na Atenção Básica, a partir de 1994, é a implantação do Programa Saúde da Família (hoje denominado Estratégia Saúde da Família), que propõe a reorganização da atenção à saúde no SUS com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde. Além disso, a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a capilaridade do SUS, uma vez que está presente em 95,1% dos municípios brasileiros (IBGE, 2010).

Devido a essa capilaridade e à proximidade com a comunidade, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um “recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (Brasil, 2005, p.32).

Em uma revisão de literatura sobre o tema encontramos inúmeros autores - como Souza (2004), Vieira Filho e Nóbrega (2004), Vecchia e Martins (2009b), Tanaka e Ribeiro (2009), Figueiredo e Campos (2009), Luzio e L’ Abbate (2009), Costa e Olivo (2009), Silveira e Vieira (2009), Boarini (2009), Camatta (2010), Almeida (2010), Delfini (2010), Moraes (2010), Tesser e Teixeira (2011), entre outros -, que demonstram quanto já se tem pesquisado e discutido sobre a assistência à saúde mental na Atenção Básica, seja quanto à

articulação desta com o CAPS, seja sobre o matriciamento das equipes neste nível de atenção, seja ainda sobre as práticas das equipes da Atenção Básica em saúde mental. Em todas estas pesquisas, em seu recorte específico, uma questão é unânime: a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica é fundamental para a efetivação dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM).

Por outro lado, estas pesquisas também apontam que esta inclusão apresenta inúmeros desafios, como, por exemplo, a necessidade de implantar as equipes de apoio matricial, capacitar os profissionais, formar uma rede de serviços de apoio e de melhora na própria estrutura física da Atenção Básica, e principalmente, os desafios da ruptura com o paradigma biomédico e o processo de medicalização, além do equacionamento da sobrecarga na demanda de trabalho, entre outros aspectos.

A questão da atenção à saúde mental na 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná

Atualmente no Estado do Paraná temos o Decreto n.º 2.037, de 20/07/2011, que instituiu o “Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental”, este, uma iniciativa do Governo Estadual para suprir a “necessidade da construção de uma Política de Atenção em Saúde Mental equânime, inclusiva, extra-hospitalar e de base comunitária” (Decreto n.º 2.037, 2011, p. 1).

Segundo o Decreto 2.037 (2011), fazem parte deste comitê o Gabinete do Vice-governador; a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), a Secretaria de Estado da Educação (SEED), a Secretaria de Estado da Família e Desenvolvimento Social (SEDS) e a Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SEJU), e este comitê terá como objetivo desenvolver e articular ações de prevenção de agravos e promoção da saúde mental no âmbito do Estado do Paraná.

Com isso, os gestores públicos do Estado marcam sua preocupação com as questões de saúde mental e reforçam seu compromisso com os princípios da PNSM; contudo existem muitos desafios no Estado no que tange a esta área.

Focalizando nossa atenção na 14ª Regional de Saúde, a informação obtida foi que a assistência à saúde mental na região se dá basicamente pelos atendimentos psiquiátricos realizados nos ambulatórios dos Centros Regionais de Especialidades (CREs) localizados nos dois maiores municípios da região (Paranavaí e Loanda), nos atendimentos do CAPS

Regional (localizado no município de Loanda) e nos encaminhamentos realizados para internações em hospitais psiquiátricos conveniados com o SUS. Em linhas gerais, os municípios que compõem esta Regional de Saúde apresentam dificuldade e resistência em aderir a ações de saúde mental na Atenção Básica, e a maior reivindicação dos profissionais e gestores da região gira em torno do aumento no número de leitos nos hospitais psiquiátricos, porém, pela previsão da PNSM, a maioria absoluta dos municípios (26 dos 28 que fazem parte da regional) teriam suas ações de saúde mental centralizadas na Atenção Básica (SESA, comunicação pessoal, novembro, 2011)⁷.

Até a finalização desta pesquisa, a 14ª Regional de Saúde em referência não tinha sistematizado o número de atendimentos psiquiátricos ou mesmo de internações psiquiátricas ocorridas na região. Os dados disponíveis referiam-se aos atendimentos psiquiátricos no CRE de Paranavaí e Loanda, sendo que no ano de 2011 houve 1.306 atendimentos no CRE de Paranavaí e em média 4.552⁸ atendimentos no CRE de Loanda (SESA, 2012b), o que significa 2,16% do total da população geral da região.

Outro dado disponível é o número de pacientes atendidos no Hospital Psiquiátrico Nosso Lar⁹ (SESA, 2012b), localizado no município de Loanda, o qual atende a pacientes da região inteira (ressalte-se que este não é o único hospital psiquiátrico a atender a região, mas é o único sobre o qual a 14ª Regional de Saúde dispõe de dados). Neste hospital foram atendidos em 2011 566 pacientes.

Ainda sobre o Hospital Psiquiátrico Nosso Lar, um dado que chama a atenção é o de encaminhamentos que este hospital faz dos pacientes atendidos para outras instituições. Constatamos a ocorrência de 1.112 encaminhamentos no ano de 2011, sendo a saber: dois para o Centro de Recuperação, 48 para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), 277 para o CAPS, 408 para o CRE e 377 para a Estratégia Saúde da Família (ESF) (SESA, 2012b).

Pela falta de sistematização de dados sobre a atenção à saúde mental e pela demanda desta área da saúde, que se faz cada vez mais crescente, a situação que constatamos nesta região é no mínimo preocupante. Senão vejamos o prognóstico do Ministério da Saúde. De

⁷ Informações obtidas em conversa com a técnica de referência para saúde mental na 14ª Regional de Saúde.

⁸ Numa tentativa de obter dados, ainda que aproximados, fizemos o cálculo da média de atendimentos do CRE de Loanda no ano de 2011, uma vez que os dados disponíveis eram apenas de agosto a dezembro de 2011.

⁹ Único Hospital Psiquiátrico do Noroeste do Paraná, é administrado por uma instituição espírita, existe desde 1970 e atende a toda a área da 14ª Região de Saúde, oferecendo 44 leitos, dos quais 36 são conveniados com o

acordo com este órgão do Governo Federal, 3% da população necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) em saúde mental e mais 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Assim, estima-se que 12% da população (cerca de 20 milhões de pessoas) precisam de atenção à saúde mental em nosso país (Brasil, 2003b).

Fazendo a correlação da população total de 270.794 (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social [IPARDES], 2012) da abrangência da 14ª Regional de Saúde com as estimativas do Ministério da Saúde para as necessidades em saúde mental, temos que 3%, ou seja, cerca de oito mil pessoas, necessitam de cuidados contínuos em saúde mental, pois teriam transtornos severos e persistentes; e 9% (cerca de vinte e quatro mil pessoas) precisariam de atendimento eventual, pois teriam transtornos menos graves. Isto significa que cerca de 32 mil pessoas precisam de atenção à saúde mental na 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.

Recuperando a somatória dos dados obtidos na 14ª Regional de Saúde, citados anteriormente, apenas 2,5%¹⁰ (a soma dos atendimentos no CRE e no hospital psiquiátrico) da população receberam algum tipo de atendimento em saúde mental na região, o que não corresponde à estimativa do Ministério da Saúde.

Esta situação justifica o desenvolvimento deste estudo, cujo objetivo geral é compreender como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da Atenção Básica do SUS em municípios de pequeno porte 1 da 14ª Regional de Saúde no Interior do Paraná. Os objetivos específicos são os seguintes: 1) descrever como a Atenção Básica tem recebido e atendido a demanda em saúde mental; 2) identificar quais as informações que os técnicos desses municípios têm sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental; e 3) conhecer qual a capacitação dos profissionais para atender à demanda de transtorno mental no território.

Ressaltamos também a pertinência deste estudo para a área da Psicologia, uma vez que dentro do SUS a Atenção Básica tem cada vez mais se constituído como um importante campo de atuação deste profissional.

SUS (Jornal Mundo Espírita, 2012).

¹⁰ Não conseguimos dados sobre as filas de espera para internação psiquiátrica, os atendimentos realizados pelas APAEs (uma vez que estas são cadastradas como ambulatorios do SUS), os atendimentos ocorridos de janeiro a julho no CRE de Loanda e o número de internamentos realizados nos demais hospitais psiquiátricos conveniados.

Para a organização do trabalho, no primeiro capítulo apresentamos uma discussão sobre a assistência à saúde mental enfocando o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em seguida discorremos sobre a Atenção Básica, mostrando como se deu a organização deste nível de atenção no país e revelando sua importância para a atual conjuntura da assistência à saúde mental no Brasil. Por fim, problematizamos as articulações necessárias entre Atenção Básica e a Reforma Psiquiátrica, perpassando a discussão da atenção psicossocial e da constituição das redes.

No segundo capítulo traçamos o percurso metodológico percorrido para a realização do estudo, caracterizado como uma pesquisa de campo de caráter exploratório. Delimitamos como campo de realização deste estudo cinco municípios de Pequeno Porte 1 pertencentes à 14ª Regional de Saúde. Os profissionais que atuam na Atenção Básica destes municípios foram os entrevistados. Também apresentamos o processo de coleta e análise das informações e as considerações éticas envolvidas na construção e desenvolvimento deste estudo.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados e a análise dos dados coletados e reunidos nos seguintes temas: a) O (des)conhecimento da Reforma Psiquiátrica e da PNSM; b) Capacitação na área da saúde mental: a ausência permanente; c) O psicólogo como profissional “curinga”; d) A crescente demanda em atenção à saúde mental; e) O consumo de medicamentos controlados; e f) A intuição como “a luz no fim do túnel”. Estes temas foram analisados à luz dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e da PNSM tendo como referencial teórico a investigação histórica.

Por fim, lançamos algumas ideias a título de conclusão. Em síntese, pudemos constatar que a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica apresenta inúmeros desafios a serem enfrentados, como o desconhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a PNSM, a escassez de capacitação, a necessidade de profissionais em maior número e com posturas diferenciadas de atuação, a urgência de implantar redes de serviços de apoio e o processo de medicalização do social. Constatamos também como ponto forte a ser explorado o contato próximo das equipes com os usuários propiciado pelo atendimento na Atenção Básica, contato que pode favorecer a atenção em saúde mental e a efetivação dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da PNSM.

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL: trajetória histórica e perspectivas atuais

“Quando começamos nosso trabalho de mudança, na realidade nós violentamos a sociedade. Nós obrigamos a sociedade a aceitar o louco e isso criou grandes problemas que não existiam antes.

E o mais importante é que, no momento em que violentamos a sociedade, nós estávamos presentes para aguentar as consequências dessa violência, como novos técnicos, estávamos lá para arcar com a responsabilidade de nossas ações, para ajudar a comunidade a entender o que queria dizer uma pessoa louca na sociedade.”

(Basaglia, 1979, pp. 21-22)

1.1 Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil

A PNSM orienta-se pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade e pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização e participação da comunidade, conforme preconiza o SUS instituído pela Lei 8.080 (1990). Neste sentido, esta Política prioriza uma prática em saúde integral que consiga olhar os indivíduos em sua complexidade e integralidade, rompendo com o reducionismo biomédico e compreendendo as diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença.

No que se refere à atenção à saúde mental no Brasil, este setor da saúde nas últimas décadas passou por profundas transformações, fruto da mobilização de instituições, trabalhadores da saúde, familiares e usuários. Por volta da segunda metade da década de 1970 contamos com o movimento social da Reforma Psiquiátrica, que “se caracteriza por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a considerar o sofrimento humano apenas como o objeto simples da doença mental, mas considerá-lo em sua complexidade” (Yasui, 2006, p. 90). Este é um processo social complexo, e consiste numa luta contra a segregação, a violência, a discriminação e a exclusão da pessoa em sofrimento psíquico; ou seja, é “um processo que tem como princípios éticos a inclusão, a solidariedade e a cidadania.” (Amarante, 2003, p. 58); porém a perspectiva na atenção à pessoa em sofrimento psíquico nem sempre foi esta.

Segundo Costa (2007), a história das políticas de atenção em saúde mental no Brasil, remonta à vinda da família real portuguesa ao nosso país. Este fato desencadeou no Brasil transformações políticas, econômicas, culturais e sociais, trazendo grandes mudanças para as

cidades e o aumento da população urbana. Como consequência das desigualdades sociais presentes e das más condições de vida de grande parte da população, também aumenta o número de epidemias e doenças nos centros urbanos. Após a independência do Brasil, em 1822, tem início um movimento médico reivindicando a criação de asilos para a população marginalizada socialmente e em especial para os loucos, como eram denominadas as pessoas em sofrimento psíquico. Nesta época o movimento higienista¹¹ apregoava a necessidade de organizar os espaços públicos das cidades.

É neste contexto que temos, em 1852, a inauguração do primeiro hospício brasileiro, na cidade do Rio de Janeiro – o hospício Dom Pedro II, e em 1898, o Hospital Colônia Juqueri; todavia o marco histórico do início das políticas públicas de saúde mental no Brasil foi a edição, em 1903, do Decreto 1.132, que ficou conhecido como a “Lei de assistência aos alienados” e trazia como avanço a profissionalização do tratamento dos alienados, até então, de responsabilidade de religiosas, sem necessariamente ter o acompanhamento médico.

Sampaio (1994, apud Nacile, 2011) periodiza a assistência psiquiátrica no Brasil de 1500 a 1985, assim se referindo às reformas ocorridas nessa área:

Reforma Clemente Pereira: na década de 1850, gerou a Era de Ouro dos Asilos, ordenando os espaços para a loucura (hospícios), cujo objetivo é isolar da cidade aqueles que a possam perturbar e excluir os improdutivos; **Reforma Teixeira Brandão:** na década de 1890, inaugurando a Era das Colônias Agrícolas, sendo estimulados por todo o país a estatização dos hospitais e a criação de campos de trabalhos; **Reforma Adauto Botelho:** na década de 1940, dentro de uma prática política autoritária-populista, descobre-se a assistência médica como estratégia de sedução das novas massas populares, sendo criados hospitais psiquiátricos por todo o país; **Reforma Leonel Miranda:** na década de 1960, no âmbito do Golpe Militar, inaugura a Era de Ouro dos Hospitais Privados, onde o objetivo geral é criar um sistema de empresas privadas para terceirizar funções do Estado. De 1964 a 1982, os leitos psiquiátricos cresceram dezesseis vezes mais rapidamente do que população brasileira. (Sampaio, 1994 apud Nacile, 2011, p. 102).

Após a II Guerra Mundial começaram a se intensificar na Europa os questionamentos

¹¹ Em linhas gerais, o higienismo é uma doutrina nascida final do século XIX que prosperou com o liberalismo no início do século XX, quando o poder público começou a dar maior atenção à saúde dos habitantes das cidades, tendo como foco as campanhas sanitárias, que se caracterizavam pela “limpeza” dos centros urbanos. (Costa, 2007)

sobre a instituição asilar e a divulgação de experiências que se contrapunham ao modelo psiquiátrico tradicional, como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva, Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática¹² (Amarante, 1995 e Amarante, 2007).

Estas discussões chegaram ao Brasil com certo atraso em relação à conjuntura mundial, mas marcam um importante período da história da assistência à saúde mental no país. Por volta da década de 1970 Vasconcelos (2010) destaca o início das três principais fases nessa assistência - de 1978 a 1992 -, caracterizado pela eclosão da crítica ao modelo hospitalocêntrico. Neste sentido temos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores da área e associações de familiares e usuários dos serviços que fomentam a discussão sobre a necessidade de rever a instituição hospitalar psiquiátrica, inclusive apresentando diversas denúncias sobre maus-tratos e mortes nos hospitais existentes. Neste momento histórico temos também a implantação dos primeiros serviços substitutivos, como CAPS e o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), que ajudam a alavancar as discussões sobre a possibilidade de formas alternativas ao hospital psiquiátrico para o tratamento das pessoas com transtorno mental. Ainda, em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresentou à Câmara Federal o Projeto de Lei n.º 3657-A, que regulamentava os direitos das pessoas com transtornos mentais, propondo explicitamente a extinção dos hospitais psiquiátricos.

O período de 1992 a 2001 é caracterizado pelo fortalecimento dos movimentos sociais nessa área inspirados pelo projeto de lei de Paulo Delgado, e, mesmo sem que a lei tenha sido aprovada, iniciou-se a implantação de rede extra-hospitalar no país e foram aprovadas leis antimanicomiais em vários estados brasileiros¹³. Também nessa década registramos a adesão do Brasil à Declaração de Caracas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1990), fruto da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde na região das Américas - que preconiza a realização da atenção à pessoa com transtorno mental em serviços de base territorial.

Por fim, segundo Vasconcelos (2010), temos o terceiro momento, que tem como

¹²Cada uma destas experiências é tratada detalhadamente em Amarante (1995) e Amarante (2007).

¹³De acordo com Brasil (2004c) temos as seguintes leis estaduais: Rio Grande do Sul – Lei 9.716 de 7 de agosto de 1992; Ceará – Lei 12.151 de 29 de julho de 1993; Pernambuco – Lei 11.065 de 16 de maio de 1994; Rio Grande do Norte – Lei 6.758 de 4 de janeiro de 1995; Minas Gerais – Lei 11.802 de 18 de janeiro de 1995; Paraná – Lei 11.189 de 9 de novembro de 1995; Distrito Federal – Lei 975 de 12 de dezembro de 1995 e Espírito

marco, em 2001, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a aprovação da Lei 10.216/2001 e a expansão da rede de atenção psicossocial. Atualizando a discussão do autor, tivemos em 2010 a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Inclusive vale destacar que esta Conferência foi realizada com razoável atraso e sua concretização deveu-se, em parte, ao movimento social da Marcha dos Usuários pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2010).

Neste ponto é interessante marcar a diferença entre a Reforma Psiquiátrica e a PNSM. A Reforma Psiquiátrica é um movimento social cuja meta é a luta pelos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. A PNSM é uma política pública gerada no bojo da Reforma Psiquiátrica. Atualmente as pessoas em sofrimento psíquico têm algumas garantias previstas na legislação, como a de serem preferencialmente atendidas em serviços de bases territoriais e serem assistidas pela rede de Atenção Psicossocial, que se constitui de diferentes serviços (Portaria 3.088, 2011).

No que se refere aos serviços oferecidos pela rede, destacamos que cada um deles tem características e finalidades próprias, pois se adaptam às variadas necessidades das pessoas em sofrimento psíquico, como moradia, crise e atendimento ambulatorial, e sua implantação obedece a critérios preestabelecidos pelo Ministério da Saúde de acordo com a demanda posta.

De forma resumida, apresentaremos a seguir os principais serviços e programas previstos na Política Nacional de saúde Mental, a saber:

- o **Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**, “que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não” (Brasil, 2004a, p. 6);

- o **Programa de Volta Para Casa**, que, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2003a), tem como foco a “reintegração social de pessoas acometidas de transtorno mental, egressas de longas internações”, e tem como parte integrante o pagamento de auxílio-reabilitação psicossocial que é regulamentado pela Lei 10.708/2003; e

- os **Consultórios de Rua**, que são “dispositivos públicos que oferecem cuidados básicos de saúde para população vulnerável no próprio contexto de rua, em ação conjunta com outros setores como Assistência Social, Justiça, Cultura, Esporte e outros, e na estratégia de Redução de Danos”. (Brasil, 2010b).

- implantação de **leitos psiquiátricos em hospitais gerais**, uma vez que a internação hospitalar, segundo a Lei 10.216/01, é prevista quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes; mas a indicação da Portaria 224/92 (1992) do Ministério da Saúde é a de que esse tipo de leito passe a ser ofertado nos hospitais gerais;

- os **Programas de Centros de Convivência e Cultura**, dispositivos públicos compostos por equipes multiprofissionais que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade (Brasil, 2005); e

- os **CAPS** que são serviços de saúde comunitários municipais abertos que oferecem atendimento diário. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), o CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Existem as seguintes modalidades de CAPS: **CAPS I** - para municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando cinco dias por semana; **CAPS II** - para municípios com população de mais de 70.000 habitantes, funcionando cinco dias por semana; **CAPS III** - para municípios com mais de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana; **CAPSi** - para municípios com mais de 200.000 habitantes, especializado no atendimento de crianças e adolescentes e funcionando com dias por semana; **CAPS Ad** – para municípios com mais de 200.000 habitantes, especializado no atendimento de usuários de álcool e outras drogas e funcionando cinco dias por semana; **CAPS Ad III** - para municípios com mais de 200.000 habitantes, especializado no atendimento usuários de álcool e outras drogas, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana.

Todos estes serviços substitutivos trazem em comum a discussão da necessidade de articulação com o nível da Atenção Básica do SUS, considerado fundamental para a organização e operacionalização do sistema de saúde no Brasil e para a atenção à saúde mental.

De acordo com alguns estudiosos da área de saúde mental, como Amarante (2007), Tenório (2002) e Vasconcelos (2010), para avançar no processo da Reforma Psiquiátrica duas questões centrais são colocadas: a primeira diz respeito à construção de uma cultura antimanicomial na qual passe a fazer parte do imaginário social a perspectiva de que o sujeito em sofrimento psíquico não mais será isolado nos hospitais psiquiátricos e segregado da vida social, mas sim, conviverá na sua comunidade; e a segunda se refere ao oferecimento de

serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico.

Enfim, tendo em vista a relevância da Atenção da Básica no SUS e o fato de este ser o objeto de estudo deste trabalho, dedicaremos, a seguir, algumas páginas à discussão deste nível de atenção em especial.

1.2 Atenção Básica

Nomenclatura

A primeira questão importante refere-se à própria nomenclatura da Atenção Básica, pois em nível mundial o nome dado a este nível de atenção é Atenção Primária, mas no Brasil adotou-se a ideia de Atenção Básica “para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (Fausto & Matta, 2007, p. 43).

Mello, Fontanella e Demarzo (2009), ao discutirem as diferenças conceituais e de origem destas denominações, afirmam que a denominação Atenção Básica no Brasil deixa clara uma opção ideológica pelo posicionamento contra o discurso hegemônico do movimento preventivista do final do século XX, como também por “um posicionamento ativo em se negar a denominação utilizada pelas agências internacionais, como o Banco Mundial, em suas políticas para a área de saúde (Mello et al., 2009, p. 210); assim o Brasil marca a sua opção por Atenção Básica em vez de Atenção Primária, como preferem outros países.

Segundo Gil (2006), é a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96 (NOB SUS) que o termo Atenção Básica é assumido na Política Nacional de Saúde. A partir do Decreto 7.508/2011, publicado em junho de 2011, adota-se o termo Atenção Primária; no entanto o Ministério da Saúde, na Portaria 2.488/2011, de outubro de 2011, afirma: “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes.”; e em outro documento, a Portaria 3.088/2011, de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde adota novamente o termo Atenção Básica.

Assim, temos que no Brasil a Atenção Básica é o nível de atenção no SUS responsável pela Atenção Primária à Saúde; porém em nossa revisão bibliográfica, ora nos deparamos com o termo “Atenção Primária”, ora com “Atenção Básica”. Mello et al. (2009) asseveram

que, na maioria das vezes, esses termos podem ser considerados sinônimos sem que isto se torne um problema conceitual, embora nos alertem para as diferenças do contexto conceitual e ideológico entre eles. Neste texto optamos por usar o termo “Atenção Básica”, e para facilitar a leitura, a partir deste ponto a ela nos referiremos apenas como AB.

Definição

Segundo o *Manual para a Organização da Atenção Básica*, produzido pelo Ministério da Saúde, “Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 1999, p. 9).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a),

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito 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. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (p. 44)

Para Fausto e Matta (2007), a ideia de AB foi utilizada pela primeira vez como forma de organização dos sistemas de saúde no Relatório Dawson, em 1920. Este documento do governo inglês tinha dois grandes objetivos: contrapor-se ao modelo americano de atenção à saúde de foco curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e constituir-se como uma referência para a organização do modelo inglês de saúde, que naquele momento histórico começava a preocupar, devido ao seu alto custo e baixa resolutividade.

O Relatório Dawson trazia a proposta de organização e hierarquização do atendimento em saúde em níveis de atenção:

O relatório concebia o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde (Fausto & Matta, 2007, p. 44)

Esta perspectiva de atenção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde em vários países, definindo duas características básicas da AB até hoje: regionalização e integralidade. De acordo com Matta (2007), a regionalização refere-se a que os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões de um país e identificar as necessidades de cada uma delas. A integralidade prima pela indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Desta forma, no início do século XX temos dois polos estabelecidos com duas realidades distintas: de um lado os países desenvolvidos, que estavam marcados pelo uso indiscriminado de tecnologias médicas de baixa resolutividade e alto custo, que traziam preocupações econômicas aos governantes; e do outro, os países pobres, que sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos de saúde, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias, que também preocupavam as lideranças públicas (Fausto & Matta, 2007).

A AB também sofreu forte influência das ideias da medicina preventiva¹⁴, que propunha uma prática médica próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos, com foco na prevenção e controle de doenças. Assim temos o estabelecimento de duas questões

¹⁴ Leavell e Clark (1976) são os maiores expoentes do movimento da medicina preventiva, pois, baseados no modelo por eles criado da “História Natural das Doenças”, que pressupõe uma linearidade no processo saúde/doença de forma que, ao conhecer como cada doença evolui, consideram possível preveni-la, desde que detectada precocemente, e definem a medicina preventiva como “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a

fundamentais para a AB: a atenção à saúde que se faz em primeiro lugar (com o foco na prevenção) e a que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias (no território).

Nos anos 1970 a AB ganha maior destaque e a OMS torna-se uma das maiores difusoras desta proposta, apontada como solução para diversos problemas de assistência à saúde no mundo. É neste contexto que temos a realização da *I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde*¹⁵, a qual teve como tônica a implantação da AB como forma de promover “saúde para todos no ano 2000”. Como resultado desta Conferência temos a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), que foi assinada por 134 países e define AB como

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde. (OMS, 1978)

A Declaração de Alma-Ata é um marco no que se refere à Atenção Primária e influenciou inúmeros países no incentivo aos cuidados primários em saúde e “nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental” (Gil, 2006, p. 1172). De acordo com Czeresnia (2003, p. 23), “há um amplo consenso de que este foi um dos eventos mais significativos para a saúde pública, em termos mundiais, ocorrido na segunda metade do século XX, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo”.

Conill (2008) relaciona a emergência e difusão da AB com a conjuntura de crise econômica e o modo de acumulação instalado nos países centrais a partir dos anos 1970, fenômenos que agravaram a situação de crescimento de periferias urbanas, entre diversos

vida e promover a saúde física e mental e a eficiência” (p. 7).

¹⁵ Evento convocado pela OMS em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) que correu em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão (OMS, 1978).

outros problemas. Assim, fica evidente que o fortalecimento das ideias da AB vem como forma de buscar superar as dificuldades sociais, econômicas e políticas postas neste período, podendo-se perceber quanto estas estratégias estão atreladas às condições concretas do contexto econômico mundial.

Importante também destacar que em 2008 temos o Relatório Mundial de Saúde “*Cuidados de Saúde Primário: agora mais que nunca*” (OMS, 2008a) que evoca o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata e reafirma a AB como lócus da centralidade no cuidado. Além disso, o referido relatório apresenta a necessidade de quatro conjuntos de reformas: 1) **Reformas de cobertura universal** que garantam a contribuição dos sistemas de saúde para a equidade em saúde e justiça social e para o fim da exclusão, principalmente através do progresso do acesso universal e da proteção social da saúde; 2) **Reformas da prestação de serviço** que reorganizem os serviços de saúde como cuidados primários em torno das necessidades e expectativas das pessoas, de forma a adequar-se à realidade social; 3) **Reformas de política pública** que garantam comunidades mais saudáveis, integrando ações de saúde pública nos cuidados de saúde primários e primando por políticas públicas saudáveis nos vários sectores; e 4) **Reformas de lideranças** que substituam o comando e controle autoritário e o *laissez-faire* descomprometido do Estado, por uma liderança com base na negociação, participativa e inclusiva, exigida pela complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos (OMS, 2008a).

Atenção Básica no Brasil

No Brasil, de acordo com Souza (2004), podem-se encontrar os antecedentes da AB já nos anos 1940 no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As atividades do SESP conciliavam agentes sanitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos em ações de prevenção e cura de doenças, mas essa prática era centralizada e não se articulava com as demais instituições de saúde.

Segundo Fausto e Matta (2007), durante os anos 1960 se desenvolveram no Brasil os primeiros programas de integração docente-assistencial realizados pelos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP), que eram vinculados às escolas de medicina e tinham como objetivo a interiorização da medicina por meio da formação médica. Também na década de 1960 agências internacionais como a Fundação Kellogg e a Fundação Ford incentivaram e

implantaram programas de extensão que ampliavam o acesso da população a algum tipo de serviço de saúde.

Já nos anos 1970 alguns municípios brasileiros organizaram seus sistemas de saúde com base na crítica à medicina preventiva, por entenderem o estado de saúde dos indivíduos em relação com as condições de vida destes. Assim houve as primeiras experiências de AB na perspectiva de integralidade prevista pela Declaração de Alma-Ata (Brasil, 2002).

Neste período também houve programas criados pelo Governo Federal, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) e, em seguida, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde)¹⁶; no entanto estas iniciativas eram tímidas e não significavam uma mudança no modelo assistencial em saúde.

A amplitude da discussão mobilizada pela Reforma Sanitária¹⁷ deixou a AB em segundo plano por certo período, pois todas as mobilizações no país passaram a ter como objetivo e lema a reconstrução do modelo de assistência à saúde; mas foi justamente no bojo das ideias de saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular defendidas para o SUS que a AB veio a se fortalecer no Brasil. (Fausto & Matta, 2007)

Tesser, Poli Neto e Campos (2010) apontam três formas de se conceber a AB, descritas a seguir.

A primeira concepção foi a que influenciou a organização dos primeiros Centros de Saúde no Brasil, na primeira metade do século XX, e sua posterior expansão até os anos 80. Esta é a concepção norte-americana de Saúde Pública que previa que o cuidado em saúde seria dividido em dois grandes sistemas: um de assistência clínica (com os hospitais, serviços de urgência e consultórios) e o outro de Saúde Pública (operados pelos Centros de Saúde). Com isso neste período temos os Centros de Saúde organizados em programas preventivos e de controle de doenças, desenvolvendo ações apenas de prevenção.

A segunda concepção que exerce influência no Brasil é da AB como forma de garantir acesso ao Sistema de Saúde, cuja consequência foi a multiplicação de serviços de pronto-atendimento que não atendem aos princípios fundamentais da AB e acabam funcionando

¹⁶Para conhecer em detalhes estes programas, ver em Fausto e Matta (2007).

¹⁷ O movimento sanitário buscava reverter a lógica da assistência à saúde no Brasil apresentando quatro proposições para debate: 1. A saúde é um direito de todo cidadão, independente de contribuição ou qualquer outro critério de discriminação; 2. As ações de saúde devem estar integradas em um único sistema, garantindo o acesso de toda população a todos os serviços de saúde, seja de cunho preventivo ou curativo; 3. A gestão administrativa e financiamento das ações de saúde deve ser descentralizada para estados e municípios; 4. O Estado deve promover a participação e o controle das ações de saúde. (Baptista, 2007, p. 43)

como “apaga incêndio” nas situações emergenciais de problemas de saúde (Tesser, Poli Neto & Campos, 2010). De acordo com Cunha (2010), estes serviços propiciam a medicalização, baixa autonomia dos usuários e baixo aproveitamento do potencial dos profissionais e do trabalho em equipe; além disso, tem custo elevado e é ineficiente para as doenças crônicas e incapaz de atuar em determinantes de saúde coletivos.

A terceira concepção vem dos países que implantaram sistemas nacionais de saúde, particularmente na Europa, os quais entendem a AB como “porta de entrada de um sistema integrado em rede de atenção ambulatorial, hospitalar e etc.” (Tesser, Poli Neto & Campos, 2010, p. 3619). Esta terceira concepção é a que se procura aplicar no Brasil atualmente, pois a organização da AB tem como fundamentos os princípios e diretrizes do SUS: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento, participação (Brasil, 1999, p. 9), e como características a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e o primeiro contato da população com o sistema de saúde.

Em termos normativos a AB ganha destaque na política nacional a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, mas

Em termos históricos, as primeiras iniciativas do Ministério da Saúde dedicadas à alteração na organização da atenção à saúde com ênfase na atenção primária surgiram no momento em que foram estabelecidos o Programa de Agente Comunitários da Saúde (Pacs), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O Pacs e posteriormente o PSF surgem com o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de organização da atenção em âmbito local, especialmente aqueles municípios pequenos, sem nenhuma ou com exígua rede de serviços da saúde conformada. (Fausto & Matta, 2007, p. 58)

Quando da constituição destes programas (Pacs e PSF) os governos não lhes deram a devida importância e eles acabaram ficando em uma posição marginal dentro da execução da política de saúde, situação que só mudou quando o PSF foi institucionalmente desvinculado do Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e passou para a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), ligada diretamente ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, fato que possibilitou o fortalecimento das ações de AB no país (Fausto & Matta, 2007). A partir de então houve incentivos do Ministério da Saúde à implantação do

PSF, que visava desenvolver as ações básicas e promover a reorganização das práticas de saúde em todo o sistema de saúde, uma vez que

As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios da Saúde da Família, passam a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. (Brasil, 1999)

Assim, o modelo do PSF propõe que uma equipe multidisciplinar¹⁸ assuma a responsabilidade sobre um território onde viva certo número de pessoas, tendo como foco de intervenção a família, buscando imprimir uma atenção continuada, intersetorial e resolutiva com base nos princípios da promoção da saúde (Brasil, 1999). Para Amarante (2007, p. 93), o PSF “tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento”, e até por esse motivo a ideia de programa foi substituída pela de estratégia, de forma que hoje o Ministério da Saúde adota o nome Estratégia Saúde da Família (ESF), em vez de Programa Saúde da Família (PSF).

Além disso, uma das características do SUS é o fortalecimento de ações preventivas em contraponto a ações curativo-assistenciais, e a ESF propõe a reorganização da atenção à saúde no SUS com foco na prevenção de doenças e promoção de saúde. Desta forma, a ESF representa a capilaridade do SUS, uma vez que está presente em 95,1% dos municípios brasileiros (IBGE, 2010). Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a, p 44):

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS e tem como fundamentos: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma

¹⁸ As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de

interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e de programação; e estimular a participação popular e controle social.

Deste modo, a ESF configura-se como a principal modalidade da AB e carrega a responsabilidade pela mudança no modelo assistencial do SUS. A Portaria 2.488 (2011) reforça esta questão ao afirmar que “a Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica” (s/p.)

1.3 Saúde mental na Atenção Básica

Marcos legais

De acordo com Camatta (2010), a primeira vez que as políticas de saúde fazem menção à AB como importante na assistência à saúde mental ocorreu ainda na década de 1970, quando se intensificavam no Brasil os questionamentos ao modelo da psiquiatria tradicional e à assistência à saúde de modo geral, com o movimento da Reforma Sanitária. Nesse período a sociedade brasileira vivenciava a ditadura militar (que durou de 1964 a 1985), durante a qual houve poucas iniciativas e investimentos em assistência à saúde.

Ainda segundo Camatta (2010), a concretização deste princípio se deu pela primeira vez em 1975, com o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que foi fortemente influenciado pelas ideias da Psiquiatria Preventiva¹⁹ e tinha como objetivo a qualificação de médicos generalistas e auxiliares de saúde para o atendimento em saúde mental nos centros de saúde e unidades básicas de saúde.

Cumprir destacar que em 1978 o Brasil aderiu à Declaração de Alma-Ata, que prioriza os cuidados primários em saúde e fortalece a importância da AB.

Em 2001 a OMS publicou um relatório sobre a situação da assistência psiquiátrica e

consultório dentário e um técnico em higiene dental. (Brasil, 2012a)

¹⁹ Inspirado na teoria de História Natural a Doenças de Leavell e Clark (1976), Caplan aprofundou a perspectiva

em saúde mental no mundo e fez dez recomendações para orientar as ações nessa área, das quais a primeira recomendação é propiciar tratamento na atenção primária. As outras recomendações são: 2) disponibilizar medicamentos psicotrópicos; 3) proporcionar atenção na comunidade; 4) educar o público; 5) envolver comunidades, famílias e usuários; 6) estabelecer políticas, programas e legislações nacionais. 7) preparar recursos humanos; 8) formar vínculos com outros serviços; 9) monitorar a saúde mental na comunidade; e 10) dar apoio à pesquisa. (OMS, 2001)

No Brasil, em 2001 foi aprovação a Lei 10.216, que representa um importante avanço para a atenção à saúde mental no país. O texto aprovado sofreu inúmeras mudanças em relação ao projeto de lei original apresentado em 1989, mudanças que amenizaram o tom da lei e retiraram “o impulso extraordinário que o texto original significaria” (Tenório, 2002, p. 52). Também Dias (2001) faz uma crítica à lei, analisando que esta só é aprovada depois que lhe são retiradas cláusulas que dão a abertura para que coexistam os hospícios e as formas alternativas de atendimento, mas não determina o fim do hospício. Além disso, a Lei 10.216 não faz nenhuma referência explícita à AB, e assim não traz consequências imediatas para este nível de atenção no tocante à atenção à saúde mental.

Em 2003 houve uma ação do Ministério da Saúde para discutir a assistência à saúde mental na AB, que foi a publicação do documento *Saúde Mental e Atenção Básica o vínculo e o diálogo necessários* (Brasil, 2003b). Neste documento temos o estabelecimento de três diretrizes para a articulação: 1) apoio matricial de saúde mental às equipes da Atenção Básica; 2) a formação como estratégia prioritária na inclusão da saúde mental na atenção básica; e 3) inclusão da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Este documento deixa claro que o Ministério da Saúde busca a articulação entre a AB e a assistência à saúde mental visando ao estabelecimento de vínculos e acolhimento entre a equipe de saúde/serviços e as pessoas, em observância ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação com outras políticas públicas. Essas ações devem fundamentar-se nos princípios e nas diretrizes do SUS e nos pressupostos da PNSM de universalidade, integralidade, equidade, participação popular, descentralização e hierarquização, tendo como elementos fundamentais: 1) noção de território; 2) organização da atenção à saúde mental em rede; 3) intersetorialidade; 4) reabilitação psicossocial; 5) multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; 6) desinstitucionalização/ 7) promoção da cidadania dos usuários; e 8)

construção da autonomia possível de usuários e familiares (Brasil, 2003b, s/p).

Embora a *Política Nacional de Atenção Básica* de 2006 (Portaria 399, 2006) não faça menção às ações de saúde mental na AB, observamos que a Portaria 325 (2008) está em consonância com esta política e estabelece prioridades, objetivos e metas do *Pacto pela Vida* para o ano de 2008, entre os quais foi contemplada a saúde mental.

Não obstante, de acordo com Tanaka e Ribeiro (2009), embora todas as características da ESF e da AB indicassem a ruptura com o modelo biomédico e a busca da integralidade das ações, não havia nos textos oficiais sobre AB do Ministério da Saúde nenhuma referência explícita a incorporação de ações voltadas à atenção em saúde mental. Apesar disso, um avanço importante da atenção à saúde mental na AB é a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados em 2008 pela Portaria 154 (2008) do Ministério da Saúde com “o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Portaria 154, 2008, s/p.). Desta forma, o NASF não é mais uma ação isolada, mas, visa fortalecer e ampliar as ações da ESF. A Portaria disponibiliza uma lista de profissionais que podem compor as equipes dos NASF, mas faz a ressalva de que, “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental” (Portaria 154, 2008, s/p.).

No ano de 2011, a Portaria 3.088 (2011) consolidou definitivamente a inserção da AB como ponto da Rede de Atenção às pessoas em sofrimento psíquico. Assim, este documento tornou-se um dos marcos legais mais significativos da inclusão da AB na PNSM.

Neste percurso devemos reconhecer que as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) tiveram um papel relevante na construção da PNSM.

A seguir dissertaremos sobre a contribuição no que se refere à realização de ações de saúde mental na AB.

Conferências

As Conferências de Saúde são instâncias colegiadas instituídas pela Lei 8.142/1990 para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes aos municípios, aos estados e à União. Estes espaços democráticos

devem respeitar a seguinte proporcionalidade de representantes: 50% de usuários, 25% de representantes dos profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços de saúde.

Como desdobramento da 8ª Conferência Nacional, realizada em 1986, temos o desencadeamento da realização das CNSMs para discutir exclusivamente a temática da saúde mental, daí a importância de entendermos o que cada uma das CNSMs discutiu sobre a saúde mental na AB.

No que tange à Atenção Básica, a I CNSM, realizada em 1987, entre seus temas de discussão focalizou a consolidação dos princípios da Reforma Sanitária e recomendou, entre outras medidas, a implantação das equipes de trabalho, sobretudo as da rede básica de atenção:

Implantação e privilegiamento das equipes multiprofissionais em unidades da rede básica, hospitais gerais e psiquiátricos, de forma a reverter o modelo assistencial organicista e medicalizante, propiciando visão integral do sujeito usuário do setor, respeitando a especificidade de cada categoria. (Brasil, 1987, p.19).

Já a II CNSM, realizada em 1992, teve como tema “A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil”. Nesta conferência a AB não foi discutida em profundidade, mais é citada como mais um dos serviços da rede substitutiva, como vemos na seguinte proposta da Conferência:

Criar instrumentos que redirecionem os recursos destinados à rede manicomial hospitalar contratada ou conveniada em benefício da rede extra-hospitalar, entendida como ações programáticas de saúde mental na rede geral de saúde pública, com unidades básicas de saúde/centros de saúde; centros de convivência, oficinas terapêuticas e cooperativas; unidades ambulatoriais de tratamento intensivo (hospitais-dia, hospitais-noite, centro de atenção psicossocial; núcleo de atenção psicossocial etc.); lares abrigados e oficinas abrigadas (fora dos manicômios); bem como garantir o atendimento em saúde mental e emergências psiquiátricas em hospital geral. (Brasil, 1992, p.14).

Não obstante, foi na III CNSM, realizada em 2001 com o tema “Cuidar, sim, Excluir não”, que a AB ganhou destaque no contexto das políticas públicas de saúde mental, pois nela

foram consideradas as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), que, entre outras deliberações, indicava que a AB deveria responder por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo a atenção em saúde mental. Neste sentido, a III CNSM ressaltou a necessidade de incluir ações de saúde mental na AB, definindo estas ações como um dos princípios e diretrizes do eixo “Reorientação do modelo assistencial em saúde mental”, que terminou com a aprovação de 16 propostas visando ao fortalecimento dessa inclusão. Embora seja um tanto extenso, julgamos válido citar todas as propostas:

1- Defender a inclusão das ações em saúde mental no nível básico da atenção à saúde, no elenco de Ações e Programas exigidos pela NOAS/2001, para que os municípios sejam habilitados ao nível de gestão PAB Ampliado, de modo que sejam cumpridas as metas da OMS, quando, em sua recente Assembleia Mundial, em maio de 2001, deliberou pela ampliação dos cuidados em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. **2 -** Priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade. **3 -** Garantir que a Rede Básica de Saúde desenvolva ações de vigilância à saúde na área de Saúde Mental, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental (locais de trabalho, condições de moradia e outras), contribuindo assim para desenvolver a ação intersetorial necessária para a redução do sofrimento. **4 -** Criar, em âmbito nacional, principalmente nas regiões que não dispõem de psiquiatras, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidos aos médicos generalistas, com a finalidade de atender pessoas com problemas mentais e de impedir a medicalização excessiva, que também é geradora de sofrimento. **5 -** Introduzir o atendimento domiciliar na Rede de Assistência Básica. **6 -** Garantir o acesso do portador de transtornos mentais ao tratamento odontológico, de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional na Rede Básica de Saúde. **7 -** Incluir, nas agendas municipais de saúde, a atenção à saúde mental, definindo elementos para compor o pacto de criação de indicadores da atenção básica. **8 -** Garantir maior resolubilidade e capacidade da Rede Básica de Atenção, com capacitação em saúde mental das equipes mínimas do PSF, garantindo a integralidade da atenção, dimensionando equipes especializadas de referência (para atendimento e assessoria) que podem ser específicas, ou aquelas dos serviços de saúde mental especializadas já existentes. **9 -** Garantir a incorporação das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, mediante oferta de ações mais locais por parte dos profissionais de Saúde da Família, tais como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os

profissionais de saúde mental. **10** - Garantir que cada município conte com atendimento e integração da assistência à saúde mental na rede básica (PACS/PSF/Centros de Saúde comunitários). **11** - As equipes multiprofissionais de saúde mental que trabalham junto ao PSF atenderão prioritariamente aos casos graves e observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de saúde mental para cada duas equipes de Saúde da Família. **12** - Promover a prevenção em saúde mental por meio da oferta de atividades para este fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, oficinas de arte e de ofícios, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas preferencialmente por recursos comunitários, Saúde, PACS, PSF e comunidade. **13** - Criar equipes volantes de saúde mental, capacitadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que funcionem como referência às equipes do PSF e das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes. **14** - Garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/ PSF e Saúde Mental e, também, avaliar as ações de saúde mental executadas pelas equipes de Saúde da Família visto que o Programa é recente. **15** - Implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em saúde mental realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/PSF. **16** - Criar a ficha “B” de Saúde Mental no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, como forma de coletar dados para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais atendidos pela Equipe de Saúde da Família. E o grupo “Atenção à Saúde Mental” do sistema de informações ambulatoriais do SUS na designação “atendimento a grupos específicos” da tabela de procedimentos. (Brasil, 2001, pp. 48-52).

A IV CNSM, realizada em 2010 tendo como tema “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, foi a primeira conferência intersetorial e convidou atores de diversos segmentos sociais (saúde, educação, assistência social, ONGs entre outras) para discutir a temática da saúde mental, tendo como foco a intersectorialidade. Um dos eixos debatidos foi “Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecer os Movimentos Sociais”, e deste, um dos temas discutidos foi “Saúde mental, atenção primária e promoção da saúde”. Na sequência da discussão foram aprovados os princípios e diretrizes gerais elencados a seguir:

456. A IV CNSMI enfatiza a relevância de garantir o cuidado em saúde mental na atenção básica, através de parcerias intersectoriais, às pessoas com transtornos mentais, aos usuários de álcool e outras drogas, e às pessoas afetadas pela violência,

considerando as fortes implicações dessas ações tanto no campo da saúde mental, quanto nas condições de produção de sofrimento e na qualidade de vida das pessoas e comunidades. **457.** A IV Conferência indica, também, a necessidade de incluir a saúde mental como área estratégica da atenção primária, assim como de promover a integralidade das ações de saúde mental, em todos os níveis de atenção, pautada na lógica da intersetorialidade, tendo como formas de organização as equipes matriciais e de referência. **458.** Dessa forma, é fundamental garantir o planejamento, o desenvolvimento, e a avaliação das ações de saúde mental em todos os níveis de atenção, conforme suas responsabilidades de forma intersetorial e interdisciplinar na atenção à saúde da comunidade, em parceria com outras políticas públicas e atores, por exemplo, lazer, esportes, cultura, assistência social, conselho tutelar, Ministério Público, e assegurar que a atenção primária seja porta de entrada da rede visando atingir 100% de cobertura. **459.** Nessa perspectiva, é imprescindível fortalecer a rede de atenção primária com a implantação de apoio matricial à atenção básica pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e dos CAPS, garantindo atendimento humanizado, e assegurar os recursos necessários para executar as ações que visem às articulações com essa rede. **460.** É fundamental, ainda, garantir a ampliação e o fortalecimento de processos de educação permanente, assim como o financiamento. (Brasil, 2010a, p.82)

Tais questões, a nosso ver, reafirmam a relevância da AB no processo da Reforma Psiquiátrica.

Possibilidades, limites e desafios

Pelo exposto notamos que a inserção da atenção à saúde mental na AB contempla diversas possibilidades, limites e desafios. Por isso vale a pena destacar o documento publicado pela OMS (2008b) “*Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*”, que versa sobre as possibilidades de pessoas em sofrimento psíquico receberem a atenção à saúde a nível de cuidados primários. Este documento defende sete razões para integrar a saúde nos cuidados primários:

- 1) a carga de perturbações mentais é grande;
- 2) os problemas de saúde mental e físicos estão interligados;
- 3) o déficit de tratamento em relação às perturbações mentais é enorme;
- 4) cuidados primários à saúde mental otimizam o acesso;
- 5)

cuidados primários à saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos; 6) cuidados primários para saúde mental são baratos e têm uma boa relação custo-benefício, e 7) cuidados primários à saúde mental geram bons resultados em termos de saúde. (OMS, 2008b, p.3).

Além disso, a referida publicação da OMS apresenta doze experiências de boas práticas²⁰, distribuídas em diferentes países, sobre a integração da saúde mental aos cuidados primários em saúde. Inclusive uma das experiências é brasileira, na cidade de Sobral (CE). As informações relatadas na publicação revelam que uma rede de serviços estruturada, uma equipe com número adequado de profissionais capacitados e a atenção em saúde mental na AB podem trazer inúmeros benefícios aos usuários.

O CFP (2009a) também publica o relato de uma prática de atenção em saúde mental na AB ocorrida no município de Contagem (MG), onde a equipe optou por implantar um modelo de assistência em saúde mental pautado no território e na discussão dos casos compartilhados pela equipe.

Vecchia e Martins (2009b) apontam alguns componentes fundamentais para o avanço da articulação entre saúde mental e AB, a saber: melhorar a comunicação entre os profissionais; superar o modelo hegemônico tradicional; questionar o processo de psiquiatrização do cuidado; superar concepções culpabilizantes do grupo familiar; e investir na formação das equipes da AB.

Os autores supracitados reconhecem que a AB é fundamental para a efetivação da reforma psiquiátrica, uma vez que “a ESF se estrutura tendo como base uma equipe multiprofissional que atua a partir da adscrição e territorialização da população atendida, possibilitando a continuidade da atenção e a constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde.” (Vecchia & Martins, 2009b, p. 156)

Tanaka e Ribeiro (2009, p. 484) reconhecem que “a proximidade da equipe da comunidade e a possibilidade de acompanhamento integral longitudinal permitiriam a abordagem de questões mais complexas do ponto de vista dos seus determinantes sociais.” Para tanto, é necessário que haja a implantação de uma rede de serviços de apoio em saúde mental e a capacitação dos profissionais da AB.

²⁰ As experiências são nos seguintes países: Argentina, Austrália, Belize, Brasil, Chile, Índia, República Islâmica do Irã, Arábia Saudita, África do Sul (com duas experiências), Uganda e Reino Unido da Grã-Bretanha (OMS, 2008b).

Ainda, segundo Vecchia e Martins (2009a, p.184),

A articulação da atenção básica a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental tem se estabelecido como uma das diretrizes históricas para a consolidação da reforma psiquiátrica brasileira, que reitera a centralidade da constituição de dispositivos de base comunitária e territorial enquanto equipamentos importantes para que se supere a iatrogenia da assistência à saúde mental hospitalocêntrica.

Não obstante, algumas pesquisas mostram a fragilidade desta perspectiva. Souza (2004), em estudo bibliográfico e documental a partir da experiência de seis municípios brasileiros - São Paulo (SP), Camaragibe (PE), Cabo de Santo Agostinho (PE), Araçuaí (MG), Sobral (CE) e Quixadá (CE), objetivou conhecer os limites e possibilidades de ampliação do campo de atenção psicossocial por meio da intercessão das ações dos CAPSs com a ESF. O autor elenca três categorias de análise: Integralidade do cuidado, Escuta ampliada e Territorialidade das ações, e como resultado, constata que a “ESF poderia se constituir como um mediatizador de encontros, de saberes e práticas ‘não especializadas’, de espaços não delimitados para a circulação da loucura, sendo utilizada cada vez mais no sentido de propiciar outros circuitos para a loucura no território” (Souza, 2004, p. 155). Por outro lado, este autor afirma que a ESF só poderá ser um dispositivo eficaz na atenção à saúde mental mediante o estabelecimento de uma rede de recursos e de suporte na comunidade, e de investimentos na capacitação dos profissionais para uma escuta qualificada, atenta e cuidadosa.

Vieira Filho e Nóbrega (2004), Delfini, Sato, Antoneli e Guimarães (2009) e Delfini (2010) trazem uma discussão sobre a necessidade de articular as ações do CAPS com as ações do PSF, analisando que só o trabalho em rede pode propiciar aos usuários uma “atenção psicossocial” de fato. Os autores observam que a atenção em saúde mental envolve diversos setores sociais e afirmam:

Concomitantemente, as ações de saúde mental tenderiam a se diversificar numa coerência complexa, mas articulada em um projeto terapêutico que possibilitasse, quando necessário, a ativação da rede pessoal significativa, na tentativa de construir uma rede de apoio ao usuário, intencionando uma melhor inserção social para o mesmo. (Vieira Filho & Nóbrega, 2009, p. 378).

Também afirmam que, por meio do apoio matricial, que realiza reuniões de equipe, discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos e visitas domiciliares conjuntas, as equipes têm conseguido ampliar o atendimento e ver nos usuários muito mais que pessoas doentes. Os autores reconhecem algumas dificuldades, como a grande demanda dos serviços e a falta de diretrizes institucionais na parceria, mas afirmam: “(...) o trabalho conjunto (e principalmente com o agente comunitário) enriquece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios. É possível e necessário que a atenção básica encarregue-se da saúde mental” (Delfini et al., 2009, p. 1490).

Delfini (2010) também constata que algumas equipes conseguem fazer uma atenção psicossocial, mas na maioria das equipes a articulação funciona apenas na lógica do encaminhamento e da desresponsabilização, sem conseguir romper com a hegemonia do modelo biomédico.

Discorrendo sobre o apoio matricial, Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros e Bezerra, (2009, p. 66) ressaltam que o “o apoio matricial surgiu a partir da constatação de que a reforma psiquiátrica não pode avançar se a atenção básica não for incorporada ao processo”, mas que ainda há uma predominância do paradigma biomédico na atenção à saúde em que o foco maior é a medicação e que a articulação com o CAPS não tem acontecido na prática, pois os profissionais ainda não têm clareza sobre o significado da proposta do apoio matricial.

Moraes (2010) alerta sobre os riscos de o apoio matricial se configurar como um atendimento especializado dentro da UBS, atendendo usuários e orientando profissionais, mas, acima de tudo, mostra quanto já foi possível avançar no atendimento à saúde mental por meio do apoio matricial na Atenção Básica, que “tem permitido a construção de novos processos de trabalho que põem em questão a necessidade de maior conhecimento da saúde mental, com enfoque multi e transdisciplinar, questionando a formação tradicional nesta área de atenção.” (Moraes, 2010, p. 97).

Ainda muitos desafios estão postos, como os apontados por Tesser et al. (2010) quando discutem a relação entre a prática do acolhimento na atenção primária e o fenômeno de medicalização social (Tesser, 2006a, Tesser, 2006b). Segundo Tesser e Teixeira (2011), ainda há pouca interação entre os serviços especializados de saúde mental e a AB, que se caracteriza como a porta de entrada do SUS através da ESF, como também há pouca incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica nesta rede de serviços.

Tesser et al. (2010) apontam que as equipes da ESF precisam investir mais na prática do acolhimento dos usuários e ter muito cuidado para não facilitar a "medicalização social", uma vez que com a ampliação do programa a população tem mais acesso a serviços de saúde:

Nesse sentido, a nova proximidade e interação pelo PSF é uma faca de dois gumes: pode ser uma chance para a reorientação da medicalização e reconstrução da autonomia, mas também, e facilmente, pode constituir-se em uma nova força medicalizadora e poderosa. (Tesser, 2006a, p. 74)

Afirmam Tesser et al. (2010): "A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administradas de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário" (p. 3616) ou, em outros termos, "A medicalização é um processo de expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos" (Tesser, 2006b, p. 348). Este fenômeno traz inúmeros ônus para os usuários, uma vez que "a cultura medicalizada deixa o homem desamparado e incompetente, pondo-o nas mãos do trato médico profissional, estranho à compreensão tradicional ou pessoal do doente" (Tesser, 2006a, p. 65).

Também Amarante (2007) discorre sobre a medicalização e aponta que esta pode ter dois significados. O primeiro consiste em tornar "médico" aquilo que é de ordem do social ou econômico ou político, como por exemplo, uma situação de violência social na qual as pessoas que são objeto de violência são medicalizadas" (p. 95); e o segundo seria a "utilização de medicamentos para responder à situação que é entendida como patológica" (pp. 95-96)

Vecchia e Martins (2009a) e Luzio e L' Abbate (2009) também se referem ao cuidado que as equipes da AB devem ter para não aderir à "psiquiatrização do cuidado em saúde mental".

Lucchese, Oliveira, Conciani e Marcon (2009) constataram que as equipes da ESF conseguem identificar a demanda de atendimento às pessoas com sofrimento psíquico, mas que este não faz parte do escopo de ações dessas equipes. Identificaram em seu estudo que ainda prevalece o modelo manicomial, uma vez que o hospital psiquiátrico permanece como o centro de atendimento da pessoa em crise e a equipe da ESF não consegue visualizar alternativas de atendimento. Com isso as autoras concluem:

Urge a necessidade de mudança de atitude dos trabalhadores e gestores em reconhecer e incorporar as manifestações de sofrimento psíquico como objetos de seu trabalho na atenção primária, além de romper com as barreiras da atenção formal e isolada da saúde, buscar parcerias intersetoriais e sociais (Lucchese et al., 2009, p. 2041).

Como já mencionado anteriormente, a ESF está presente em 95,1% dos municípios brasileiros (IBGE, 2010). Devido a essa capilaridade e à proximidade com a comunidade, as equipes da AB se apresentam como um “recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (Brasil, 2005). Deste modo, para a realização do trabalho de atenção à saúde mental, o Ministério da Saúde considera fundamental a articulação dos serviços de saúde mental com a Atenção Básica, por entender que

A atenção básica se coloca na rede de atenção à saúde como nível de atenção articulado capaz de promover saúde; reduzir os danos do estigma, dos agentes estressores, das doenças, da marginalidade; evitar internações desnecessárias; e desenvolver a clínica e o suporte psicossocial necessários ao cuidado das pessoas que sofrem com transtornos mentais na comunidade (Moraes, 2010, p. 37).

Camatta (2010) assevera que há uma grande expectativa, tanto da equipe como dos usuários e familiares, de que sejam atendidas as demandas dos sujeitos por meio do acesso aos serviços de saúde, em especial na AB, que está mais próxima destes. Com isso o autor traz elementos que reafirmam que “a assistência em saúde mental no território, em especial na ESF, é uma estratégia essencial para o alcance das propostas almejadas pela reforma psiquiátrica brasileira e para a construção e consolidação da atenção psicossocial no campo da saúde mental” (Camatta, 2010, p. 187)

Almeida (2010) estudou as possibilidades e impasses do acolhimento e do tratamento de pacientes esquizofrênicos na AB. Entre os resultados apareceram questões como o reconhecimento da necessidade de um atendimento com qualidade e humanização, focalizando-se a AB como um espaço de possibilidade para a construção de vínculos e

ampliação da clínica, por ser mais próxima dos usuários. Como impasse o autor avaliou que os profissionais da AB não estão habilitados para acolher e tratar os portadores de esquizofrenia, uma vez que falta capacitação, supervisão, estrutura física, medicamentos, pessoal, escuta de qualidade, além de haver uma sobrecarga de trabalho e não existir um sistema de referência. Assim, o autor reafirma “a necessidade de maior preparo dos profissionais para dar conta do desafio de tratar portadores de esquizofrenia na Atenção Básica, com ênfase no trabalho conjunto que envolva gestores, terapeutas, familiares e pacientes” (Almeida, 2010, p. 127).

Silveira e Vieira (2009) desenvolveram uma pesquisa que tinha como objetivo mapear as modalidades de atenção em saúde mental e identificaram a existência de três modalidades de cuidado: 1) a psicoterapia de orientação analítica e a consulta psiquiátrica tradicional; 2) atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde; e 3) a criação de um conjunto de estratégias territorializadas de atenção à abordagem da dependência química. As autoras afirmam: “A ESF parece ser uma tecnologia de produção do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico a ser explorada e melhor desenhada enquanto possibilidade de atenção comunitária em saúde mental” (p. 147), pois, mesmo com o desenvolvimento de ações de atenção à saúde mental, notou-se que ainda há muitas dificuldades da equipe nestas ações, que vão desde a falta de preparo para lidar com as situações de transtorno mental grave até a dificuldade de articular a ESF com a própria unidade de saúde.

Os estudos referenciados até este ponto, embora não representem a totalidade das reflexões a respeito, permitem notar que muito já se tem pesquisado e discutido sobre a assistência à saúde mental na AB, por exemplo, a articulação entre CAPS e AB e o matriciamento das equipes da AB neste nível de atenção. Em todas estas discussões uma questão é unânime: a inclusão de ações de saúde mental na AB é fundamental para a efetivação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da PNSM.

Por outro lado, estas discussões também apontam que esta inclusão apresenta inúmeros desafios, como, por exemplo, a necessidade de implantar as equipes de apoio matricial, capacitar os profissionais, implantar redes de serviços de apoio e melhorar a própria estrutura física da AB, além dos desafios de romper com o paradigma biomédico e com o processo de medicalização e de equacionar a sobrecarga na demanda de trabalho.

Além disso, uma das exigências para a consolidação da PNSM é o estabelecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

1.4 Rede de Atenção Psicossocial

Atenção psicossocial

Tem-se utilizado o termo *Atenção Psicossocial* para marcar a proposta que se apresenta na Reforma Psiquiátrica como uma efetiva mudança paradigmática. Amarante (2007, p. 63) entende que “O ponto de partida é pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo”. Essa perspectiva nos dá a dimensão da mobilidade implícita na própria ideia de Atenção Psicossocial.

Tendo em vista que o termo *saúde mental* não necessariamente leva ao campo complexo da Reforma Psiquiátrica, Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 29) definem a proposta da Atenção Psicossocial como

(...) um paradigma que situe a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado.

Amarante (1994), discutindo a perspectiva da Atenção Psicossocial, lembra Franco Basaglia²¹, que propõe colocar a doença entre parênteses e retirar o foco da doença mental e ocupar-se do sujeito em sua integralidade, de modo a ampliar os significados do sofrimento psíquico para além dos propostos pela psiquiatria.

Ainda, Yasui (2006, p. 108) refere-se à Atenção Psicossocial como

[...] uma estratégia de cuidados, que envolve o reconhecimento do território e seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda deste território; implica em estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e a demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede e este território.

²¹ Psiquiatra Italiano que viveu entre 1924 e 1980 e construiu uma das maiores transformações no campo da psiquiatria ao questionar o modelo asilar de atenção à pessoa em sofrimento psíquico. (Amarante, 1994)

Deste modo, verificamos a busca da ruptura com o **paradigma psiquiátrico tradicional** - que atua sobre a doença e tem como objetivo a “cura” desta, em favor do **paradigma psicossocial**, que atua sobre o sujeito complexo, intervém nos preconceitos sociais historicamente produzidos sobre a loucura e tem como objetivo a produção de saúde com direitos e dignidade. (Amarante, 2003).

De acordo com o CFP (2011, p. 10), “qualquer serviço que se coloque sob a égide do psicossocial deve ter a problematização do equívoco na centralidade biomédica como orientação”. E ainda, “Deve-se conhecer que as dimensões simbólica e afetiva, articuladas e orgânicas, derivam do contexto social, o qual é formado por outros indivíduos que têm sentimentos, que têm corpos e que têm inscrições e poder nas relações sociais em um determinado território” (CFP, 2011, p. 12)

Segundo Amarante (2003), as duas características essenciais dos novos programas assistenciais no âmbito da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial são a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A interdisciplinaridade versa sobre a necessidade de que a atenção se processe mediante a articulação efetiva de profissionais de diferentes áreas do saber, visando a um atendimento de fato integral dos sujeitos. A intersetorialidade significa a articulação que precisa ser realizada entre diversos setores sociais, foco específico da discussão que apresentamos no próximo tópico.

Redes

Um ponto relevante na atual PNSM é a discussão sobre as redes de atenção à saúde. O Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990 vem oficializar essa premissa e tem como efeito mais importante a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entre elas a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), priorizando a Atenção Básica em Saúde.

De acordo com o CFP (2011, p. 19), “Desdobrou-se daí uma maturidade na compreensão da atenção básica como centro ordenador do sistema local de saúde, e, enquanto *locus* transversal, como propulsor de um sistema de saúde universal, integral, equitativo e com controle social”.

O referido decreto determina também que o oferecimento de serviços de Atenção Psicossocial será condição obrigatória para a constituição de uma Região de Saúde.

A partir da publicação deste decreto, “o tema da articulação da atenção primária com a

saúde mental passará, necessariamente pelo tema das Redes. Incluir-se na perspectiva da Rede a articulação com a rede intersetorial de políticas públicas, além dos recursos da comunidade”. (CFP, 2011). O esquema abaixo nos ajuda a visualizar a ideia do trabalho em rede, ilustrando a lógica de organização dos serviços trabalhando de forma articulada:

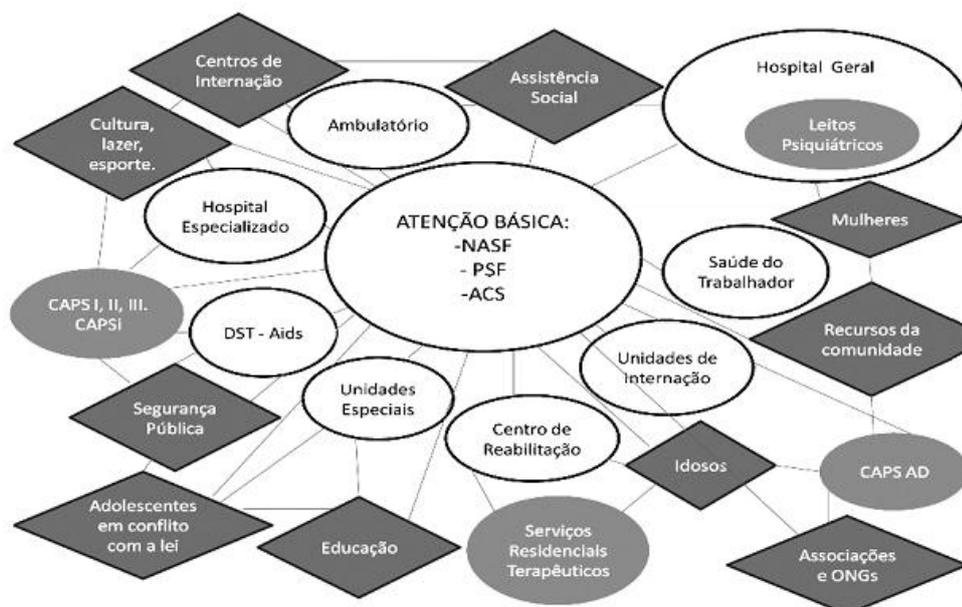


FIGURA 01: Esquema sobre a articulação da Rede de Atenção Psicossocial

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (CPF, 2011)

Em consonância com o Decreto 7.508/2011, houve a publicação da Portaria 3.088/2011, que 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 SUS. Essa portaria define em seu artigo 5º que a Rede de Atenção Psicossocial é constituída por: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Assim, temos PNSM oficializando e reafirmando a AB como ponto da rede de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, o que Supera o apontado em 2009 por Tanaka e Ribeiro (2009) sobre a inexistência de documentos oficiais do Ministério da Saúde quando afirma ser a AB o local de atenção em saúde mental.

Também em 2009 temos a seguinte reflexão de Figueiredo e Campos (2009, p. 136):

Descentralizar a Saúde Mental para os territórios foi uma conquista cara à Reforma Psiquiátrica e consideramos necessário aprimorar esse modelo, vinculando cada vez mais a assistência com a análise e utilização do território e da rede social, a fim de desenvolver uma clínica implicada com a constituição de sujeitos mais saudáveis em sua afetividade e em suas relações sociais, e mais potentes para transformar a realidade.

Com isso, constatamos que a consolidação oficial da AB na rede de atenção psicossocial era uma necessidade já apontada por autores que discutiram essa temática em anos anteriores.

Com esta ideia fechamos esta breve reflexão sobre as redes, reforçando que esta discussão é uma das mais atuais e pujantes dentro das políticas públicas e - é claro- , da Reforma Psiquiátrica e da PNSM. Estes são alguns dos aspectos que nos estimularam a conhecer *in loco* como se dá a assistência em saúde mental na AB de municípios de pequeno porte 1. A seguir, dissertaremos sobre as características, etapas e desenvolvimento deste estudo.

2. O CAMINHO PERCORRIDO

2.1 Tipo de pesquisa

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de campo de caráter exploratório. Segundo Severino (2007, p. 123), “Na *pesquisa de campo*, o objeto/fonte é abordado em seu meio ambiente próprio. A coleta dos dados é feita nas condições naturais em que os fenômenos ocorrem, sendo assim diretamente observados, sem intervenção e manuseio por parte do pesquisador”. Este tipo de pesquisa não deve ser reduzido a uma simples coleta de dados, já que os objetivos são preestabelecidos e direcionam as informações que devem ser coletadas. Por sua vez, Lakatos e Marconi (1991) afirmam que a pesquisa de campo tem como objetivo “conseguir informações e/ou conhecimento acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles” (p. 186)

2.2 Campo de pesquisa

Este estudo está circunscrito aos municípios de pequeno porte 1 da 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, que é uma das vinte e duas estruturas descentralizadas da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA, 2012a), conforme destacado no mapa a seguir:

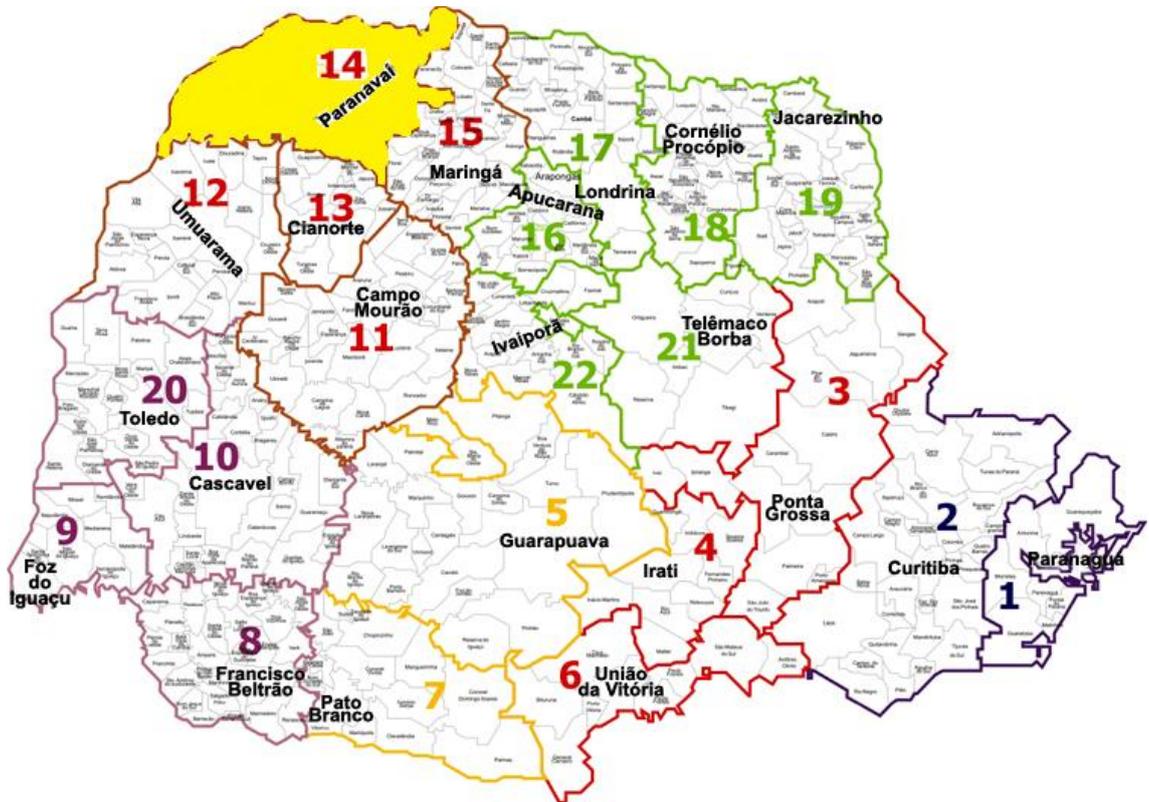


FIGURA 01: Mapa do Estado do Paraná dividido em regionais de saúde

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SESA, 2012a)

A 14ª Regional de Saúde tem sua sede na cidade de Paranavaí, no Interior do Paraná, e inclui 28 municípios, conforme o mapa a seguir:

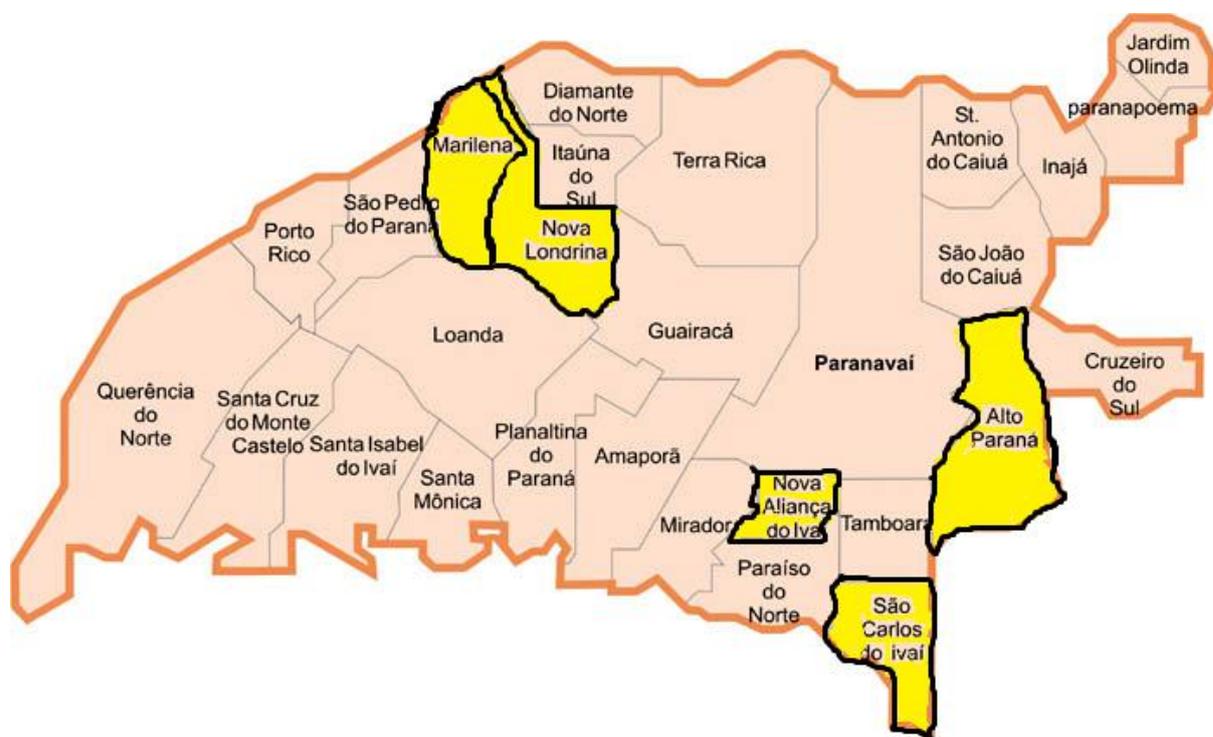


FIGURA 02: Mapa da 14ª Regional de Saúde

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SESA, 2012a)

A população total adstrita à 14ª Regional de Saúde é de 270.794 habitantes (IPARDES, 2012), e entre estes 28 municípios destacam-se Paranaíba, que tem 81.590 habitantes (IBGE, 2012), portanto é de Médio Porte, e Loanda, que tem 21.201 habitantes (IBGE, 2012), sendo considerado de Pequeno Porte 2.

Por esta razão, para este estudo foram convidados - por meio de correio eletrônico e de contato telefônico com os respectivos secretários de saúde, os 26 municípios compreendidos na 14ª Regional de Saúde da SESA, todos enquadrados como de pequeno porte 1, ou seja, com menos de 20.000 habitantes; No entanto apenas cinco municípios responderam e aceitaram nosso convite para a realização da pesquisa, a saber, Alto Paraná, Marilena, Nova Aliança do Ivaí, Nova Londrina e São Carlos do Ivaí.

Descrevemos a seguir alguns dados básicos de cada um dos municípios objeto deste estudo:

Alto Paraná - 13.633 habitantes (IBGE, 2012). A rede de serviços públicos conta com cinco UBSs, quatro equipes da ESF, um CRAS (Centro de Referência de Assistência Social),

uma Casa Lar, um Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, quatro centros de educação infantil, cinco escolas municipais, quatro escolas estaduais, um conselho tutelar, uma delegacia de polícia, um Fórum de Justiça (sede da comarca). A rede de serviços privados e não governamentais se compõe de um hospital geral e uma APAE²².

Marilena - 6.858 habitantes (IBGE, 2012). A rede de serviços públicos constitui-se de uma UBS, três equipes da ESF, um hospital municipal, um CRAS, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, dois centros de educação infantil, duas escolas municipais, uma escola estadual, um conselho tutelar, uma delegacia de polícia; e a rede de serviços privados e não governamentais é formada por apenas uma APAE.

Nova Aliança do Ivaí - 1.431 habitantes (IBGE, 2012). Rede de serviços públicos: uma UBS, uma Equipe ESF, um CRAS, um centro de educação infantil, uma escola municipal, uma escola estadual, um conselho tutelar, uma delegacia de polícia.

Nova Londrina - 13.067 habitantes (IBGE, 2012). Rede de serviços públicos: duas UBSs, seis Equipes ESF, um hospital geral, um CRAS, uma Casa Lar, quatro centros de educação infantil, quatro escolas municipais, três escolas estaduais, um conselho tutelar, uma delegacia de polícia, um Fórum de Justiça (sede da comarca). Rede de Serviços privados e não governamentais: uma APAE, dois Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, uma comunidade terapêutica.

São Carlos do Ivaí - 6.354 habitantes (IBGE, 2012). Rede de serviços públicos: uma UBS, duas equipes da ESF, um hospital geral, um CRAS, um centro de educação infantil, um escola municipal, um escola estadual, um conselho tutelar, uma delegacia de polícia. Rede de Serviços privados e não governamentais: uma APAE.

2.3 Participantes

A população constitutiva desta pesquisa foi composta de profissionais da AB dos municípios pesquisados. Embora o processo da Reforma Psiquiátrica seja enfático na defesa do protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares (Amarante,

²² De acordo com as informações obtidas no *site* oficial da entidade, a APAE nasceu em 1954, no Rio de Janeiro. Caracteriza-se por ser uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. Hoje as APAEs compõem a rede de ensino regular no Estado do Paraná. Também recebem financiamento do SUS para pagamento da equipe multiprofissional de atenção à saúde (APAE, 2012).

2003) e a organização da assistência no SUS pressupõe a participação dos gestores, profissionais e dos usuários (Lei, 8.142, 1990), justificamos nossa opção em entrevistar apenas os profissionais pelo fato de estes estarem na execução direta dos serviços.

De acordo com Yasui e Costa-Rosa (2008, p. 29), “as transformações propostas pelo complexo campo da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam grandes desafios, especialmente aos profissionais de saúde que cotidianamente têm a tarefa de expandir e consolidar essa mudança”.

Assim, escolhemos os profissionais por acreditarmos que eles são os atores que reúnem maior amplitude de informações sobre os aspectos operacionais e técnicos envolvidos na atenção em saúde mental, bem como as demais questões que são objetivos desta pesquisa.

Em linhas gerais, foram entrevistados três profissionais de cada município, a saber: um responsável pela UBS, um profissional de saúde mental e um agente comunitário de saúde (ACS). Em apenas um dos municípios não houve a possibilidade de entrevistar um ACS, de modo que no município em questão foram entrevistados apenas dois profissionais.

Para garantir o anonimato dos participantes, conforme compromisso firmado no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), não estabelecemos relações entre os sujeitos da pesquisa e os municípios onde trabalham.

Participaram da pesquisa quatorze profissionais, assim caracterizados:

PROFISSIONAL	NÚMERO DE ENTREVISTADOS
Enfermeiro(a)	5
Psicólogo(a)	4
ACS	4
Médica	1
TOTAL DE ENTREVISTADOS	14

2.4 Coleta das informações

A coleta das informações ocorreu entre os meses de março e maio de 2012. Utilizamos como metodologia a realização de entrevistas semiestruturadas. De acordo com Severino (2007, p. 124), a entrevista é uma

(...) técnica de coleta de informações sobre um determinado assunto, diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados. Trata-se, portanto, de uma interação entre pesquisador e pesquisado. Muito utilizada nas pesquisas da área das Ciências Humanas. O pesquisado visa apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam.

Minayo (2008) define a entrevista semiestruturada como aquela que “obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador” (p. 267), ou seja, é a entrevista que dispõe de temas predefinidos para a organização da conversa, mas que não possui uma estrutura rígida para o diálogo, conforme nos coloca Trivinos (2007, p.152):

Pensamos, entretanto, que a entrevista semiestruturada mantém a presença consciente e atuante do pesquisador, e ao mesmo tempo, permite a relevância na situação do ator. Este traço da entrevista semiestruturada, segundo nosso modo de pensar, favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, tanto dentro de sua situação específica como de situação de dimensões maiores.

Desta forma, abordamos durante as entrevistas os temas seguintes:

- o conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica e a PNSM;
- ações e objetivos voltadas à saúde mental desenvolvidas na AB;
- benefícios e obstáculos produzidos no atendimento da saúde mental na AB;
- indicação do melhor atendimento a saúde mental;
- indicação do que poderia melhorar a atenção à saúde mental na AB.

2.5 Considerações éticas

Esta dissertação cumpriu as exigências estabelecidas pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (1996) que trata dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assim, o projeto desta pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, conforme o Parecer n.º 706/2011, emitido em 02/12/2011 (ANEXO A). Contamos também com a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de cada um dos municípios participantes

(ANEXO B).

Com as autorizações em mãos, iniciamos a realização das entrevistas com os profissionais. Nas entrevistas com cada participante foram apresentados o objetivo, a relevância e o método de coleta das informações. Além disso, cada um foi informado sobre a garantia de sigilo e confidencialidade quanto às informações prestadas e foi assegurado o direito de ser esclarecido ou de abandonar o estudo em qualquer etapa do processo, sem danos à sua integridade.

A partir do aceite de participação voluntária dos profissionais, foi assinado o TCLE com as informações citadas anteriormente; esse documento foi assinado pela pesquisadora e por cada participante da pesquisa, ficando uma cópia para cada um deles (ANEXO C).

As entrevistas foram gravadas e registradas em fita K7. Estas serão preservadas sob a guarda do pesquisador por cinco anos a contar da data de publicação dos resultados deste estudo junto à Universidade Estadual de Maringá. Após esse período, o material será inutilizado, conforme recomendações da Lei de Direitos Autorais n.º 9.610/1998.

2.6 Análise dos dados

De posse dos dados das entrevistas iniciamos o processo de leitura exaustiva das informações obtidas, em busca de identificar aquilo que mais se repetia e se acentuava nas falas dos entrevistados. A partir do conjunto das entrevistas, identificamos o que havia de comum entre os profissionais entrevistados dos cinco municípios em pauta. Depois dessa minuciosa análise os dados foram organizados em temas e interpretados à luz dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira e da PNSM. Assim, cada tema reúne o que apreendemos e o que há de comum em todas as entrevistas realizadas, e para fins de exposição nomeamos cada tema, como se segue:

- 1) O (des)conhecimento da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental;
- 2) Capacitação na área da saúde mental: a ausência permanente;
- 3) O psicólogo como profissional “curinga”;
- 4) A crescente demanda em atenção à saúde;
- 5) O consumo de medicamentos controlados;
- 6) A intuição como “a luz no fim do túnel”.

2.7 Apresentação dos resultados

a) Quanto aos entrevistados

Em nossa análise usaremos as seguintes identificações para os profissionais entrevistados:

Enfermeira n.1, Enfermeira n. 2, Enfermeira n.3, Enfermeiro n.4, Enfermeira n.5, Psicóloga n.1, Psicóloga n.2, Psicólogo n.3, Psicóloga n.4, ACS n.1, ACS n.2, ACS n.3, ACS n.4 e Médica n.1

b) Quanto às entrevistas

Tendo como foco os temas elencados, utilizaremos como ilustração apenas trechos de entrevistas, mas todas as entrevistas estarão em sua íntegra em apêndice para possibilitar outras leituras e análises.

3. OS ENCONTROS E DESENCONTROS REVELADOS

3.1 O (des)conhecimento da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental.

“Quando dávamos alta a uma pessoa num manicômio, queríamos mostrar ao público que essa pessoa, além de estar doente, tinha carências sociais, afetivas, psicológicas e humanas.”

(Basaglia, 1979, p.31)

Vivenciamos há décadas debates e movimentos sociais em prol da Reforma Psiquiátrica. Em nossos dias já contamos com a PNSM, que dispõe de uma série de leis e normativas, como as já citadas - Lei 10.216/2001, Lei 10.708/2003, Portaria 224/1992, Portaria 3.088/2011 e outras; no entanto, apesar do tempo transcorrido e do importante aparato jurídico construído, cinco profissionais entrevistados sequer ouviram falar a respeito da Reforma Psiquiátrica e da PNSM:

Olha esse assunto sobre a reforma psiquiátrica eu não tenho como falar sobre isso, eu não estou a par. (Psicóloga n. 2)

Não, eu não tenho. Nas duas primeiras atualizações que eu fiz eu não tenho conhecimento não (...) Não tive acesso sobre isso não (Enfermeiro n. 4).

Nada (...) Nunca ouvi (ACS n.3).

Outros profissionais apresentaram uma compreensão aparentemente confusa do significado da Reforma Psiquiátrica, como:

Eu ouvi meio por cima, na realidade eu não sei o que eles querem fazer com isso (Enfermeira n. 5).

Olha, eu sei um pouco, pouca coisa, mas o pouco que eu sei, eu acredito que tem tudo pra dar certo (...) O pouco que eu sei seria a parte que devia existir um vínculo entre profissionais, e que seria vamos dizer 'regrada' algumas coisas que já

acontecem, os muitos encaminhamentos indesejados, desnecessários (Médica n.1).

A considerar a literatura especializada neste campo de saber, é possível delinear o tipo de atendimento à saúde mental oferecido na AB, ou mesmo a “falta de atendimento”. Spink (2007b), ao discutir a inserção no profissional de Psicologia na saúde pública, assevera que conhecer qual a política de atendimento prevista é um dos requisitos mínimos para qualquer profissional conseguir trabalhar na lógica de uma prática ética e engajada com os usuários do serviço.

Este desconhecimento dos profissionais nos remete a Yasui e Costa-Rosa (2008) quando afirmam que os desafios da implantação do modelo psicossocial de atenção se devem ao fato de que este novo paradigma ainda não está presente na formação básica dos profissionais. Ora, se os profissionais nem ao menos sabem o que é Reforma Psiquiátrica, possivelmente terão dificuldades ou serão incapazes de desenvolver uma atenção psicossocial.

Essa falta de informações sobre a Reforma Psiquiátrica e a PNSM é agravada a partir da Portaria 3.088 (2011) que estabelece a AB como ponto de atenção da Rede da Atenção Psicossocial responsabilizando-a por desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, dentre outras ações.

3.2 Capacitação na área da saúde mental: a ausência permanente

“Vimos que a partir do momento em que dávamos uma resposta a um pobre internado, ele mudava completamente sua posição. Tornava-se não mais um louco, mas um homem com quem podíamos nos relacionar. Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem a tratava.”

(Basaglia, 1979, p. 17)

Um aspecto bastante citado nas entrevistas foi a necessidade de capacitação para lidar com a demanda de saúde mental. Essa problemática também apareceu nas pesquisas de Souza (2004), Almeida (2010), Delfini (2010) e Moraes (2010) ao afirmarem que a AB só poderá ser um dispositivo eficaz na atenção à saúde mental mediante investimentos na capacitação dos

profissionais para conseguirem desenvolver uma escuta qualificada, atenta e cuidadosa e assim poderem trabalhar com as questões de saúde mental e sofrimento psíquico de forma a atender às necessidades dos usuários.

Além disso, temos o documento do Ministério da Saúde “*Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*” (Brasil, 2003b), que tem como uma de suas diretrizes a priorização da saúde mental na formação das equipes da AB. Ainda, a partir da Portaria 3.088/2011, com o estabelecimento oficial da AB como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial, fica reforçada a necessidade de que as equipes sejam capacitadas para atender a esta demanda; no entanto em nossa pesquisa poucos profissionais disseram ter tido algum tipo de capacitação. Uma ACS diz ter tido uma capacitação que não foi específica em saúde mental, mas fez parte do seu treinamento inicial para atuar como ACS e foi oferecida pelo município onde trabalha:

É, a gente fez um curso durante sete meses de agente comunitário de saúde. Lá na apostila mais ou menos já tem umas coisas que caem sobre saúde mental que é uma boa, é tipo uma oficina pra ajudar. (ACS n. 4)

Ficou claro neste estudo que os profissionais demandam mais programas de capacitação, o que nos leva a refletir sobre como tem sido executada a 2ª diretriz do documento *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários* “a formação como estratégia prioritária na inclusão da saúde mental na atenção básica” (Brasil, 2003b), pois em nossa pesquisa surgiram revelações como:

Precisa ainda de muita capacitação, muito trabalho, e trabalho educativo mesmo, bem didático. O que é um esquizofrênico, o que é um deprimido, o que é um ansioso e também o que é a medicação psicotrópica, o que é um tarja preta, pra eles não ficarem com aqueles estigmas “nossa, dona fulana toma tarja preta”. Quebrar um pouco isso com eles (Psicóloga n.1).

Eu acho que o que nos falta enquanto profissionais da atenção básica é essa capacitação. Vamos usar o termo “padronização” de trabalho, porque, na verdade, se a gente tivesse um pouco mais de condição técnica, a gente atenderia melhor (...) Só a falta de treinamento, a falta de capacitação, e a falta do conhecimento mesmo, porque até o fato de você desconhecer que você atende a saúde mental já acho um

obstáculo, porque muitas vezes o profissional não assume que atende saúde mental, e não é que não assume, não consegue ver que atende saúde mental. (Enfermeira n.2)

Em nenhuma das entrevistas foram citadas capacitações específicas em saúde mental promovidas pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde por meio da 14ª Regional de Saúde ou pela Secretaria Municipal de Saúde. Embora a Portaria 2.488/2011 deixe claro que é atribuição comum às três esferas de governo (União, estados e municípios) promover capacitação permanente dos profissionais das equipes da AB, percebemos que nenhum destes entes tem assumido esta competência.

Além disso, a Portaria 2.488/2011 (s/p) também prevê, dentro da educação permanente das equipes da AB, a diversificação do repertório de ações a partir de dispositivos de apoio e cooperação horizontal como “trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de grupos de estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, etc.”, iniciativas relativamente simples, mas capazes de contribuir muito com a realização do trabalho da equipe.

O CFP (2011) também ressalta a validade de as equipes conseguirem garantir meios para discussões, reuniões semanais e estudos de casos que possibilitem a construção coletiva de possibilidades de cuidado para os usuários. Inclusive, neste sentido, temos o relato de experiência de Tesser e Teixeira (2011), que apontam as possibilidades e vantagens deste modelo mais flexível de capacitação, sem a constituição de espaços rígidos e fechados, mas desenvolvida no cotidiano das próprias ações.

Retomando o terceiro dos dez princípios propostos pela OMS (2008b, p.6) para integrar a saúde mental nos cuidados primários, temos que “é necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários”. Com essa afirmação a OMS marca a sua preocupação com a capacitação das equipes para atender à demanda de saúde mental.

Em duas das entrevistas aparece que na questão de capacitações os entrevistados têm usufruído das ações da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) “*Associação Gerando Saúde Mental*”. Esta associação faz parceria com o Governo do Estado do Paraná, através das secretarias de Estado, com as secretarias municipais e com instituições não governamentais como a Federação das APAEs (Associação de Pais e Amigos dos

Excepcionais) do Estado do Paraná e a Pastoral da Criança²³, e atua desde 2003 no Estado do Paraná na formação de uma rede estadual de promoção da Saúde Mental trabalhando na sensibilização da comunidade bem como dos profissionais das áreas de saúde, educação, assistência social, segurança pública e justiça, no sentido de habilitar para o trabalho de prevenção e atendimento de pessoas que se encontrem em risco ou em sofrimento psíquico (Brasil, 2012b).

(...) se eu frequentei antes de ter o meu problema de saúde, foi o projeto que a enfermeira continua que é o Gerando Saúde Mental. Mas ele era a parte da APAE, eu fui em uns dois ou três encontros talvez, mas eu ia porque a enfermeira me avisava, aí eu acabei indo, aí eu fiquei doente, me afastei e com a demanda de trabalho não tinha como sair e largar para ir ficar um dia todo lá. (Psicóloga n.1)

[falando sobre conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica] Não, a gente estuda, a gente vai acompanhando, a literatura atual e também no Gerando Saúde Mental que eu participei que foi muito bom, uma excelente capacitação, foi discutido muito a respeito disso. (Psicóloga n.4)

A presença desta OSCIP oferecendo aos profissionais capacitações que deveriam ser oferecidas pelos órgãos públicos requer uma análise minuciosa e nos remete a Montañó (2002), que discute o terceiro setor no contexto contemporâneo. Segundo esse autor, o primeiro setor caracteriza-se pelo conjunto de atividades do Estado consideradas essenciais ao interesse público e de sua exclusiva responsabilidade, como a administração da justiça, a elaboração e aprovação das leis e o poder da polícia.

O segundo setor é a sociedade civil, representada pela indústria, comércio, bancos, escolas, sindicatos, cooperativas, etc., que promovem atividades voluntárias com finalidades e recursos privados.

Já o terceiro setor caracteriza-se pelo conjunto de entidades não estatais sem fins lucrativos que, isoladamente ou em parceria com órgãos estatais ou empresas privadas, prestam serviços de interesse público, por meio do trabalho voluntário ou assalariado ou pelo

²³ De acordo com as informações obtidas no *site* oficial da entidade, a Pastoral da Criança foi criada em 1983 e trabalha em ações de combate à mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida de crianças e suas famílias. Tem como objetivo promover o desenvolvimento integral de crianças pobres, a partir de ações preventivas de saúde, nutrição, educação e cidadania (Pastoral da Criança, 2012).

regime associativo. Essas entidades se configuram de forma híbrida, caracterizando-se por atividades privadas - portanto, situadas na sociedade civil -, mas são reconhecidas pelo Estado, que as reconhece ou declara serem de interesse público. É o setor privado sem fins lucrativos como, por exemplo, Organizações Não Governamentais (ONGs), OSCIPs, movimentos sociais, organizações e associações comunitárias, associação de bairros, instituições religiosas, fundações empresárias.

No terceiro setor há a parceria do Estado, que repassa verbas e fundos públicos por meio de auxílios, contribuições, subvenções sociais, convênios, acordos ou ajustes, contratos de gestão, termos de parceria, isenção de impostos, etc.

De acordo com Montañó (2002), o fortalecimento do terceiro setor vem ao encontro da diminuição das respostas estatais às necessidades sociais, e com isso a sociedade civil passa a desenvolver atividades que são de responsabilidade do Estado, como constatamos no presente estudo. A capacitação dos profissionais, por exemplo, de acordo com as diversas normativas citadas, é de responsabilidade dos entes federativos públicos (municípios, estados e União). Ao retirar-se de sua responsabilidade social o Estado deixa amplos segmentos da população precariamente atendidos ou literalmente sem assistência do poder público.

Na verdade esta parceria fundamenta-se, por um lado, na real redução relativa de gastos sociais, pois é mais barato que as ONGs prestarem serviços pontuais ou locais do que o Estado, pressionado por demandas populares e com as necessidades/condições da lógica democrática, desenvolver políticas sociais universais permanentes e de qualidade.

3.3 O psicólogo como profissional “curinga”

“Psiquiatria social é que aquela que ousa eliminar o contexto geográfico de trabalho, o paciente e o técnico terapeuta, e que portanto deixa de trabalhar apenas com a representação mental da realidade, passando a trabalhar também com a realidade em si”

(Basaglia, 1979, p. 35)

Além de desconhecer as diretrizes do Ministério da Saúde, os entrevistados, de forma geral tomam como referência da atenção à saúde mental um único profissional: o psicólogo.

Eu acho que a parte psicológica de conversar eu acho que às vezes tem casos que dá para tratar melhor do que com remédio. Tem pessoas que são tratadas com remédio

e melhoram, outros não dão certo; se tiver o acompanhamento do psicólogo, alguma coisa assim, para estar conversando, orientando a família, quem cuida, às vezes é bom, dependendo do grau da doença (ACS n. 3).

Se tivesse um psicólogo aqui ia me ajudar, porque todos os pacientes que fazem uso de medicação controlada eu ia querer um relatório psicológico (...) Então é, se eu tivesse uma psicóloga o grupo já estava em andamento, porque daí passa comigo, aí tem todo aquele cronograma para ser seguido, passa comigo, aí passa com a psicóloga, passa com assistente social, e aí? Cadê a psicóloga para passar para eu fazer esse programa? Não tem... (Médica n. 1)

De fato, conforme aponta o CFP (2009a), o profissional de Psicologia, articulado com uma equipe multiprofissional, tem muito a contribuir com a atenção em saúde mental na AB, propiciando o aumento da qualidade de vida, da inclusão, da estabilização e da autonomia dos usuários do SUS.

Não obstante, é bom lembrar que o psicólogo não compõe a equipe mínima da ESF, de forma que este não é um profissional obrigatório na ESF nem na UBS, e não sendo ele obrigatório, a contratação deste profissional depende da decisão dos gestores municipais, mesmo quando se implanta o NASF, em que o psicólogo também não é obrigatório, mas pode compor a equipe mínima; mas em nenhum dos municípios pesquisados neste estudo há NASF.

Detalhe importante a destacar em nossa pesquisa é que, dos cinco municípios entrevistados, quatro não possuíam profissional de psicologia na área da saúde e três utilizavam como referência para a atenção à saúde mental o psicólogo da área de assistência social:

Não, não temos. Porque fica para o município. Ele é pequeno, mas é muita demanda para um profissional só. Então precisaria ter pelo menos um psicólogo que focasse só a assistência social, porque agora nós estamos com toda a demanda do fórum (...) então é complicado para uma pessoa só ter que administrar dois setores que não são tão diferentes, porque acaba caindo um no outro. O doente mental ele circula tanto na saúde como na assistência social. Ele precisa de medicamento, ele precisa da consulta. (Psicóloga n.1)

Olha, eu sei que quando eu fui contratada, foi para trabalhar nessa área da ação social. Se não houvesse tratamento da saúde, eu poderia até desenvolver outros trabalhos, porque me sobrecarrega também, muitos são os atendimentos da saúde. Então se tivesse, realmente eu poderia desenvolver outros trabalhos. Não que eu não faça, mas no meu entender saúde é saúde, educação é educação, ação social é ação social. Mas como não tem, você tem que fazer. É igual o fórum: enquanto eles não contratarem psicólogo no fórum, tem que fazer todo o trabalho do fórum. (Psicóloga n.2)

[referindo-se às suas ações na saúde] Olha, na verdade, pouco, tá? - porque sendo coordenador de CRAS e tendo na verdade a maior parte do tempo aqui, então muito pouco realmente é direcionado para a saúde mental. (Psicólogo n.3)

Esta situação pode ser um tanto complicada se considerarmos que, conforme assinala o CFP (2007), a atuação do psicólogo na assistência social difere do esperado deste profissional na saúde, uma vez que o foco na assistência social são as situações de vulnerabilidade social, enquanto na saúde o foco é o processo de saúde/doença.

Necessário se faz ressaltar que o CRAS é um equipamento da política pública de Assistência Social localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinada ao atendimento socioassistencial de famílias. Como ele é o principal equipamento de desenvolvimento dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica²⁴, constitui-se como espaço de concretização dos direitos socioassistenciais nos territórios, materializando a política de assistência social (Brasil, 2009b).

Assim, o CRAS desenvolve ações como acolhimento, acompanhamento em serviços socioeducativos e de convivência, ou ações socioassistenciais como encaminhamentos para a rede de proteção social existente no lugar onde vivem e para os demais serviços das outras políticas sociais, orientação e apoio na garantia dos seus direitos de cidadania e de convivência familiar e comunitária, desenvolvendo o trabalho social com famílias.

Nesse sentido a articulação com este equipamento é interessante, pois vem ao encontro do que aponta Souza (2004) ao afirmar que a ESF só poderá ser um dispositivo eficaz na atenção à saúde mental se for instituída uma rede de recursos e de suporte na comunidade.

²⁴ O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado em 2005 pela Resolução n.º 130 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e instituído pela Lei 12.435/2011, está organizado em níveis de proteção: a Proteção Social Básica, responsável pela atuação no nível das vulnerabilidades sociais, e a Proteção Social

Ainda, potencializando esta discussão sobre redes, temos o Decreto 7.508/2011, que tem como consequência o enfoque na articulação da *Rede de Atenção Psicossocial*, ou seja, “incluem-se na perspectiva da Rede a articulação com a rede intersetorial de políticas públicas, além dos recursos da comunidade, a qual deverá ser sempre pensada como espaços a serem desenvolvidos ou ‘ativados’ para o pertencimento à Rede” (CFP, 2011, p. 17). Além disso, a Portaria 3.088/2011 (s/p.) estabelece como uma de suas diretrizes a “organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado”; porém essa articulação entre órgãos pressupõe que cada setor assuma as suas responsabilidades e competências de execução dos serviços, e em hipótese alguma pode se configurar como um processo em que um órgão atribui a outro as suas demandas, o que parece estar acontecendo em quatro dos municípios pesquisados, no tocante à utilização do profissional de psicologia da Assistência Social como referência para a saúde mental. Entendemos que essa condição constatada em nossas entrevistas parece eximir de responsabilidade as políticas de saúde pública em relação à demanda relativa ao sofrimento psíquico. A política de saúde pública precisa dispor, em seu quadro, de profissionais para atender a essas demandas, uma vez que elas estão postas e identificadas pelas equipes.

Outro detalhe a destacar é que os profissionais de Psicologia entrevistados atuam prioritariamente realizando atendimento individual na saúde. Em alguns casos só atendem com o encaminhamento médico, e na sequência o psicólogo também encaminha para outro profissional (neurologista, otorrinolaringologista ou outro), mas não atuam na lógica de um trabalho em equipe, ou seja, não têm nenhum *feedback* dos outros profissionais, o que se configura como um simples encaminhamento da responsabilidade para outro profissional.

Essa questão também foi constatada na pesquisa de Delfini (2010), que identifica a lógica do encaminhamento e desresponsabilização nas equipes de atenção em saúde mental. Essa situação é o contrário do que preconiza a Portaria 2.488/2011 ao discutir a assistência à saúde em geral, que prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, possibilitando o compartilhamento dos casos inclusive ao longo de sua evolução.

Entendemos que o simples fato de contratar um profissional de Psicologia não caracteriza a atenção à saúde mental orientada pelos princípios da PNSM, sobretudo quando

estes profissionais não adotam uma postura diferenciada do modelo médico hegemônico. A partir da análise do trabalho que tem sido realizado na prática dos quatro psicólogos entrevistados, percebemos a prevalência do paradigma biomédico, com a exclusividade absoluta dos atendimentos clínicos individuais, o que não contribui para a concretização da PNSM e da Reforma Psiquiátrica:

Olha, hoje eu faço aqui na assistência social terapia individual, atendo pessoas individualmente (Psicóloga n.2).

Só os atendimentos clínicos (Psicólogo n.3).

A gente vem atendendo as crianças pequenas, crianças, adolescentes, jovens e os adultos, até idosos, eu tenho atendido muito idoso (...) nós fazemos essa orientação psicológica, não chega a ser uma terapia, mas uma orientação psicológica... (Psicóloga n.4).

Vários autores, entre eles, Campos (1992), Andrade (2001) e Spink (2007a e 2007b), assim como o próprio CFP (2006), apontam a necessidade de o psicólogo rever o desempenho da profissão na saúde pública. Essa revisão deve começar pela ruptura com o modelo da clínica particular, que foi simplesmente transposto para a esfera pública, e estender-se à participação e articulação dos profissionais nas políticas públicas, desde sua construção e seu controle até sua execução.

O CFP (2009b, p. 56) aponta várias possibilidades de ações para o psicólogo na AB, como: ações de territorialização e planejamento local de saúde, ações de acolhimento e humanização dos serviços de saúde; visitas domiciliares; atividades nas escolas; ações comunitárias e de articulação de redes sociais; atuação/facilitação em grupos; participação em reuniões de equipe; ações de suporte à saúde mental e outras.

Ressalte-se que essa amplitude de ações tem em vista o respeito aos princípios e diretrizes do SUS e da ESF, buscando o desenvolvimento de uma atenção psicossocial baseada no território e nos sujeitos e suas relações. Neste sentido, o CFP (2009b, p.74) afirma que “(...) a questão da saúde mental do indivíduo e da comunidade [deve estar] integrada não só à saúde mais ampla como também aos demais setores (educação, cultura, trabalho, lazer, etc.)”.

3.4 A crescente demanda por atenção em saúde mental.

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente”
(Machado de Assis, 1882, p. 26)

Os profissionais identificam e reconhecem que a demanda em saúde mental está em contínuo crescimento, como mostram os seguintes depoimentos:

(...) o que me assusta é que todo mundo fala de município pequeno, mas a incidência que a gente tem são muitos pacientes com esquizofrenia, com transtorno bipolar, e muitos pacientes crônicos, porque já ficaram anos e anos sem os devidos cuidados, então a doença já se impregnou (Psicóloga n.1).

[referindo-se aos casos de transtorno mental] Pelo tamanho do nosso município, tem muitos (Enfermeira n. 1).

(...) porque hoje em dias as pessoas estão muito conturbadas, o que vem pra mim de caso de ansiedade e de síndrome do pânico é muito grande. Aqui é uma cidade pequena, mas é grande o índice de suicídio. (Psicóloga n.2)

De acordo com uma estimativa da OMS (2008b, p. 25), são os seguintes os números de transtornos mentais no mundo: 154 milhões de pessoas com depressão, 25 milhões de pessoas com esquizofrenia, 91 milhões de pessoas com perturbações do abuso de álcool, 15 milhões com perturbações do abuso de drogas, 50 milhões com epilepsia, 24 milhões com Alzheimer e cerca de 877 mil pessoas por ano que se suicidam.

O fato de as perturbações mentais ocorrerem em todas as sociedades é apontado como a primeira das sete boas razões apresentadas pela OMS (2008b) para as ações de saúde mental estarem integradas aos cuidados primários em saúde.

Estas situações - a apontada pela OMS e a revelada pelas entrevistas - nos ajudam a refletir sobre a necessidade urgente de ampliação da rede de Atenção Psicossocial. A Portaria 3.088/2011 detalha com minúcias a composição desta rede: I – Atenção Básica em Saúde; II -

Atenção Psicossocial Especializada; III - Atenção de Urgência e Emergência; IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório; V – Atenção Hospitalar; VI – Estratégias de Desinstitucionalização; e VI – Reabilitação Psicossocial, o que mostra a diversidade de equipamentos necessários para uma satisfatória atenção à saúde mental. Ocorre que os cinco municípios pesquisados possuem apenas a AB para dar conta dessa demanda, que a cada dia é maior. Não têm nenhum tipo de serviço substitutivo especializado em saúde mental à disposição, ou mesmo a possibilidade da articulação da rede de serviços; e como o surgimento do transtorno mental não espera que aconteça a efetivação da rede, o hospital psiquiátrico, por ser o único recurso disponível para o atendimento da crise, torna-se um recurso necessário, o que dificulta os avanços da Reforma Psiquiátrica:

E o que eu entendo hoje é que o hospital psiquiátrico é muito necessário nas emergências, que infelizmente no surto é desumano falar que você vai manter ele em casa ou num hospital geral, infelizmente não dá, até pela questão da própria violência. Eu vejo o hospital psiquiátrico como um mal necessário e imprescindível, mas só para os casos graves, e só para fazer o papel de centrar a pessoa para devolver para nós, e não como um depósito (Psicóloga n.1).

(...) porque a gente só manda para os hospitais psiquiátricos aqui quando a gente vê que o paciente não está aceitando a medicação, não está aceitando ser o que ele é, e ele está precisando de um intensivo, vamos dizer assim, daí eles ficam lá e depois voltam para nós (Médica n. 1).

Para Amarante (2007, p. 81), a “atenção à crise representa um dos aspectos mais difíceis e estratégicos” dentro da Reforma Psiquiátrica. O autor pontua que na atenção psicossocial o próprio conceito de crise como uma “grave disfunção que ocorre exclusivamente em decorrência da doença” é superado para o entendimento da crise como “o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigo ou mesmo desconhecidos” - daí a necessidade de serviços de atenção psicossocial para o acolhimento desta demanda, conforme prevê a Portaria 3.088/2011.

Também constatamos que, não havendo rede de serviços, muitas vezes os profissionais dispõem apenas da farmacologia para o cuidado destes pacientes, e este aspecto,

entre outros, pode favorecer o aumento da incidência do consumo de psicotrópicos, questão de que trataremos no tópico a seguir.

3.5 O consumo de medicamentos controlados.

“O principal nesta minha obra da Casa Verde é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isso presto um bom serviço à humanidade”.

(Machado de Assis, 1882, p. 19)

Como referimos no primeiro capítulo deste trabalho, a medicalização social é um processo sociocultural que pressupõe o uso de remédios para dar conta de questões que são de ordem social ou econômica ou política (Amarante, 2007). Por um lado o autor (p. 93) afirma que “a ESF é considerada uma das formas de atenção primária em saúde, que tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial predominantemente biomédico, centrado na doença e no tratamento”, pois essa estratégia tem alta capacidade de resolver em estágios iniciais os problemas de saúde da população, o que dispensa o encaminhamento a níveis especializados de atenção à saúde, que tendem a usar mais remédios no processo de tratamento. Por outro lado, Tesser et al. (2010) e Tesser (2006a e 2006b) argumentam que a ESF pode facilmente constituir-se como mais uma instância medicalizadora, porquanto a estratégia possibilita um maior alcance das ações médicas e de cuidado com a saúde.

Referindo-se ao processo de medicalização, Dimenstein et al. (2009) problematizam que ainda há uma predominância do paradigma biomédico na atenção à saúde, em que o foco maior é a medicação, pois muitas vezes é a ação medicamentosa a única solução para todos os males e sofrimentos.

Vecchia e Martins (2009a) e Luzio e L’ Abbate (2009), focando a discussão no plano da saúde mental, referem-se ao cuidado que as equipes da AB devem ter para não aderir ao processo de psiquiatrização do cuidado em saúde mental, no qual todo e qualquer problema será resolvido mediante a ingestão de medicamentos. Silveira e Vieira (2009) também alertam para o cuidado que as equipes da AB devem ter para não fortalecer o modelo biomédico de atenção em saúde mental.

Em nossa pesquisa os dados confirmam essa discussão e em todos os municípios

percebemos que está presente o uso exacerbado de medicação:

Tem, demais (...) porque o que a gente mais vê é o uso indiscriminado de fluoxetina, se usa demais (...) no município é meio que desumano (Psicóloga n.1).

[referindo-se a quem toma remédio] Muito, muito, muito. Tem muito paciente, se você ver dá até medo, para te falar bem a verdade. (...) Na realidade, o que a gente queria era reduzir, principalmente, o número de pacientes tomando medicação, porque assim a gente sabe que tem paciente que não tem como ficar sem a medicação, agora a gente sabe que tem paciente que toma aquele remédio, a gente não sabe o porquê na realidade, uma vez é “frescurinha”, outra vez é outra coisa, mas a gente sabe que pode colocar: 50% são pacientes que não necessitavam de remédios, principalmente os de diazepam. Fluoxetina, a gente fala que se colocar na caixa d’água aqui do município é mais fácil que a gente ficar fazendo receita, porque assim, se você pegar meu livro aqui todo mundo que está cadastrado toma fluoxetina... (Enfermeira n. 3)

Chegam os pacientes, a maioria dos nossos pacientes já estão sendo medicados, entendeu? Já passou pelo especialista, já estão tomando remédio, então a gente faz o acompanhamento. Nós pegamos a receita, não deixa faltar medicamento, não deixa faltar as receitas (...). Na realidade assim, aqueles casos mais graves a gente sabe, só que entra aquele negócio de saúde mental que tem que tomar fluoxetina faz parte, daí complica. Aqui pelo menos nós temos que colocar a fluoxetina na água (Enfermeira n. 5).

Estes depoimentos revelam questões bastante sérias e preocupantes, como a das enfermeiras que fazem receitas médicas, da pedagoga que ministra remédios às crianças na escola e da profissional de saúde que coloca remédio no suco do irmão, as quais nos levam a refletir sobre a escalada sem limites do uso/abuso de psicotrópicos:

Não há uma padronização, o que existe é o seguinte: o paciente é usuário de haldol, 5 miligramas duas vezes ao dia, e akineton, ele vem até unidade: “meu haldol tá acabando”, ou algum familiar vem até a unidade, ele tem um prontuário, uma ficha geral de atendimento, que não é um prontuário, é uma ficha, e a gente anota, a gente transcreve a receita, é isso a gente transcreve a receita, normalmente, os médicos não atendem, quem transcreve a receita é o enfermeiro, que transcreve essa receita, e o

médico apenas assina a dispensa desse medicamento na farmácia (Enfermeira n. 2).

Então, as visitas das ACS's são elas que controlam a medicação, elas fazem visitas nessas casas, daí o paciente tá acabando o remédio, elas trazem até mim, e eu faço a receita. Aqui funciona assim, não é o médico que faz a receita, é o enfermeiro; o enfermeiro faz a receita, depois a gente coloca no prontuário e o médico só assina. Entendeu? Daí eles trazem até mim e eu faço as receitas. Todas as enfermeiras fazem desse mesmo jeito, porque a demanda é muito grande de paciente, se a gente for ter que consultar todo mundo não atende a demanda, porque é muita gente mesmo (Enfermeira n. 3).

(...) na verdade é essa pedagoga quem tem os controles das vitaminas, das medicações, porque é tudo feito assim, todas as medicações que entram na APAE e nas escolas é essa pedagoga que controla, ela que tem os receituários, ela que tem os fichários, ela que recebe, ela vem e retira. Tem medicação controlada que fica nas escolas, o que eu acho um crime; ritalina e outros remédios ficam na escola, são administrados na escola, isso é fato. Eu tenho crianças, pacientes que tomam os remédios na escola e eu acho isso um absurdo e um risco enorme, mas como é que você vai mudar isso? Se isso já vem instituído, acredito, de tempos, via conselho de farmácia a gente sabe que é ilegal psicotrópico num armário de escola e professor ministrar psicotrópico para uma criança que ela só convive em sala de aula! (Psicóloga n.1)

Tem um caso que a menina trabalha aqui no posto, o irmão dela, ela até, ela dopa ele na realidade o tempo que ele está aqui, com neozine. Dá no suco, porque se ela dá o neozine para ele tomar, ele não toma, então ela coloca no suco; então se ela faz uma jarra de suco ela pinga lá umas 30 gotas, se ele toma a jarra toda ele dorme o dia inteiro (Enfermeira n. 3).

O descrito acima nos remete a alguns pontos do ideário de higiene mental²⁵ que coloca nos indivíduos a responsabilidade por seus problemas e desconsidera a reflexão sobre determinantes sócio-históricos destes problemas (Moura & Boarini, 2012). Desta forma,

²⁵ Moura (2008) desenvolveu um trabalho em que aprofunda a discussão sobre as influências do movimento de Higiene Mental na ESF.

ocorre a naturalização dos fenômenos sociais, que hoje parece se repetir na prática de muitos profissionais. Com isso, ousamos afirmar que o ideário higienista ainda é parte do imaginário social.

3.6 A intuição como “a luz no fim do túnel”

“Quando o doente pergunta quando irá para casa, o médico será obrigado a iniciar um diálogo com esse doente, e nesse diálogo deixarão de existir o objeto e o sujeito isto é, duas pessoas devem tornar-se os dois sujeitos. Se não aceitarmos essa lógica da contradição na relação entre duas pessoas, penso que deveríamos vender bananas ao invés de sermos médicos.”

(Basaglia, 1979, p. 111)

Pela falta de capacitação, os profissionais têm ficado à mercê de sua própria intuição para realizar os atendimentos em saúde mental.

Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 2004), intuição significa “conhecimento imediato, que independe do raciocínio”, e é o que podemos constatar em algumas entrevistas, como a que segue:

Então aqui, uma coisa mais que eu faço é uma conversa; eu atendo as pacientes aqui, que é até engraçado que aqui no posto é assim, “eu queria dar uma palavrinha com a doutora”. Então essa relação minha com os meus pacientes aqui é muito próxima (Médica n.1).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a) e a Portaria 2.488/2011, a formação de vínculo com o usuário é umas das principais características da AB, que se orienta pelos princípios da acessibilidade, da coordenação do cuidado, da continuidade e outros. Como a AB sofreu forte influência das ideias da medicina preventiva, que propunha uma prática médica próxima do ambiente sociocultural dos indivíduos, temos também que ela se caracteriza por ser uma atenção à saúde que se faz mais próxima do cotidiano dos indivíduos e das famílias.

De acordo com Vecchia e Martins (2009), Delfini (2010), Camatta (2010), é essa proximidade que a equipe pode ter com a comunidade que possibilita o acompanhamento integral e longitudinal dos usuários, o que é confirmado por alguns de nossos entrevistados:

Facilita o contato com o paciente, a Atenção Básica, o que você sabe da família você sabe do paciente, você já tem um convívio porque é da minha área (Enfermeira n.1).

Porque o paciente se sente dentro de casa, o acolhimento é diferente. Ele se sente mais seguro, ele se sente mais protegido, e com isso a melhora é bem mais significativa, ele melhora muito mais rápido, muito mais cedo, porque se ele está sendo atendido aqui, ele está dentro do contexto dele, ele não é retirado da família; então, à medida que ele se sente mais acolhido a melhora com certeza é bem mais rápida (Psicóloga n. 4).

Há também as vantagens advindas do fato de os municípios serem pequenos, o que facilita ainda mais o atendimento aos usuários:

E quando é aqui no município não, a gente conhece tudo, todos os profissionais; então eles sabem: “esse paciente aqui é da área da enfermeira tal, então esse paciente ele precisa disso, disso e daquilo”. A gente está controlando melhor. (Enfermeira n.3).

A vantagem de ser atendido aqui na Atenção Básica é que, como é um município pequeno, o que ele precisa a gente disponibiliza na hora, é um município pequeno, só tem essa unidade aqui; então as dificuldades que apresentam quando a gente ver que não tem condição a gente já providencia acesso mais rápido à demanda. (Enfermeira n.5).

Estes excertos citados coadunam-se com as ideias de Almeida (2010) e Camata (2010), que veem a AB como um espaço de possibilidade para a construção do vínculo, por ser mais próxima dos usuários.

Dentro do acompanhamento realizado pela AB, Tesser et al. (2010) defendem a perspectiva do acolhimento aos usuários, entendendo isto como fundamental para o desenvolvimento de um trabalho em que as pessoas em sofrimento psíquico tenham suas necessidades atendidas. Nas entrevistas realizadas, constatamos esse entendimento entre alguns profissionais:

Eu acho que é o tratamento que envolve que consegue realmente mobilizar a família, a equipe de saúde, a comunidade. Seria o ideal dos tratamentos de saúde mental. É o tratamento em conjunto: medicamento, mais terapia, mais ocupação, mais respeito, mais atenção, mais cuidado, o meu ver é esse (Enfermeira n.2).

Outro aspecto intuitivamente apontado pelos profissionais é a necessidade do trabalho em equipe como forma de qualificar e ampliar os atendimentos em saúde mental:

(...) eu vejo como uma relação de profissionais. Por exemplo, você como psicóloga e eu como médica, a gente sentaria e conversaria a respeito da Dona Maria: “o que você acha da Dona Maria?” antes da gente entrar com medicação (Médica n.1).

Com certeza, porque daí já teríamos uma outra estrutura, daria pra trabalhar em equipe. Se nós tivéssemos um psiquiatra, por exemplo, daria para trabalhar conjunto. Então o trabalho seria... até o acesso seria melhor; porque eu tenho pacientes que eu não tenho contato porque são todos de fora os outros profissionais. Se tivesse equipe aqui, a gente faria um trabalho que daria um melhor resultado. Não que não dê resultado, lógico que dá, mas é que o contato seria bem mais próximo. (Psicóloga n.2).

Enfim, há profissionais que marcam indelevelmente as possibilidades de assistência à saúde mental na AB:

(...) porque quem atende somos nós mesmos, então não adianta a gente dizer que “eu não atendo saúde mental”, é ilusão, é iludido o profissional dizer que não atende; a gente atende muita saúde mental, a gente pode não admitir, não assumir não enxergar, mas a gente atende muito... (Enfermeira n.2).

Esse reconhecimento da profissional nos lembra o que aponta Souza (2004, p. 155), que a AB “poderia se constituir como um mediatizador de encontros, de saberes e práticas ‘não-especializadas’, de espaços não delimitados para a circulação da loucura, sendo utilizada cada vez mais no sentido de proporcionar outros circuitos para a loucura no território”.

NO CAMINHO PERCORRIDO, A AUSÊNCIA DO CULTIVO

O Cio da Terra

*Debulhar o trigo
 Recolher cada bago do trigo
 Forjar no trigo o milagre do pão
 E se fartar de pão
 Decepar a cana
 Recolher a garapa da cana
 Roubar da cana a doçura do mel
 Se lambuzar de mel
 Afagar a terra
 Conhecer os desejos da terra
 Cio da terra, a propícia estação
 E fecundar o chão*

(Chico Buarque & Milton Nascimento, 1977)

Iniciamos este estudo tendo como objetivo compreender como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da AB do SUS em municípios de pequeno porte 1 da 14ª Regional de Saúde no interior do Estado do Paraná. Após percorrer o caminho das leituras, entrevistas, análises e discussões, chegamos ao momento de lançar algumas ideias a título de conclusão, tendo claro que o assunto não foi esgotado.

Tentamos trazer a debate a situação dos municípios brasileiros de pequeno porte 1 que - diga-se de passagem - constituem a grande maioria no território brasileiro. Deixamos para o leitor avaliar se conseguimos avançar

Nossa leitura dos fatos parte da premissa de que os valores vigentes na sociedade sob a égide do capitalismo são produzidos e reproduzidos na prática social em sua totalidade. Assim, os representantes de municípios aqui entrevistados, como parte integrante desta sociedade, apesar de guardarem certa singularidade em relação ao geral, estão sujeitos às determinações implicadas nesta totalidade social. Neste sentido, embora circunscrito ao universo de cinco municípios, acreditamos que este estudo seja passível de generalização.

Assim, retomando a licença poética que apresentamos no início deste trabalho, constatamos que a AB é um “terreno muito fértil” e repleto de possibilidades especialmente

pelo fato de propiciar um contato próximo entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços, contato que pode favorecer o incremento da qualidade da atenção ao usuário, que deve ser oferecida em consonância com o território e a comunidade.

Não obstante, este “terreno fértil” só produzirá “bons frutos” se for cultivado. Em nossa pesquisa constatamos, em geral, que não há este cultivo, fato revelado por um quadro de permanente falta de oferta de capacitação para os profissionais, a qual foi testemunhada pelos entrevistados, que afirmam não estar preparados para lidar com a demanda de saúde mental. Lembramos que tal fato vem na contramão das principais diretrizes para a inserção da saúde mental na AB.

A ausência de “cultivo” se dá também pela falta de profissionais, especialmente pela falta do profissional de Psicologia. Ademais, o “cultivo” não se fará apenas com um maior número de profissionais, mas também, e principalmente, com posturas diferenciadas de atuação que privilegiem a atenção psicossocial e rompam com o paradigma biomédico, superando assim o quadro constatado de que, em linhas gerais, o atendimento oferecido às pessoas em sofrimento psíquico é a simples dispensa de medicação.

Outro ponto que revela a ausência de “cultivo” é a falta de estruturação da rede de atenção psicossocial, com destaque para os serviços de atendimento à urgência e emergência. Isto significa que em uma situação de crise estes municípios têm tido como único recurso disponível a internação em hospital psiquiátrico.

Por outro lado, se este “terreno” não está completamente “fértil”, também não o encontramos plenamente árido. Em nosso estudo encontramos profissionais sensíveis às questões do sofrimento psíquico, o que nos lembra Basaglia (1979) quando afirma que "contra o pessimismo da razão há o otimismo da prática". Na execução dos serviços de saúde estes profissionais revelaram sensibilidade à construção de uma prática não asilar e não medicalizante, como ilustra o depoimento de uma ACS que nunca passou por qualquer tipo de capacitação para lidar com as questões de saúde mental:

A gente faz acompanhamento, conversa com as pessoas, muitas vezes no conversar você percebe que tem algo diferente. Eu tive paciente mesmo no meu setor que, no conversar com ele eu percebi que tinha alguma coisa errada. (...) e eu acho que é na base do diálogo que você consegue perceber que ali tem alguma coisa errada, não só medicamento (...). As pessoas que ficam ali trancadas, que se prendem muito, é pior para elas. Eu acho que quando eu chego converso com ela, pergunto como é que ela

está e vou conversando, através da conversa com ela, ela se abre. (...) Porque o que eu vejo de dificuldade é que eles ficam muito trancados, se isolam muito quando estão em crises. (ACS n.2)

Neste sentido, iniciamos nossas considerações finais lembrando os músicos Chico Buarque e Milton Nascimento porque, assim como na música *Cio da Terra*, entendemos que é preciso todo um processo de cultivo, por meio de investimentos e priorização dentro das políticas públicas de saúde mental, para que possamos usufruir na AB do “*milagre do pão*”, e da “*doçura do mel*”, entendidos aqui como o resgate da dimensão humana do cuidado em saúde mental e a construção de uma atenção psicossocial que propicie qualidade de vida, e não a segregação ou medicalização dos usuários dos serviços.

REFERÊNCIAS

- Almeida, G. H. (2010). *Acolhimento e tratamento de portadores de esquizofrenia na Atenção Básica: a visão de gestores, terapeutas, familiares e pacientes*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 1 (1), 61-77.
- Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental: Políticas e Instituições: programa de educação à distância*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, A. N. (2001). Formação em psicologia: hierarquia versus antropofagia. *Psicologia e Sociedade*. São Paulo: Vol 13, nº 1, p. 29-45.
- Assis, J.M.M. (1882). *O alienista* (3a. Ed). São Paulo: FTD. (1999).
- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Apae (2012). *Rede Apae e sua História*. Recuperado em 12 setembro de 2012 de <http://www.apaebrasil.org.br/artigo.phtml?a=2>
- Baptista, T. W. F. (2007). História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do SUS*. Rio de Janeiro: EPSJU/FIOCRUZ.
- Basaglia, F. (1979). *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.

- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*. 15 (1), 28-50.
- Brasil, Ministério da Saúde (1987). *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 20 de abril, 2011, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde (1992). *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 20 de abril, 2011, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde. (1999). *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília, DF. Recuperado em 24 de janeiro, 2012, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde (2001). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 20 de abril, 2011, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Recuperado em 20 de maio de 2011 de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003a). *Manual do Programa “De Volta Para Casa”*. Brasília, DF. Recuperado em 20 fevereiro, 2012, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde (2003b). *Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004a). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF. Recuperado em 25 abril, 2009, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004c). *Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2004*. Brasília, DF. Recuperado em 28 setembro, 2012, de <http://www.saude.gov.br> .

- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF. Recuperado em 25 abril, 2009, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde. (2009a). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2009b). *Orientações Técnicas do Centro de Referência da Assistência Social - CRAS*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010a). *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde mental*. Brasília, DF. Recuperado em 20 de fevereiro, 2012, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde (2010b). Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de Rua do SUS*. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ : Brasília, setembro 2010, 48 p.
- Brasil, Ministério da Saúde (2012a). *Atenção Básica e Saúde da Família*. Brasília, DF. Recuperado em 21 de maio, 2012, de <http://www.saude.gov.br> .
- Brasil, Ministério da Saúde (2012b). *Portal dos convênios do Governo Federal*. Recuperado em 07 de julho, 2012, de <http://api.convencios.gov.br/siconv/dados/proposta/1292705.html>
- Camatta, M. W. (2010). *Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Campos, F.C.B. (org.) (1992). *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.
- Conill, E. M. (2008). Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros

urbanos no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 24 (Supl 1), 7-27.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2006). *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas para avançar o SUS*. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2007). *Referências Técnicas para atuação do/a Psicólogo/a no CRAS/SUAS*. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2009a). *Práticas em Psicologia e Políticas Públicas. Saúde Mental no contexto da Atenção Primária à Saúde: tecendo a rede de cuidados*. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2009b). *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2010). *IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Por uma IV Conferência Anti-manicomial: contribuições dos usuários*. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2011). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011*. Brasília: CFP.

Costa, J.F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond.

Costa, D. F. C. & Olivo, V. M. F. (2009). Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl, 1), 1385-1394.

Cunha, G. T. (2010). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.

Czeresnia, D. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro:

FIOCRUZ.

Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903 (1903, 22 de dezembro). Reorganiza a Assistência a Alienados. Recuperado em 04 maio de 2012, de <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>

Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. (2011, 28 de junho). Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Decreto 2.037 de 20 de julho de 2011. (2011, 20 de julho). Instituído o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental. Curitiba, PR. Recuperado em 31 janeiro, 2011, de <http://www.vicegovernadoria.pr.gov.br/modules/conteudo.php?conteudo=56>

Delfini, P. S. S., Sato, M. T., Antoneli, P. P., & Guimarães, P.O, S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (Supl.1), 1483-1492.

Delfini, P. S. S. (2010). *Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil e Estratégia de Saúde da Família: articulação das ações voltadas à saúde mental de crianças e adolescentes.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Dias, L. A. (2001). A nova Lei da psiquiatria. *Psicologia em Estudo*, 6, 145-146.

Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V. & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.*, 18, 63-74.

Fausto, M. C. R. e Matta, G. V. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas.

In: Morosini, M. V. G. C. *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJU/FIOCRUZ.

Ferreira, A. B. H (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. Curitiba: Positivo.

Figueiredo, M. D. & Campos, R. O. (2009). Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 129 – 138.

GEPHE (2000). *Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Higienismo e Eugenia*. Recuperado em 25 de junho, de 2012, de <http://www.ppi.uem.br/gephe>.

Gil, C. R. R. (2006). Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (6), 1171-1181.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). *Perfil os Municípios Brasileiros 2009*. Recuperado em 06 de setembro de 2010 de <http://ibge.gov.br/home>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2012). *IBGE Cidades@*. Recuperado em 31 de janeiro de 2012, de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES (2012). *Perfil das Regiões*. Recuperado em 25 de maio de 2012, de <http://www.ipardes.gov.br>.

Jornal Mundo Espírita (2012). *Hospital Psiquiátrico "Nosso Lar", orgulho de Loanda e do noroeste do Paraná*. Recuperado em 24 de maio de 2012 de http://www.mundoespirita.com.br/antigo/jornal/jornal98/hospital_psiquiatico.htm

Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (1991). *Fundamentos de metodologia científica*. (3a ed.). São Paulo: Atlas.

Leavell, H e Clark, E. G. (1976). *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill.

Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF.

Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF.

Lei nº 9.610 de 19 de fevereiro de 1998. (1998, 19 de fevereiro). Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF.

Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF.

Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003. (2003, 31 de julho). Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF.

Lucchese, R., Oliveira, A. G. B., Conciani, M. E. & Marcon, S. R. (2009). Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Caderno de Saúde Pública*, 25(9), 2033-2042.

Luzio C. A & L'Abbate, S. (2009). A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (1), 105-116.

Matta, G. C. (2007). Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJU/Fiocruz.

- Mello, G. A., Fontanella, B. J., & Demarzo, M. M. P. (2009). Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais. *Revista APS*, 12 (2), 204 - 213.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Montaño, C. (2002). *Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. São Paulo: Cortez.
- Moraes, A. P. P. (2010). *Saúde Mental na Atenção Básica: o Desafio da Implantação do Apoio Matricial*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Moura, R. H. (2008). *Saúde da família: (Des) Encontros históricos da Família brasileira com a higiene mental (1920 – 1940)*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Moura, R. H. & Boarini, M. L. (2012). A saúde da família sob as lentes da higiene mental. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 19, n.1, p.217-235.
- Nacile, D. J. (2011). Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a Desinstitucionalização do “doente-mental”. In: Boarini, M.L. *Desafios na atenção à saúde mental*. 2a ed. Maringá: Eduem.
- Organização Mundial da Saúde - OMS (1978). *Declaração de Alma Ata*. Recuperado em 20 de maio de 2012 de <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- Organização Mundial da Saúde - OMS (1990). *Declaração de Caracas*. Recuperado em 20 abril, 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt

Organização Mundial da Saúde - OMS (2001). *Relatório mundial da saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 20 maio, 2011, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

Organização Mundial da Saúde - OMS (2008a). *Relatório mundial de saúde: Cuidados de Saúde Primário: agora mais que nunca*. Recuperado em 07 setembro, 2012, de http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

Organização Mundial da Saúde - OMS (2008b). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global*. Recuperado em 17 agosto, 2012, de http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf

Pastoral da Criança (2012). *Pastoral da Criança, organismo de ação social da CNBB*. Recuperado em 02 outubro de 2012 de http://www.pastoraldacrianca.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=48

Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992. (1992, 29 de janeiro). Brasília, DF: Secretaria Nacional de Saúde.

Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006. (2006, 22 de fevereiro). Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Recuperado em 21 de maio de 2012 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. (2008, 24 de janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria 325 de 21 de fevereiro de 2008. (2008, 21 de fevereiro). Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

Recuperado em 21 de maio 2012 de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>

Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. (2011, 21 de outubro). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011. (2011, 23 de dezembro). 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. (1996, 10 de outubro). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Secretaria de Estado da Saúde - SESA (2012a). *Regionais de Saúde*. Recuperado em 02 de novembro de 2011 de <http://www.sesa.pr.gov.br>.

Secretaria de Estado da Saúde - SESA (2012b). *Relatório de Saúde Mental da 14ª Regional de Saúde*. Manuscrito não publicado.

Severino, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez.

Silveira, D. P. & Vieira, A. L. S. (2009). Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 139 – 148.

Souza, A. C. (2004). *Em tempos de PSF... Novos Rumos para Atenção em Saúde Mental?* Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Spink, M.J (2007a). *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis:

Vozes.

Spink, M.J (2007b). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tanaka, O. Y & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (2), 477 – 486.

Tenório, F. (2002) A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 9 (1), 25-59.

Tesser, C. D. (2006a). Medicalização social (I): o excessivo sucesso do espistemicídio moderno na saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 9 (10), 61-74.

Tesser, C. D. (2006b). Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 10 (20), 347-362.

Tesser, C. D., Poli Neto, P., & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl, 3), 3615-3024.

Tesser, C. D. & Teixeira, B. C. (2011). Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*, 35 (88), 83-95.

Trivinos, A. N. S. (2007). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Altas.

Vasconcelos, E. M. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.

Vecchia, M. D. & Martins, S. T. F (2009a). Concepções dos cuidados em saúde mental por

uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 183-193.

Vecchia, M. D. & Martins, S. T. F (2009b). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface: comunicação, saúde, educação*, 13 (28), 151-164.

Vieira Filho, N. G. & Nóbrega, S. M. (2004). A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estudos de Psicologia*, 9 (2), 373-379.

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica*. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Yasui, S. & Costa - Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 32 (78/79/80), 27-37.

Anexo A: Parecer do Comitê de Ética

CAAE Nº. 0481.0.093.000-11

PARECER Nº. 706/2011

Pesquisadora Responsável: Maria Lucia Boarini	
Centro/Departamento: CCH / Departamento de Psicologia	
Título do projeto: Assistência à saúde mental na atenção básica de município de porte I	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de protocolo de pesquisa de grupo temático III, caráter acadêmico, sob orientação da profa. Dra. Maria Lucia Boarini, que tem como objetivo geral analisar a assistência à saúde mental na Atenção Básica do município de São Carlos do Ivaí pertencente à 14ª Regional de Saúde do Estado do Paraná.</p> <p>Para tanto, serão selecionados 10 profissionais da atenção básica do município de São Carlos do Ivaí pertencente à 14ª Regional de Saúde, para serem realizadas entrevistas semi-estruturadas com o seguinte roteiro: ações voltadas para saúde mental na Atenção Básica; objetivos das ações se houver; parecer sobre o tratamento ideal para pessoas com transtorno mental; possibilidades de tratamento de pessoas com transtornos mentais na Atenção Básica; obstáculos para o tratamento de pessoas com transtornos mentais na Atenção Básica. As entrevistas serão gravadas e depois transcritas. Os pesquisadores não relatam na metodologia qual o destino das gravações.</p> <p>O cronograma de execução tem duração de 18 meses, com coleta de dados prevista para fevereiro e março de 2012.</p> <p>Não foi apresentado o orçamento do estudo, assim como não foi informado que irá custear o mesmo.</p> <p>Os pesquisadores apresentam em anexo carta de autorização do Departamento Municipal de Saúde de São Carlos do Ivaí – PR, assinada pelo Secretário de Saúde o Sr. Jair Alves de Queiroz.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi redigido sob a forma de convite, contemplando todas as garantias fundamentais estabelecidas pela Resolução nº. 196/96 do CNS.</p>	
<p>Parecer:</p> <p>Considerando o processo de apreciação ética do protocolo, à luz das normativas éticas vigentes, esse comitê de ética em pesquisa se manifesta se manifesta pela sua aprovação com a recomendação de que seja inserido na metodologia o destino das gravações.</p>	
<p>Com relação à aplicação do TCLE, conforme instrução operacional do sistema CEP/CONEP, datada de 21/03/2011, os pesquisadores deverão fazer constar, além das assinaturas de ambos (pesquisador e sujeito da pesquisa) nos campos específicos da última página, a rubrica, também de ambos, em todas as folhas do documento (TCLE).</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer	Data: 02/12/2011
Relatório final para o Comitê: () Não (X) Sim	Data: 30/11/2012
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 230ª reunião do COPEP em 2/12/2011.	<p>Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP</p>

Anexo B: Autorização das Secretarias Municipais de Saúde



**DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
SÃO CARLOS DO IVAÍ - PR**

Avenida Ivaí, 950. Fone: (XX44) 438-1458 / Fax: 0(XX44) 438-1221
e-mail: smssci@rapida.com.br

AUTORIZAÇÃO

O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pertencentes ao município para a pesquisa intitulada: “Assistência à Saúde Mental na Atenção Básica de municípios de Pequeno Porte I” que tem como objetivo analisar como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte.

O propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Face ao exposto, eu **Jair Alves de Queiroz, Secretário Municipal de Saúde do município de São Carlos do Ivaí**, declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizei a pesquisadora, pós-graduanda Lara Hauser dos Santos, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do município.

Para que cumpra os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias.

São Carlos do Ivaí, 17 de novembro de 2011.


 Nome do Secretário de Saúde
Jair Alves de Queiroz
 Diretor de Saúde
 Decreto 015/2009

TRIMBRE DO MUNICÍPIO

AUTORIZAÇÃO

O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pertencentes ao município para a pesquisa intitulada: “**Assistência à Saúde Mental na Atenção Básica de municípios de Pequeno Porte I**” que tem como objetivo analisar como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte.

O propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Face ao exposto, eu Almeida Costa Garcia
Secretário Municipal de Saúde do município de Alto Paraná, declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizei a pesquisadora, pós-graduanda Lara Hauser dos Santos, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do município.

Para que cumpra os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias.

Paranaíba, 23 de novembro de 2011.



Nome do Secretário de Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARILENA
SERVIÇO MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
Fone: (0-XX-44) 3448-1305 – 3448-1399
E-mail: p.marilena@brturbo.com.br
CEP: 87960 - 000 – CNPJ: 09.205.479/0001-77

AUTORIZAÇÃO

O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pertencentes ao município para a pesquisa intitulada: “Assistência à Saúde Mental na Atenção Básica de municípios de Pequeno Porte I” que tem como objetivo analisar como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte.

O propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Face ao exposto, eu **Sérgio Saraiva Muniz**, Secretário Municipal de Saúde do município de **Marilena**, declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizei a pesquisadora, pós-graduanda Lara Hauser dos Santos, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do município.

Para que cumpra os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias.

Marilena, 12 de Dezembro de 2011.

SÉRGIO SARAIVA MUNIZ
 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
 DECRETO Nº 133/2006

Secretario Municipal de Saúde



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE NOVA LONDRINA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pertencentes ao município para a pesquisa intitulada: "Assistência à Saúde Mental na Atenção Básica de municípios de Pequeno Porte I" que tem como objetivo analisar como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte.

O propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Face ao exposto, eu CESAR ZORZI, Secretário Municipal de Saúde do município de Nova Londrina, declaro para os devidos fins que fui esclarecido a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizei a pesquisadora, pós-graduanda Lara Hauser dos Santos, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do município.

Para que cumpra os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias.

Nova Londrina, 07 de maio de 2012.

CESAR ZORZI



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE NOVA ALIANÇA DO IVAÍ
C.N.P.J. (MF) 76.413.061/0001-42
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Francisco Pires de Lemos, 329 - Centro Fonefax: 433-1140
CEP - 87.790.000 - NOVA ALIANÇA DO IVAÍ – PARANÁ
saudedenai@fornet.com.br

AUTORIZAÇÃO

O presente documento tem por finalidade autorizar a realização de entrevistas com profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) pertencentes ao município para a pesquisa intitulada: “Assistência à Saúde Mental na Atenção Básica de municípios de Pequeno Porte I” que tem como objetivo analisar como tem se dado a assistência à saúde mental no nível da atenção básica do SUS em municípios de pequeno porte.

O propósito desta pesquisa é obter dados para a elaboração da dissertação de Mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Face ao exposto, eu VANILDA APARECIDA DA SILVA, Secretária Municipal de Saúde do município de Nova Aliança do Ivaí, declaro para os devidos fins que fui esclarecida a respeito do propósito desta pesquisa, da qual autorizei a pesquisadora, pós-graduanda Lara Hauser dos Santos, da Universidade Estadual de Maringá, a realizar entrevistas com os profissionais do município.

Para que cumpra os efeitos legais assino esta autorização emitida em duas vias.

Nova Aliança do Ivaí, 14 de maio de 2012.

Vanilda Aparecida da Silva
Secretária de Saúde

VANILDA APARECIDA DA SILVA

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Assistência a saúde mental na Atenção Básica**” que faz parte do curso de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá – UEM e é orientada pela Prof. Dra. Maria Lúcia Boarini da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é analisar como tem acontecido a assistência à saúde mental no nível da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em municípios de pequeno porte I. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se dará através da realização de uma entrevista que seguirá um roteiro pré-estabelecido e será gravada. Informamos que não há riscos na pesquisa, mas podem ocorrer desconfortos com relação a entrevistas e, caso isso ocorra, a pesquisadora ficará a disposição do entrevistado para dirimir qualquer incômodo. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Quanto aos registros gravados, estes ficarão em posse da pesquisadora e depois de cinco anos serão destruídos. Os benefícios esperados são de que possamos contribuir com subsídios teóricos e práticos para implementação de políticas públicas na área de saúde mental e propiciar a consequente melhoria do atendimento realizado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito da pesquisa) de forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____

(nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e

concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Maria Lucia Boarini.

_____ Data: _____

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Lara Hauser dos Santos, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data: _____

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Lara Hauser dos Santos

Endereço: Rua Getúlio Vargas, 435

Paranavaí - Paraná

(telefone/e-mail) 44- 3423-2022 - hauserlara@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

Apêndice – Entrevistas

Entrevistas

Psicóloga n.1

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo na Atenção Básica?

Entrevistada: Na Atenção Básica, o acompanhamento dos pacientes, que são egressos do internamento, quando eles retornam do hospital psiquiátrico e a psicoterapia breve. O tempo de que disponho só dá mesmo para fazer isso, acompanhar as famílias é muito pouco, porque tenho uma carga horária pequena e muito distribuída, por serem dois departamentos, então assim não dá para dar muita atenção para a família.

Pesquisador: Você trabalha quantas horas na saúde?

Entrevistada: São 24 horas, são três dias para saúde e dois dias para a assistência social.

Pesquisador: 24 horas para a saúde e 16 horas para a assistência?

Entrevistada: Isso.

Pesquisador: E como que é o acompanhamento dos egressos, que você falou?

Entrevistada: Anotação das datas, de quando eles retornam. Toda referência da medicação, para controlar mesmo, se vai acabar, se não vai acabar, quando é que tem que fazer o retorno da consulta. Quando eu tenho mais contato com a família, eu ligo, para ver se está obedecendo, se está tomando a medicação. E agora as meninas do PSF, as ACSs vão começar a fazer esse acompanhamento, que a 14ª regional de saúde fez alguma cobrança via secretaria de saúde, porque a gente tem muito retorno. Faz dois meses que eles voltaram de internação, tem surto precisa de novo da hospitalização.

Pesquisador: E a psicoterapia que você diz, como é que é? Quem é o público?

Entrevistada: Criança, adolescente, adulto e alguns idosos. Tenho alguns dependentes químicos, mas só mesmo no início de retorno da desintoxicação, eles colaboram muito pouco. A demanda do município é de que se atenda tudo e eu acabo focando, mas quando entrei na cidade, o antigo secretário, que era uma outra gestão de um outro prefeito era uma outra visão. Então como eu tinha que dar conta de algo que estava há muito tempo parado, sem atendimento, eu não podia ficar muito tempo com os pacientes, então isso me limita a ficar

em torno de 4 meses, 3 meses, tento centrá-los para ter uma alta, se precisar eles voltam para a fila de espera.

Pesquisador: Quem que encaminha os pacientes da psicoterapia?

Entrevistada: Os médicos do município e os do CRE - o centro regional de especialidades.

Pesquisador: Vocês só atendem com encaminhamento médico?

Entrevistada: Só, e não pode ser encaminhamento particular, se for de consultas particulares, eles têm que trocar com os médicos aqui do município, para poder ficar na fila. Isso já é uma decisão desde outra gestão municipal, quando era outra prefeita.

Pesquisador: E o que você tem de objetivo com essas ações?

Entrevistada: Eu sempre procuro buscar a melhora, mais com relação aos pacientes que têm transtorno mental crônico, que são os esquizofrênicos, os bipolares. É muito difícil fazê-los aderirem ao tratamento. Usar mesmo, de forma correta a medicação, negociar com a família, que a família colabore e não deixe entrar em surto, não espere agravar, ter indício de uma crise, para depois buscar internamento. Mas acaba sendo complicado, porque a gente entrou numa fase, que agora ocorre falta de medicações controladas, então você tem que estar correndo atrás das famílias, porque se você deixar eles meio que se “apossam um pouco da gente”. Mas você busca, você vai, você corre atrás.

Pesquisador: E falando da medicação, tem muito isso no município?

Entrevistada: Tem, demais.

Pesquisador: Tem controle? Como é isso?

Entrevistada: Desde que eu entrei, já é a 3ª profissional farmacêutica. Existe fichas, em uma caixinha mesmo, que estava sendo digitalizada, não sei se terminou. Mas é registrado em papel separado, só de quem usa psicotrópico, porque o que a gente mais vê é o uso indiscriminado de fluoxetina, se usa demais e aí também por parte da questão da escola, o uso de ritalina no município é meio que desumano, mas já foge um pouco do nosso controle porque aí fica a cargo da secretaria de educação. Tem uma pedagoga que ela que cuida das consultas, ela é funcionária da APAE, ela faz as receitas, o município fornece, teve uma época que foi a regional que fornecia, mas assim, isso é, fica centralizada nela enquanto profissional.

Pesquisador: E quanto às famílias então, você não tem tempo, não tem conseguido desenvolver nenhuma ação?

Entrevistada: Não. Foi contratada uma assistente social para a saúde nessa nova gestão e a gente assim esperava que fosse melhorar, que a gente ia ter mais apoio, vai dar para desenvolver alguma coisa, que a gente não ia se sobrecarregar. Mas ela ficou mais na parte burocrática, ela é assessora do secretário, então ela também acaba não desenvolvendo nenhuma ação com as famílias, e às vezes nem a ponte ela consegue fazer para ela auxiliar, e assim, na minha ausência, eu peço assim: “Olha vou ficar uma semana fora, qualquer questão de internamento você tenta agilizar.” Mas isso acaba não acontecendo, eu volto, aí eu que tenho que correr atrás geralmente fica parado.

Pesquisador: O município chega a ter algum coordenador de saúde mental?

Entrevistada: Que eu saiba não, pode até ter no papel, mas na prática não. Tipo assim, reuniões, quando eu trabalhava em outro município eu sempre frequentei a 15ª regional de saúde em várias reuniões de humaniza SUS, pactuação, desde que eu entrei aqui eu nunca frequentei nada, ofícios, nunca me veio nada da 14ª regional de saúde. Se eu frequentei antes de eu ter o meu problema de saúde, foi o projeto que a enfermeira continua que é o Gerando Saúde Mental. Mas ele era parte da APAE, eu fui em uns dois ou três encontros talvez, mas eu ia porque a enfermeira me avisava, desta forma eu acabei indo, mas logo eu fiquei doente, me afastei e a demanda de trabalho não tinha como sair e largar para ir ficar um dia todo lá. Nas reuniões voltadas para discutir vagas, essa questão que o nosso município é muito bloqueado em Loanda. As nossas guias de pedido de internamento, elas só valem por 15 dias, e essa retaliação é feita só para nosso município.

Pesquisador: Por quê?

Entrevistada: Não sei, a gente enquanto município, não tem disponibilidade de levar as famílias para fazer as visitas, isso sempre foi cobrado, porque tem que fazer visita. Só que aí entra naquela briga de departamento: “Eu não levo, você não leva, a assistência não leva, a saúde não leva.” A saúde tem “obrigação”, de levar para internar e buscar quando está de alta, mas não tem a obrigação de levar para fazer visita. Então por essas brigas, muitas vezes, quando a família tem condições, sabem ler, sabe se virar, ainda até consigo a passagem e eles vão sozinhos de ônibus. Mas a maioria das famílias é de analfabetos, idosos, não sabem se virar sozinhos de ônibus. Então tem o caso de uma família que é crônica, que são três

esquizofrênicos na mesma família, e assim, é rotina os internamentos em Loanda, não adianta vir pedir carro para levar a mãe para visitar, não se libera. Porque está longe da rota, Loanda não é caminho, não tem consulta, se fosse em Jandaia dos Sul, por exemplo, Maringá, passa a linha para ir para Arapongas, até levaria, mas tirar o carro do município só para ir para Loanda, é injustificado, é gasto, corre risco, muitas vezes no caso de internamento do paciente de surto, aconteceu de o município não querer liberar ambulância, porque você tinha que colocar dentro da ambulância, para garantir o motorista e o próprio paciente. E o discurso era que “só tem uma ambulância, como é que eu vou tirar só para fazer seu gosto”.

Pesquisador: Seu gosto?

Entrevistada: Meu gosto! Então, assim já teve muitos, muitos problemas.

Pesquisador: E o hospital psiquiátrico referência para o município é só Loanda?

Entrevistada: Só Loanda.

Pesquisador: Vocês não mandam para Jandaia do Sul, não tem outro local?

Entrevistada: Jandaia do Sul, na época da outra prefeita que era a gestão do PT, quando eu comecei a trabalhar, o secretário de assistência social, ele tinha um vínculo muito bom, em Jandaia do Sul. Então às vezes, a gente ainda conseguia, eu ligo e peço com muito carinho, então às vezes eu consigo consulta para pacientes lá, este paga um valor mais barato e internamento para alcoolismo e para transtorno mental também não é sempre que a gente tem essa liberdade, mas a gente tem a disponibilidade de pedir, e às vezes eles abrem. Para alcoolismo é o lugar que mais socorre.

Pesquisador: Mas Loanda vocês pagam também?

Entrevistada: Eu não sei.

Pesquisador: Mas onde é que entra o Estado aí?

Entrevistada: Também não sei. Porque tem toda essa questão do paciente com transtorno mental, para mim sempre ficou muito velada. O que eu entendia, depois que trocou de gestão e de prefeito, porque houve uma mudança muito grande, quando eu entrei no município se tinha demais, se fazia demais, nunca se passou nenhuma necessidade. Quando a gente trocou de prefeito, pelo menos a parte que me cabe ela, ela caiu assim, de uma forma tremenda. De você precisar das coisas numa emergência e você receber “não”. Literalmente não, não, não. Porque naquela época o secretário de assistência social tinha uma boa política, que ele

brincava muito, e falava que a gente também tinha que fazer a parte da gente, de agradar. Então ia cesta básica para Loanda que eu lembro.

Pesquisador: O gestor da assistência?

Entrevistada: Era. O gestor da assistência na gestão do PT. Ia fardos de papel higiênico, tecidos, então ele ajudava muito nesse quesito de ter uma boa política da boa vizinhança, e com Jandaia do Sul ele também fazia, porque como a gente estava no departamento ele sempre comentava e eu aprendi, assim, os trâmites de ir e fazer os internamentos, porque eu acompanhava ele, para eu aprender a fazer sozinha, como dizia ele “agora que tem o psicólogo então você vai aprender a fazer sozinha para tirar um pouco da minha carga”. E depois que trocou de prefeito, para conseguir fazer eles entenderem que a gente também tem que dar às vezes uma contrapartida no sentido assim, “vamos agradecer, levar a família para visitar, ceder uma ou duas cestas básicas” você tem que gastar uma saliva, pedir para vereador, para o vereador intervir.

Pesquisador: Para você qual o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: O melhor tratamento seria a medicação adequada para evitar os surtos, que cada surto ele vai agravar mais a situação da doença, acompanhamento psiquiátrico constante, que a gente não consegue ter que, como a gente estar na dependência do CRE. O CRE é referência com o seu psiquiatra, nem sempre ele tem aquela disponibilidade, a vaga, a dificuldade é essa, a gente não consegue ter um acompanhamento constante e o respaldo do paciente em crise, de repente ele surta naquela hora, mas a gente não tem para onde levar, na região da Amumpar não tem nenhuma emergência psiquiátrica como em Maringá tem, para dar aquele primeiro socorro, a gente fica muito em cima de, agora conseguir trazer para o nosso próprio hospital, tentar sedar até todo mundo refletir que rumo tomar, mas é, a demanda é, o hospital de Loanda é muito pequeno, é muito difícil mandar pacientes para lá, as comunidades terapêuticas também a gente não tem tanto acesso, porque o município não disponibiliza verba nenhuma, sempre todos os tratamentos eles tem que ser gratuitos ou via SUS. Mas o que falta é, na verdade, não teria que se focar, ou um profissional só para saúde, ter mais respaldo ou ter pelo menos um clínico geral que tivesse uma especialidade em saúde mental para dar mais atenção.

Pesquisador: Não tem isso?

Entrevistada: Não, não temos. Porque fica para o município, ele é pequeno, mas é muita demanda para um profissional só, então precisaria ter pelo menos um psicólogo que focasse só a assistência porque agora nós estamos com toda a demanda do fórum, que são processos *online* que tem que ser da competência do profissional do município. Então fora toda a demanda ainda tem mais a do fórum, que você tem que cumprir sobre risco de desobediência, ser preso, então é complicado para uma pessoa só ter que administrar dois setores que não são tão diferentes porque acaba caindo um no outro, o doente mental ele circula tanto na saúde como na assistência. Ele precisa de medicamento, ele precisa da consulta.

Pesquisador: Como funciona hoje, se chegar um usuário em surto agora, o que vai acontecer?

Entrevistada: Primeiro caminho é tentar levar, geralmente, eu tenho muita ajuda da polícia militar, eles ajudam bastante para conter mesmo, e a porta de entrada é o hospital, que é o hospital particular que presta serviço aqui para a prefeitura. É sedar e buscar uma forma de poder inserir, se for transtorno mental às vezes Jandaia do Sul até supre mas em casos de dependência química, aí a gente fica na dependência de Loanda poder ceder uma vaga, mas seda e geralmente se for dependente químico volta para casa, porque não pode prender também.

Pesquisador: Mas então dependência química, a referência é só Loanda?

Entrevistada: Só Loanda

Pesquisador: Transtorno mental você ainda pode contar um pouco com Jandaia do Sul?

Entrevistada: Pode contar um pouco com Jandaia do Sul e alcoolismo Jandaia do Sul também socorre quando tem vagas.

Pesquisador: Você acredita que pessoas com transtorno mental podem ser atendidas na Atenção Básica?

Entrevistada: Sim, quando bem controladas e estabilizadas, tranquilamente.

Pesquisador: Como você imagina este atendimento, você acha que você consegue fazer ele hoje?

Entrevistada: Com a demanda de serviço não. Não, porque você precisa primeiro de tudo, conscientizar a família que muitas vezes aquele transtorno não tem cura, de que o doente mental ele vai ser doente para o resto da vida, que ele vai precisar de cuidado e da medicação

certinha para ele estar estabilizado e para que ele possa conviver em sociedade, e eu vejo que vale mais o individual do que em grupo porque sentar em mais de uma família você quebra muitos dos vínculos, você expõe muito as famílias, então flui melhor quando você atende às vezes um pai, uma mãe, uma esposa, um esposo, em separado. Para que fluísse mesmo na atenção básica precisaria ter uma maior convivência com as famílias, dentro da demanda até das próprias ACS's lá também elas quebrarem um pouco o estigma do medo, que alguns pacientes trazem medo para elas, para se fazer aquela visita, não tipo, talvez semanal porque vai ficar muito pesada, mas quinzenal, fulano estar estabilizado, tomando a medicação, estar dando trabalho em casa, não estar, consegue desenvolver as atividades, e acredita que muitos dependeriam de estar junto com elas porque às vezes eu já fui junto com elas, você pode ir na casa de fulano com a gente para ver o que que é aquilo, tipo que doença que tem? Se é uma depressão, se não é, o que é, até pelo próprio medo.

Pesquisador: O município tem dados em saúde mental?

Entrevistada: Não sei. Nunca tabulei.

Pesquisador: E eu posso considerar então que você é a referência de saúde mental no município?

Entrevistada: Em atendimento sim, agora em relação a tabulação de quantidade de medicamentos, de se é que vem ou não verba, gastos, isto estaria tudo restrito à mão de um funcionário, que é quem sempre ficou a critério de tudo o que se diz respeito a informatização, de dados, de verbas, os planos, tudo circula em função dele.

Pesquisador: Mas você apresenta relatórios mensais de atendimento? É cobrado de você?

Entrevistada: Uma vez foi cobrado, duas vezes foi cobrado na assistência social.

Pesquisador: Aqui na saúde não?

Entrevistada: Na saúde não. Tanto que eu nem tenho como parar para centrar nisso.

Pesquisador: Então não existe como saber quantos atendimentos em transtorno mental o psicólogo fez?

Entrevistada: Não, porque daí eu teria que especificar o que foi a psicoterapia, o que foi emergência, o que foi criança, o que são os pacientes, egressos de internamento. Humanamente para eu ter tempo de fazer isso não tem condições.

Pesquisador: 24 horas ?

Entrevistada: Não, não tem condições.

Pesquisador: Que vantagem ou benefícios você identifica para o atendimento das pessoas com transtorno mental na atenção básica?

Entrevistada: Evitar as internações. Muitos deles têm a consciência íntegra, por mais que eles tenham o transtorno, eles têm entendimento, então fica privado às vezes de andar, sentar numa praça, um banco, ir ali dar uma volta no mercado, para eles é muito ruim. Alguns, não vou negar, que precisam da hospitalização mesmo, porque em função assim, uma esquizofrenia cronicada, um retardo associado, mas eles têm mais a liberdade e a garantia de ir e vir. Porque quando eles estão estabilizados, perante a sociedade eles já não dão mais o trabalho que eles falam que dão, e a população deixa de ter alguns pacientes assim que já se envolveram com esfaqueamento. Tem um paciente que é o que a gente controla ele com medicação injetada, ele quase amputou o braço de um policial, então hoje socialmente existe ainda o medo “oh!” fica aquela figura: mas se ver ele no bar, se tiver no mercado, ninguém mais corre, ninguém mais foge não, fica ali tranquilo.

Pesquisador: A população já se acostumou então com essas diferenças?

Entrevistada: Já se acostumou.

Pesquisador: E que obstáculos ou desvantagens você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistada: A gente não ter uma emergência psiquiátrica de momento, muitas vezes para só centrar a pessoa para que a gente mesmo possa cuidar no município, não ter o serviço de um psiquiatra mesmo que fosse como em um outro município que compra o serviço, compra na verdade é um limite de consultas por mês, não ter esse psiquiatra, não ter um local que pudesse disponibilizar mesmo uma atividade ocupacional, uma terapia ocupacional, pode ser, sei lá, um pedagogo, uma terapeuta ocupacional, mas como existe os Centros da Terceira Idade, não digo um CAPS estruturado, tudo perfeito, isso a gente não vai conseguir jamais. Mas ter às vezes assim, um projeto que fosse quinzenal, mensal, que pudesse acolhê-los. Meio que reunião de hipertenso e diabético, não tem uma vez por mês? Fazer com os usuários de medicação controlada, por exemplo.

Pesquisador: Isso não existe no município?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Você não visualiza a possibilidade de acontecer nesse momento?

Entrevistada: Também não. Com pouco profissional; não se abre mão também da questão financeira, porque por mais que você peça verba, você não vai ter. Se você pedir muitas vezes um adicional ao seu salário por desempenhar mais de uma função você também não tem. Sempre vem aquela resposta, de você não ter feito, você já estar desempenhando o que te cabe. Isso para todas as áreas, nós que somos da saúde, ninguém recebe adicional de insalubridade, nem enfermeiros nem ninguém recebe. Então você lida com questões de apanhar, porque normalmente o que acontece é quando eu apanho dos meus pacientes. Mas os outros, eles lidam com perfuro-cortantes, com pacientes às vezes contaminados e não existe....

Pesquisador: Você considera a Atenção Básica capacitada para atender a usuários com transtorno mental?

Entrevistada: Não. Ela precisa ainda de muita capacitação, muito trabalho, e trabalho educativo mesmo, bem didático. O que é um esquizofrênico, o que é um deprimido, o que é um ansioso e também o que é a medicação psicotrópica, o que é um tarja preta, para eles não fiquem com aqueles estigmas “nossa dona fulana toma tarja preta”, quebrar um pouco isso com eles.

Pesquisador: Isso você acredita que os profissionais de forma geral ou mais os ACS's?

Entrevistada: Eu acredito que os ACS's, dentro dos enfermeiros do município por eles já estarem há muito tempo, tem uns que buscam, que entendem mais, mas não vou dizer que são todos porque são 4 unidades, não vou dizer que são todos que tem muita bagagem, para identificar ou filtrar muitas vezes. Que ali estar na consulta toda semana no posto, para observar se ela foi buscar uma atenção, sair um pouco daquele rótulo da “é sem vergonha, sabe, atoa”.

Pesquisador: O que poderia melhorar a atenção a saúde mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Para que seja melhorado, a gente precisaria ter investimentos, infelizmente investimento. Investimento de capacitação do pessoal. Investimento com relação a não faltar medicação, a ter um veículo, que nas emergências eles pudessem se deslocar, tanto para acudir alguém em crise como para levar uma família para fazer visita. Porque o que se prioriza nos PSFs, que você tem que ter as equipes completas, os veículos. A gente não tem

um veículo específico para PSF. Usa esse veículo do município mais para se fazer rodízio, então tem, uma tarde ou uma manhã para cada posto escolher e fazer o médico usar o carro para fazer as visitas. E eu já vim de um município pequeno, muito pequeno que tinha um carro que era específico do PSF. Tudo que se referia a PSF, era só aquele carro que fazia.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Reforma, bom ela é um projeto muito audacioso, tem toda a sua valia enquanto projeto desde a desinstitucionalização do doente mental, mas depois que eu cheguei aqui no município que eu realmente fui lidar com o transtorno mental e a dependência em si, mas mais o transtorno mental, que o que me assusta é que todo mundo fala de município pequeno, mas a incidência que a gente tem assim, são muitos pacientes com esquizofrenia, com transtorno bipolar, e muitos pacientes crônicos, porque já ficaram anos e anos sem os devidos cuidados, então a doença já se impregnou. E o que eu entendo hoje, é que o hospital psiquiátrico é muito necessário, nas emergências, que infelizmente no surto é desumano falar que você vai manter ele em casa ou num hospital geral, infelizmente não dá, até pela questão da própria violência. Eu vejo o hospital psiquiátrico como um mal necessário e imprescindível, mas só para os casos graves, e só para fazer o papel de centrar a pessoa para devolver para nós, e não como um depósito. O que eu critico muito, que as famílias que vivem nessa repetição de internações, que daí vem e deixa a metade da cidade enlouquecida para que tire logo o paciente de perto, é que tem famílias que se acomodaram a usar o hospital psiquiátrico como depósito, então eles jogam o paciente lá para eles ficarem bem. Mas é muito audacioso, tem residência terapêutica, é tudo muito bonito, mas para certos graus eu acho que já não vai se enquadrar, você acaba colocando mais a sociedade em risco do que benefício.

Pesquisador: Você acredita que aqui no município, você consegue trabalhar dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Não, aqui não. Você teria que ter toda uma mudança de pensamento, investir mais no pessoal, tentar buscar conscientizar, o que eu acho muito difícil, se precisa ter uma equipe mesmo. Independente de sobrecarregar quem já estar inserido, que nem nas unidades básicas, mas alguém que se reunisse ou até que viesse prestar serviço, a cada 15 dias, 20 dias. Ter um dia todo com consultas, exames, atividades voltadas só para o doente mental.

Pesquisador: Você gostaria de dizer mais alguma coisa? Complementar?

Entrevistada: Não. Assim, eu acredito que a nossa realidade vai estar muito voltada aos outros municípios e vai também muito de encontro, não digo ao gestor enquanto secretário de saúde, mas eu acredito que vem muito de cima para baixo. Pesa muito se você tem um prefeito que não tem uma visão, que não se preocupa com isso, pouco vai andar, porque não é a saúde mental, só que não tem investimento, eu sinto que aqui a saúde como um todo é velada, você não vê investimento de equipamento, de pessoal, de aquisição, de melhoria mesmo, para se evitar que o povo adoça, e eu não consigo ver isso, não agora. Como eu peguei o finalzinho de uma outra gestão, se eu for fazer comparações, se tinha muito, talvez a população não valorizasse, não entendesse a política de verdade, e hoje não se tem, e a população continua não entendendo, continua com os mesmos estigmas: “fulano é o louco”. Então grita a psicóloga que ela vem, chama ela que ela dá conta. Senão ninguém chega perto, ninguém conversa, ninguém põe a mão. Muitas vezes se eu não for lá abrandar um pouco a situação, às vezes até para colocar o paciente dentro do hospital, eu tenho que sair e ir conversar, vamos lá, vamos sedar a pessoa, vamos medicar, aí vamos.

Pesquisador: Na APAE tem psiquiatra, não tem?

Entrevistada: Ela vem uma vez a cada mês, mas também é exclusiva só para crianças da APAE.

Pesquisador: Não tem nenhum tipo de parceria? Só APAE mesmo?

Entrevistada: Se existir isso é muito velado, porque assim, eu sei que eles têm um neurologista, um psiquiatra, que vem e nunca atendeu ninguém do município. A educação tem um neuropediatra só para ela uma vez por mês, e não é aberta para nenhuma criança da rede de Proteção Básica, só alunos da escola. É uma coisa que eu tentei descobrir, mas ainda não consegui. Só boatos que correm é que a Secretaria de Saúde é que paga esse especialista.

Pesquisador: Sério?

Entrevistada: É sério. O promotor disse que se tiver provas isso é uma denúncia grave, mas o médico vem é um ótimo profissional, mas eu e os clínicos, ninguém pode pedir uma consulta, ele só atende as crianças da escola que na verdade é essa pedagoga quem tem os controles das vitaminas, das medicações, porque é tudo feito assim, todas as medicações que entram na APAE e nas escolas é essa pedagoga que controla, ela que tem os receituários, ela que tem os

fichários, ela que recebe, ela vem e retira, tem medicação controlada que fica nas escolas, o que eu acho um crime, ritalina e outros remédios ficam na escola, são administrados na escola, isso é fato, eu tenha crianças, pacientes que tomam os remédios na escola e eu acho isso um absurdo e um risco enorme, mas como é que você vai mudar isso! Se isso já vem instituído, acredito, de tempos, via conselho de farmácia a gente sabe que é ilegal, psicotrópico num armário de escola, e professor ministrar psicotrópico para uma criança que ela só convive em sala de aula!

Pesquisador: Mas alguma questão?

Entrevistada: Não

Pesquisador: Muito obrigada!

Enfermeira n.1

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo na Atenção Básica?

Entrevistada: Começo acompanhando o paciente, desde que ele chega eu peço ajuda, a gente encaminha para a psicóloga, pede ajuda para a psicóloga para ver o caminho que tomamos porque nem sempre é o internamento, e daí a gente tem o viciado também que não deixa de ser da saúde mental então é um trabalho em conjunto que a gente tem aqui.

Pesquisador: O que você tem em vista com essas ações? Qual é o objetivo desde primeiro contato, desde encaminhamento?

Entrevistada: O que a gente quer é poder ajudar, não ter dificuldade, e a gente tem porque eles não aceitam, mas no primeiro momento é a gente abraçar a causa e junto com o paciente que vem pergunta, toma ciência e a gente acompanhar este paciente.

Pesquisador: Tem muitos casos de transtorno mental no município?

Entrevistada: Pelo tamanho do nosso município, tem muitos.

Pesquisador: Você sabe me dizer se há dados, se é quantificado em listas, relatórios?

Entrevistada: Não. Porque assim, são divididas em áreas, PSF, então no meu PSF a gente tem um número, tem outro PSF com outro número.

Pesquisador: Mas dentro do seu PSF você teria um número?

Entrevistada: Teria, uma base tem, de atendimentos.

Pesquisador: São 4 no município, ?

Entrevistada: É.

Pesquisador: E esses números são cobrados pelo gestor, tem alguém que centraliza esses dados?

Entrevistada: Desconheço, pode até existir, mas eu particularmente desconheço.

Pesquisador: Você é responsável por essa unidade?

Entrevistada: Por essa unidade.

Pesquisador: Qual o melhor tratamento para pessoas com transtorno mental, em sua opinião?

Entrevistada: É o diálogo, muito amor, muito carinho, porque, eu vejo assim, nem muitas vezes o internamento vai resolver isso, se a família, se a saúde não se unir não adianta o internamento, porque vai lá fica um mês e volta aqui, fica “solto”, então acho que nós temos que ter uma continuidade.

Pesquisador: Como seria essa continuidade?

Entrevistada: Família e saúde, são duas famílias e a gente também abraçar a causa quando eles chegam nos procurando, mas muitas vezes eles nem vem procurar também, eles acham que tem muitos casos.

Pesquisador: Nesse caso a unidade tem uma busca ativa, os PSF's são treinados para tentar identificar isso?

Entrevistada: Não. Que eu saiba nenhum treinamento. É o que eu falei, tudo a gente corre é aqui na psicóloga, para psicóloga dar um apoio, exemplo: “ah fulano estar assim, psicóloga o que podemos fazer com ele? Até onde eu posso ir para entrar você e não atravessar você?” Ela pode ajudar, então a psicóloga estando aqui é um apoio para nós.

Pesquisador: E a psicóloga atende as 4 unidades ? Ela é a única no município?

Entrevistada: Mais o município.

Pesquisador: Você acha que as pessoas com transtorno mental podem ser atendidas na Atenção Básica?

Entrevistada: Eu acho que deve ser atendida porque aí é onde é o *play*, é a união, desde que tenha seu cantinho, porque se não já vai começar a exclusão, vai ser atendido aonde? Aí numa repartição e tal, ele já vai se sentir excluído, eu vejo dessa forma.

Pesquisador: O que você chama de “ter seu cantinho”?

Entrevistada: É que nem a psicóloga tem aqui a salinha dela, estar, então ela estar dentro do PSF onde o paciente vem, e ele vai se sentir não excluído, por exemplo, ela atende lá na assistência social, eu acho que esse paciente sendo de minha área, já indo lá, ele pode se sentir excluído, estar, porque ou a família não quer que saibam que ele está fazendo tratamento, mas ele, perguntaram para ele se ele quer? Lá ou aqui? Ninguém perguntou para ele. Então eu acho que a primeira coisa é perguntar para o paciente, você quer lá? Aqui? Aonde? Para você se sentir bem, porque não adianta eu falar “você vai em tal lugar”, chega lá ele olha para sua cara e fica, porque primeiro ele tem que ter a confiança no ambiente.

Pesquisador: A aceitação pelo paciente?

Entrevistada: É.

Pesquisador: Que vantagens e benefícios você identifica para o atendimento das pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? O que facilita?

Entrevistada: Facilita o contato com o paciente, a atenção básica, o que você sabe da família, você sabe do paciente, você já tem um convívio, porque é da minha área, agora se vem, por exemplo, a psicóloga já tem que ter uma abrangência maior, porque ela atende os quatro postos, então tem que saber, lá da área X “ah aquele fulano e tal”. Mas como eu resido naquela área, a gente troca ideia, “fulano e tal” que eu sei da vida daquele fulano, então a gente passa alguma coisa para ela que o próprio paciente pode, se sentir assim, você como profissional você sabe que até adquirir confiança, é muito chão, então de repente paciente já ocorreu de “posso falar com você um pouquinho?” “Pode”, aí ele se abre, eu falo “e daí você não quer falar com o psicólogo? Se eu passar o seu caso para a psicóloga...” “ah não, deixa com você por enquanto”, aí essa pessoa vem e conversa comigo 2, 3 vezes, “e agora vamos

passar para psicóloga?” “agora já estou preparado”. Estar, mas nisso a psicóloga já está sabendo também, porque a gente vai passando, devagar, conforme a pessoa vem.

Pesquisador: Que possíveis obstáculos ou desvantagens você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? O que dificulta hoje?

Entrevistada: Deixa essa para trás!

Pesquisador: Não quer fazer nenhum comentário?

Entrevistada: Prefiro.

Pesquisador: É? São muitos obstáculos?

Entrevistada: Não, prefiro não comentar, porque se não a gente acaba falando o que não deve, então deixa para lá!

Pesquisador: É? Não quer aproveitar discutir sobre isso?

Entrevistada: Não. Deixo.

Pesquisador: Ok. Vou respeitar.

Pesquisador: Você considera a Atenção Básica está capacitada para atender a pessoa com transtorno mental?

Entrevistada: Ainda não. Falta um pouco.

Pesquisador: Falta? Você estava até me dizendo que você não se recorda de ter tido capacitação para os ACS's...

Entrevistada: Não.

Pesquisador: E para você enquanto enfermeira e responsável?

Entrevistada: Não, só foi essa há muito tempo, já tem uns 12 anos, mais ou menos que a gente fez, e depois assim, daí como é de curiosidade a gente pega muita coisa para ler, passa para as meninas, mas uma capacitação em saúde mental para nossa equipe no município, nunca tivemos. Teve sim, uma palestra, mas daí não foi sobre saúde mental.

Pesquisador: E também palestra não é capacitação!

Entrevistada: Não, não, não tem nada a ver com saúde mental.

Pesquisador: Como que é a relação com o médico da unidade? Ele entende de saúde mental? Ele dá conta dessa área também ou também precisaria de capacitação?

Entrevistada: Também, todos nós precisamos, porque eles são clínicos gerais, sabe, e, há algum tempo que a gente fez, estou mentindo, a gente fez há uns quatro anos numa faculdade do município vizinho. Teve uma capacitação de saúde mental que veio, vieram os psiquiatras filiados de Loanda, aonde eles informaram, deixaram bem claro para a gente que o clínico geral só pode passar medicação desde que, está escrito, vem uma cartinha, sabe, vem o histórico do paciente, para o paciente não ter que ir lá em Loanda de novo, então vem lá uma cartinha: o uso contínuo, tal tal tal, aí o clínico geral pode passar essa medicação, pode prescrever esta nova receita, entendeu, mas foi nesse interim assim que seria mais para os médicos, esses médicos nossos aqui faz o que? Estar? Não participam, não participam.

Entrevistada: Então daí você fica sabendo, você chega e fala para ele que tem curso ... Mas, são os “deuses”... Infelizmente!

Pesquisador: O que poderia melhorar a atenção a saúde mental na Atenção Básica? Se a gente fosse pensar numa política pública hoje? O que a gente precisa fazer para melhorar?

Entrevistada: Ah, mais união, é aí, mais esclarecimento, e aí um dia entra, mas não é curso, mas são palestras para gente, mais informação. Para a equipe completa. Não é só para enfermeiro, é para equipe toda para gente poder trabalhar junto. Sem designação de “eu sou médico, eu sou enfermeiro”. Não! Uma reunião para todos, para ser trabalhado para todos. Todos iguais, PSF, geral, porque as pessoas aqui mudam muito, eles não têm casa própria, então onde está o meu PSF, mês que vem já está em outra área, para o médico onde está o paciente, da mesma maneira que o meu acompanhava, ou outro médico. Eu vejo dessa maneira, para melhoria um maior esclarecimento por escrito já na ficha do paciente também.

Pesquisador: Melhorar o sistema de informação?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Olha quando a gente fez, seria assim, que eles queriam acabar com os internamentos tanto é que diminuiu bem a massa. Porque tem caso que não é necessário internamento, mas tem um caso no distrito aqui que vem para cá, para a psicóloga e porque ele estar agressivo, porque precisa internar, precisa internar. Esse internamento nada mais é

do que uma folga para a família, agora eu vejo por aí também se isso é bom para o paciente. Essa reforma seria muito boa se a gente tivesse os parâmetros, em apoio de todos, porque não adianta eles reformarem e o município não abraçar.

Pesquisador: Você acha que isso não vem acontecendo no município nesse momento?

Entrevistada: Eu acho.

Pesquisador: Você acha que você consegue trabalhar dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, da forma como estar hoje?

Entrevistada: Não, de maneira alguma.

Enfermeira n. 2

Pesquisador: Qual é o melhor tratamento para pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: Ah eu acho que é o tratamento que envolve, que consegue realmente mobilizar a família, a equipe de saúde, a comunidade, seria o ideal dos tratamentos de saúde mental, é o tratamento em conjunto: medicamento, mais terapia, mais ocupação, mais respeito, mais atenção, mais cuidado, o meu ver é esse.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: O histórico básico que a gente aprende na graduação, alguma coisa, eu me formei em Loanda, então a gente conviveu muito dentro do hospital psiquiátrico, a gente teve bastante estágio, a gente teve um trabalho no último ano de acompanhamento no domicílio dos pacientes em alta, dos pacientes que já tinham tido um histórico de internação, então alguma coisa nesse sentido a gente viu, na minha formação foi bem bacana. A gente vê isso da Reforma Psiquiátrica, da necessidade de tirar os pacientes desse isolamento nos hospitais, e devolvê-los, integrá-los na comunidade. Em forma de lei a princípio, devido aos maus tratos, aos problemas, em forma de lei, mas principalmente em forma de necessidade humana, porque as pessoas doentes mentais são seres humanos que precisam de cuidados, de atenção, de comida, e daí a legislação diminuição de leitos, reestruturação da rede, ou “re” não, estruturação da rede, rede não existia, uma tentativa de estruturar a rede e isso veio em forma de lei para que se obrigue a fazer, porque se não fizer uma lei que diminua a força os leitos,

não se conseguiria devolver esses pacientes, reintegrá-los a suas famílias de origem, por causa dos pacientes institucionalizados.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo na Atenção Básica?

Entrevistada: Especificamente para saúde mental não existe. Se eu disser que existe eu vou estar contando uma mentira, basicamente o que a gente tem é instituído no município, é de expressa ação de medicamento, só, não tem outra coisa, se disser que tem é conversa fiada. A gente tem como referência o CAPS de Loanda, mas esses pacientes não têm transporte para ir até lá, quem leva é uma ou outra família que consegue levar o paciente sozinho, por sua conta e risco, gasto e tudo. A demanda por consulta em saúde mental é precária, a gente não consegue um número de atendimento, a fila de espera por psiquiatria é muito extensa, só tem um psiquiatra, ele está se aposentando há uns 5 anos já, está tentando diminuir o ritmo, para nossa referência é só ele, isso a gente está falando dos transtornos mentais lá clássicos, esquizofrenia, depressão, enfim. Mas a gente tem um outro agravante que são os dependentes, usuários (drogaditos e alcoolistas) que esses estão mais soltos ainda, menos vinculados ainda a qualquer coisa realmente organizada, estruturada no município.

Pesquisador: Você falou sobre a questão da dispensa de medicamento, vocês tem um controle, um número de quantos?

Entrevistada: Não existe esse número específico, existe o seguinte, por exemplo, cada unidade trabalha de uma forma, se você entrevistar os seis enfermeiros cada um vai te dar uma resposta, tenho certeza absoluta disso.

Pesquisador: Não há uma padronização?

Entrevistada: Não há uma padronização, o que existe é o seguinte, o paciente é usuário de haldol 5 miligramas 2 vezes ao dia, e akineton, ele vem até a unidade “meu haldol está acabando” ou algum familiar vem até a unidade, ele tem um prontuário, uma ficha geral de atendimento, que não é um prontuário é uma ficha, e a gente anota, a gente transcreve a receita, é isso a gente transcreve a receita, normalmente os médicos não atendem, quem transcreve a receita é o enfermeiro, que transcreve essa receita, e o médico apenas assina a dispensa desse medicamento na farmácia.

Pesquisador: Então não necessariamente é o psiquiatra que renova?

Entrevistada: Nunca é o psiquiatra que renova. A gente tem histórico de paciente que toma há 10 anos uma medicação, tem principalmente diazepam e os benzodiazepínicos, principalmente, porque assim, talvez os pacientes que são esquizofrênicos eles vão acabar passando por um internamento nesse período e eles vão ser obrigados a retornar no psiquiatra. Mas tipo assim, os que têm assim um histórico de depressão, bipolaridade alguma coisa assim, normalmente eles são tratados com os benzodiazepínicos disponíveis na farmácia. Se você fizer um levantamento de quanto de psicotrópico é dispensado, assim, um levantamento básico que daí não envolveria nada, por exemplo, receita especial B, o quanto é dispensado no mês, de diazepam quantos comprimidos no mês a farmácia municipal dispensa, fica abismada.

Pesquisador: Mas existe esse controle? Se eu precisar perguntar hoje para o secretário quanto de remédio psicotrópico você distribui por mês?

Entrevistada: Eles provavelmente deve saber porque a farmácia tem um controle de compra, a farmácia tem um controle de estoque, então provavelmente eles devem saber, os números de comprimidos no mês eles devem saber.

Pesquisador: E você sabe, por exemplo, da sua Unidade?

Entrevistada: Do total de comprimidos não. A gente sabe se, por exemplo, como a gente tem as ACS's, a gente tem as agentes comunitárias, a gente pode fazer um levantamento nos prontuários e verificar esses prontuários e a gente consegue levantar quem toma, a gente sabe, eu não vou ter esse número agora para te passar, mas a gente consegue levantar, a questão é assim, eu não sei porque toma, quem passou, quando passou, não existe um diagnóstico, existe na ficha geral de atendimento assim, diazepam 5 miligramas, 30 comprimidos, desde sempre, toma há 2 anos, 3 anos, 4 anos, porque você anota todo mês, a pessoa vem buscar você faz a anotação: fornecido receita de diazepam 5 miligramas, 30 comprimidos. Ali 30 dias fornecido receitas de diazepam 5 miligramas, 30 comprimidos, mas te dizer que ter um acompanhamento médico é ideal, por tudo, por organização do sistema, talvez por falta de uma estrutura que tenha um acompanhamento desses pacientes, a gente não conseguiria, eu já trabalhei com outro profissional médico que começou pegar no pé disso, não passava, encaminhava os pacientes para o psiquiatra, “não a senhora não pode tomar tal medicamento, estar muito tempo sem acompanhamento, porque que a senhora toma diazepam há 10 anos? Não pode” ou toma rivotril, 10 anos não pode, mas aí começou gerar um problema com a secretaria de saúde porque não acompanha essa demanda, não consegue absorver.

Pesquisador: E qual a referência de psiquiatra aqui de vocês?

Entrevistada: É o CRE de Paranavaí, mas a gente manda para Loanda, porque Paranavaí também não consegue absorver.

Pesquisador: Mas vocês chegam a fazer encaminhamento para Paranavaí também? Ou só Loanda?

Entrevistada: Só Loanda, talvez lá na teoria possa existir para Paranavaí, mas a nossa prática, a nossa realidade é Loanda.

Pesquisador: E o que acontece quando o paciente entra em surto?

Entrevistada: A gente aciona Loanda, a nossa via burocrática seria acionar o psiquiatra via CRE, para encaminhá-lo para uma consulta, para um médico psiquiatra, é, fazer um laudo, uma autorização de internamento, se necessita ou não de internamento, como existe a fila, para internamento que é quilométrica. A nossa via é o diretor clínico do hospital psiquiátrico de Loanda, que é nossa referência. Normalmente nunca tem vaga, daí a gente orienta os pacientes a pagarem uma consulta particular para o psiquiatra do hospital, ele cobra R\$130,00 reais, e ele atende esse paciente, e ele arruma vaga e interna esse paciente.

Pesquisador: Particular?

Entrevistada: Não, interna no hospital psiquiátrico, só se paga o valor particular da consulta, mas aí a vaga aparece.

Pesquisador: Mas se for pelo SUS não tem vaga?

Entrevistada: Não tem vaga, para consulta nem para internamento, porque realmente não tem, mas eles dão alta toda quinta-feira no hospital psiquiátrico. E daí normalmente quando paga a consulta, sai a vaga, ou sai às vezes logo no outro dia, às vezes dali 3 ou 4 dias.

Pesquisador: E daí o que acontece com esse paciente que ficou internado por um período e voltou para o município, o que vai acontecer com ele?

Entrevistada: Normalmente, até eu recebi uma paciente essa semana, o hospital psiquiátrico tem nos passado oficialmente esse retorno, via ofício, via uma carta de contra referência, de contra fluxo, alguma coisa assim e a tendência é a gente começar acompanhar esse paciente. Via visita domiciliar, mas esse acompanhamento fica muito restrito, porque ele é restrito a visita domiciliar, é o que a gente pode fazer: orientar e acompanhar a medicação. No caso ele

não tem acompanhamento psicológico, CAPS, alguma ocupação, tratamento dirigido, alguma coisa assim não tem. Volta a visita domiciliar, acompanhamento, orientação, da equipe de saúde da família.

Pesquisador: Visita do ACS?

Entrevistada: Do ACS, do enfermeiro, do técnico de enfermagem, do médico não é real a visita não existe, mas a gente acaba fazendo uma visita, normalmente a visita pós alta eu vou, a visita pós alta normalmente eu vou e em torno de 15 a 20 dias a gente faz uma segunda visita, uma segunda avaliação, 30 dias, depois da primeira a gente faz uma segunda e isso seria uma rotina. Mas não é uma rotina protocolada, isso vai muito de profissional, cada unidade faz de uma forma também, não existe um tratamento, não existe uma rotina, um tratamento preconizado, uma padronização, digamos assim, protocolo não existe, cada um faz da forma como quer, e depois os ACS's acompanham a domicílio, e daí eles fazem esse acompanhamento, nos repassam qualquer alteração, qualquer problema para gente estar continuando a acompanhar. Por exemplo, uma coisa bastante comum na questão do paciente que surta, ele acaba vindo para o hospital nosso aqui, o hospital geral, no surto às vezes a polícia mobiliza, às vezes um familiar consegue mobilizar, ele é sedado, até conseguir essa vaga, então isso é uma outra realidade também.

Pesquisador: Ele fica aqui até conseguir a vaga?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Ele é sedado e volta para casa?

Entrevistada: É, sedado e volta para casa. Acontece também, já aconteceu tem relatos, há casos que são sedados no domicílio, por exemplo, se está muito agressivo, com muita alteração de comportamento, não consegue trazer até à unidade. Ai vai alguém, ou um técnico do hospital, às vezes vai alguém da unidade, dificilmente vai alguém da unidade, porque essas coisas assim tendem a ser a noite, ou tendem a ser fim de semana, porque se o paciente está mais calmo, eles conseguem trazer até a unidade o paciente para consultar, quando o paciente está muito agressivo, ou quando a polícia trás por exemplo, porque na unidade básica a gente não tem medicamento psicotrópico, não tem aqui, então já leva direto no hospital ou pede alguma coisa no serviço de urgência, que daí vai alguém direto do hospital mesmo fazer essa sedação no paciente no domicílio. Isso também é mais difícil, mas acontece também.

Pesquisador: Quando eu fiz contato com o município, perguntei quem era o profissional de psicologia de referência, e daí me indicaram a psicóloga do órgão gestor da assistência social, qual que é a relação, qual que é a sua referência para psicologia, como é que você pode requisitar, como é que é isso?

Entrevistada: É não atende, não consegue atender a demanda também, a gente tem muito problema com atendimento da demanda. Ela é psicóloga da assistência social, então é assim, minha prática também, cada profissional tem a sua, minha prática, eu tenho mais contato com a psicóloga lá do CRAS. Então quando eu tenho algum problema, há 15 dias atrás eu estava com problema de uma criança que a gente foi fazer visita, pesagem, avaliação na creche, e as professoras começaram a relatar que a criança estava muito agressiva, não era daquele jeito, mudou o comportamento, está muito nervosa, muito chorosa, uma mudança brusca assim de comportamento, era uma criança que já era da nossa unidade a gente já conhecia, conhece a mãe, uma criança que a gente acompanha desde que eu vim, há um ano atrás, frequenta bastante a unidade, é aquela criança que a gente conhecia bem. Atentei-me para isso, fiquei um pouco preocupada, conversei com as professoras, com as cuidadoras da creche, aí eu consegui ligar para a psicóloga do CRAS e passei para ela que foi fazer uma visita no domicílio, porque eu acho uma via melhor. A psicóloga do órgão gestor da assistência social teria que vir aqui, o paciente tem que vir aqui, conversar com o médico, o médico dar uma guia de referência contra referência, para ir até a psicóloga do órgão gestor da assistência social, só que ela não consegue atender essa demanda.

Pesquisador: Ela só recebe com encaminhamento médico?

Entrevistada: Normalmente, com encaminhamento, se eu ligar também e pedir, mas ela não faz a visita, ela já não é muito com criança, a gente tem mais dificuldade, eu consigo mais via CRAS, porque trabalha grupos lá, trabalha com as famílias, eu consigo mais via CRAS. Mas lá, nosso caminho, você quer, acha que precisa de psicólogo, sempre tem que ser com atendimento médico, vem passa pelo médico faz uma guia de referência contra referência, o médico assina solicitando a avaliação psicológica, e o nosso caminho é o psicólogo do CRE.

Pesquisador: Em Loanda?

Entrevistada: Em Loanda. Ai os pacientes vão. Eu tenho um paciente, uma criança, que após a perda do pai, teve uma mudança muito atípica, um comportamento muito atípico faz tratamento com o psicólogo do CRE e com o psiquiatra, e a família leva, 1 vez por semana lá em Loanda, 2 crianças eu tenho em acompanhando com o psicólogo do CRE lá em Loanda

então a minha referência mesmo na prática é lá. Porque igual a psicóloga do CRAS, essa criança eu pedi para ela avaliar, ela avalia, se é uma coisa tranqüila ela já consegue integrar nos programas lá do CRAS e vai levando, mas é se uma coisa mais complicada que a gente tem que fazer um tratamento, ela já não resolve e me diz “não dá”, porque no CRAS não faz atendimento individual, ela só faz tratamento faz em grupo, acompanha as famílias e diz “não é para mim, precisa de um outro, é uma outra linha.” Então é via psicólogo do CRE de Loanda.

Pesquisador: Certo. Dentro disso, para esse acompanhamento do egresso que você, o egresso do hospital psiquiátrico que você estava dizendo, não existe um serviço de psicologia?

Entrevistada: Não existe nenhum serviço de nada.

Pesquisador: É só o ACS que vai visitar?

Entrevistada: Só a Unidade Básica, só o que a gente pode oferecer, visita domiciliar, uma ou outra consulta de clínico geral.

Pesquisador: Então no município não existe nenhum, por exemplo, nenhum grupo de egressos do hospital psiquiátrico?

Entrevistada: Não, nenhum grupo de nada.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? Você acha que seria viável ter o atendimento de transtorno mental aqui na Unidade Básica?

Entrevistada: Eu acho que o que nos falta enquanto profissionais da Atenção Básica é essa capacitação, é essa, vamos usar o termo “padronização” de trabalho, porque na verdade se a gente tivesse um pouco mais de condição técnica, a gente atenderia melhor. Porque quem atende somos nós mesmos, então não adianta a gente dizer que “ah eu não atendo saúde mental”, é ilusão, é iludido o profissional dizer que não atende, a gente atende muita saúde mental a gente pode não admitir, não assumir não enxergar, mas a gente atende muito, quantos pacientes depressivos eu tenho, quantos pacientes alcoolistas eu tenho, quantos usuários de drogas eu tenho, quantos pacientes, enfim, que são transtornos mentais, talvez a gente não se atente, porque o paciente que tem transtorno mental ele vem e passa por uma consulta, por exemplo de dor abdominal, vem com uma queixa de dor abdominal, mas até que

ponto, eu tenho paciente psiquiátrico que tem histórico de internações esquizofrênicas e ele de vez em quando está aqui com uma queixa, a queixa nunca é pela saúde mental, a gente sabe que ele vem porque, porque não está bem, porque não está compensado, é um paciente que tem histórico de várias internações, difícil tratamento, família difícil, geralmente tem isso, envolve família, a mãe também é depressiva, aí você já começa a puxar o histórico familiar é todo complicado. Então eu vejo só a necessidade de se entender que se faz, e de se fazer melhor, mas a vantagem, não sei o que eu posso dizer como vantagem, é necessidade, a gente tem que assumir, tem que se capacitar, porque o paciente é seu, ele não vai, tem problema a família vai vir reclamar para “ah não sei”, e é assim, ó, que a gente já sabe, por exemplo, as meninas me passam “Fulana vai surtar, ela está vindo aí direto e já está conversando demais, ela vai surtar” aí a gente pega e fica ouvindo aquilo, “A fulana vai surtar, a fulana vai surtar” e você fica sem o que fazer, porque a família não tem dinheiro, não tem, o filho também é doente mental, o pai dela, ela é uma mulher já adulta, o pai é idoso, é alcoolista, e essa é a característica da família, sem uma renda mínima sabe, uma situação assim de pobreza, de desestruturação familiar total, aí você pega e faz o encaminhamento, porque qual é o seu papel? O paciente vai surtar, vai surtar, vai surtar, o que eu tenho hoje para fazer? O que eu posso fazer? Conversar com meu clínico, “doutor a fulana vai surtar, preciso de um encaminhamento para um psiquiatra, para mandar ela para o psiquiatra antes que ela surte” mas isso não é uma realidade, eu pego o encaminhamento, levo ali no agendamento, passo o meu caso mas eu sei que ela só vai ser consultada o dia que ela estiver em surto, estiver agressiva, que ela sair gritando na rua, que precisar chamar a polícia, que aí ela vai para o hospital, vai ser sedada e que aí o serviço vai se organizar para mandar ela para a internação.

Pesquisador: Você sabe quantas vagas de psiquiatria o município tem por mês no CRE?

Entrevistada: Não sei. Não sei te dizer.

Pesquisador: E você sabe se tem uma prática de vai uma vez já fica marcado um retorno?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Não tem?

Entrevistada: Não tem.

Pesquisador: Ele foi consultado e medicado e voltou?

Entrevistada: Eu sei que tem volta o Dr J. manda sempre, a maioria dos outros médicos não mandam, o Dr J. sempre manda a contra referência, retorno em tanto tempo, 30 dias, 20 dias, 40 dias, 90 dias, 60 dias, ele sempre envia um *feedback*, uma conta referência.

Pesquisador: Mas entra no agendamento de novo?

Entrevistada: Entra na fila do agendamento de novo.

Pesquisador: Certo.

Entrevistada: E daí você vai para o fim da fila. E como você já envolve, porque a gente tem duas realidades muito distintas, a realidade do paciente com transtorno mental que tem acesso ao serviço pago, ao serviço privado, uma família mais orientada, mais esclarecida digamos assim, nível maior de estudo ou de renda, e o paciente carente, paciente totalmente dependente do SUS, com família desestruturada, com outros históricos de saúde mental na família, esse paciente ele é solto, totalmente solto, não tem vínculo com serviço nenhum.

Pesquisador: Que possíveis obstáculos e desvantagens você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Só a falta de treinamento, a falta de capacitação, e a falta de conhecimento mesmo, porque até o fato de você desconhecer que você atende a saúde mental, já acho um obstáculo, porque muitas vezes o profissional não assume que atende saúde mental, e não é que não assume, não consegue ver que atende saúde mental.

Pesquisador: Você acha que isso é porque ainda está atrelado que saúde mental é coisa de hospital psiquiátrico?

Entrevistada: “Coisa de hospital psiquiátrico”, “eu não atendo doido”, “eu tenho medo do doido”, “o doido pode entrar aqui e me bater, me matar”, ainda existe muito preconceito.

Pesquisador: Quando um ACS assume ele não tem uma capacitação de saúde mental?

Entrevistada: Não, não tem, nem ACS, nem técnica, nem enfermeira nem ninguém, o que você pode ter é alguma coisa que você tenha de informação, é, no caso do enfermeiro, por exemplo, na sua graduação, ou se você buscou alguma outra formação, algum curso, alguma especialização, alguma coisa, é o que eu te falo, a minha formação em saúde mental é uma formação um pouco diferenciada porque nós antigamente, era muito atrelada ao hospital psiquiátrico, a gente participa de várias oficinas, várias coisas porque a nossa instituição tinha uma ligação muito próxima com o hospital psiquiátrico, a gente chegou a conhecer o hospital

psiquiátrico de Maringá, na graduação, conhecemos o hospital psiquiátrico de Jandaia do Sul, fizemos um trabalho, existia na filosofia da instituição uma formação em saúde mental, mas por isso, porque a maioria dos profissionais que eu vejo, colegas mesmo de profissão, “Deus me livre” que é mesmo a imagem que a gente tem do hospital psiquiátrico não é uma imagem bacana, é triste, confinados, presos. Então é isso.

Pesquisador: Esse diferencial seria na sua formação?

Entrevistada: Na formação, e na formação de cada um, porque tem aptidão, nem todo mundo gosta da mesma coisa, isso é nato do ser humano, mas é essa questão de formação mesmo.

Pesquisador: O que poderia melhorar a atenção à saúde mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Mais profissionais, mais capacitação e um protocolo de trabalho em saúde mental.

Pesquisador: Você quer colocar mais alguma coisa?

Entrevistada: Não

Pesquisador: Obrigada!

Psicóloga n.2

Pesquisador: Em sua opinião, qual o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: Eu trabalho com terapia cognitiva, comportamental, e todas as pessoas quando vêm do SUS, o hospital ele sempre encaminha, os pacientes para mim, então eles já vêm com transtornos, seja uma depressão, seja uma síndrome do pânico, fobia, então assim, eu trabalho com essa abordagem, de terapia cognitiva, porque tudo aquilo que você pensa é o que você sente, é o que você faz. Então aquele pensamento muitas vezes ele pode vir de uma crença, e você pode ter vários modos de interpretar uma situação, então o que você pensa é o que você sente, é o que você faz. Então mudando aquilo que você pensa, você vai mudar, vai ter uma outra visão, e vai agir de uma forma diferente, com pensamentos mais positivos, porque muitas vezes o paciente com depressão, o pensamento dele é que está disfuncional, é fora da realidade, é aquele pensamento pessimista, tudo é difícil, não tem mais aquela vontade de viver, é diferente. Então mudando a forma como ele vai pensar, usando estratégias e

pensamentos positivos, ele vai tentar mudar a forma de encarar as coisas da vida, de lidar com as coisas da vida, então é essa minha abordagem hoje, é a cognitiva.

Pesquisador: E o que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Olha esse assunto sobre a Reforma Psiquiátrica eu não tenho como falar sobre isso, eu não estou a par, eu trabalho aqui na ação social, então assim eu não estou ligada muito nisso não.

Pesquisador: Você não viu na formação, não teve nenhuma capacitação depois que discutisse isso?

Entrevistada: Não, não, sobre a Reforma Psiquiátrica não, não tive nada.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo no seu trabalho?

Entrevistada: Olha hoje eu faço aqui na assistência, eu faço terapia individual, atendo pessoas individualmente, eu faço trabalhos na casa lar também, agente trabalha para o Fórum de Justiça, atendimentos, entrevistas e estudos psicossociais. Atendo ao Clube Irmão Caçula, todos atendimentos individuais porque assim, como estou na gestão, eu trabalho mais assim com a parte individual e o CRAS é mais com as famílias .

Pesquisador: Como que é, porque quando eu conversei lá na Secretaria de Saúde, eu perguntei qual é o profissional referência para saúde, e ela me disse que era você, como é essa relação com a saúde, como é que chega os pacientes aqui, como que se dá esse processo?

Entrevistada: Os pacientes eles vão até a saúde, ou nos postos do PSF, ou mesmo lá no hospital, eles fazem a consulta e o médico faz o encaminhamento através da guia de referência e contra referência. Eles fazem o encaminhamento para psicologia e de lá eles trazem esse papel para mim, essa guia e daí eu faço os atendimentos aqui.

Pesquisador: Aqui neste espaço?

Entrevistada: Aqui neste espaço.

Pesquisador: E tem uma determinada quantidade de vagas? Fila de espera?

Entrevistada: Não, quanto a isso daí o controle é deles lá. Vai vindo eu vou agendando, “ah só tem para daqui a 15 dias ou para o mês que vem” aí eu vou agendando. Eu em termos assim, eu faço todos esses trabalhos e eu vou organizando na minha agenda, então assim eu atendo 4

de manhã e 4 a tarde, chega até sexta –feira eu faço 40 atendimentos por semana. Então assim o meu controle é organizar aqui, eles vão chegando e eu mesmo vou organizando na agenda.

Pesquisador: E o que você faz é uma psicoterapia?

Entrevistada: É na verdade aqui dentro, não tem como fazer uma “análise” como num consultório, então aqui é uma terapia de apoio, uma terapia breve, aí eu vejo, às vezes não é caso para psicologia daí eu encaminho para o psiquiatra, aí vai para outro especialista, para o neurologista, tem casos de criança que, às vezes precisa da parte pedagógica, um neurologista, aí eu faço o encaminhamento.

Pesquisador: E você mesmo consegue encaminhar ou eles têm que voltar para a Unidade para o médico de lá encaminhar?

Entrevistada: Então, daí muitas vezes eu mando uma cartinha, e daí volta lá, e lá eles encaminham entendeu.

Pesquisador: Você não tem uma guia de encaminhamento?

Entrevistada: Não, não tenho uma guia não. Eu mando lá para saúde e lá o médico vai ver que tem que encaminhar para o neurologista ou para um psiquiatra, mas eu não tenho isso daqui é só a saúde que tem, eu não tenho.

Pesquisador: E com esses atendimentos que você faz qual que é o seu objetivo? O que você tem em vista com essas ações?

Entrevistada: Olha meu objetivo é melhorar o lado emocional das pessoas, porque hoje em dias as pessoas estão muito conturbadas, o que vem para mim de caso de ansiedade e de síndrome do pânico é muito grande. A cidade é uma cidade pequena, mas tem muito índice de suicídio, aqui é grande o índice de suicídio. Então as pessoas estão muito conturbadas mesmo, sem estrutura, não sabem o que fazer da vida, então meu objetivo é melhorar, dar suporte para que essas pessoas tenham uma vida, que elas consigam lidar melhor com as coisas da vida, de uma forma mais positiva, mais realista.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? A gente sabe que o SUS é organizado em níveis de Atenção, tem a Atenção Básica que tem em todo município, depois tem a Média Complexidade, que daí é o CAPS, por exemplo, em Loanda Você consegue ver algum benefício das pessoas serem atendidas aqui no município mesmo?

Entrevistada: Aqui deveria ter o CAPS, nós não temos, aquele outro que atende, tem só os profissionais de saúde especializados nós não temos. Então aqui o que a gente pode fazer os primeiros atendimentos e se houver necessidade daí encaminhar para fora.

Pesquisador: Mas você vê algum benefício, se tivesse organizado no município esses atendimentos?

Entrevistada: Com certeza, porque daí já teríamos uma outra estrutura, daria para trabalhar em equipe, se nós tivéssemos um psiquiatra por exemplo, daria para trabalhar em conjunto. Então o trabalho seria até, o acesso seria melhor, porque eu tenho pacientes, que eu não tenho contato porque é tudo de fora os outros profissionais, se tivesse equipe aqui, a gente faria um trabalho que poderia dar um melhor resultado, não que não dê resultado, lógico que dá, mas é que o contato seria bem mais próximo.

Pesquisador: E você imagina algum obstáculo ou desvantagem para esse atendimento na Atenção Básica?

Entrevistada: Algum obstáculo? Não, não vejo.

Pesquisador: Para você seria tranquilo? Porque você acha que não acontece hoje?

Entrevistada: Aí tem muita coisa envolvida, não depende da gente como profissional, depende do município, prefeitura, contratação de profissional, é verba, é um monte de coisa que depende, para estruturar isso aí. O CREAS aliás, eu queria falar aquela hora e não falei, porque aqui não tem o CREAS .

Pesquisador: E o que você acha que poderia melhorar no município para atenção à saúde mental?

Entrevistada: Abrir centros. Igual nós temos aquele lá da fazenda, um de drogados e alcoolistas. Aqui não tem, nós não temos o certo assim, tinha que ter alguma coisa assim na cidade, tudo bem estruturado, então se houvesse seria muito bom, mas nós não temos nada, nem condições.

Pesquisador: E dentro da Unidade Básica de Saúde, você visualiza que eles poderiam fazer algum trabalho de atenção à saúde mental? Porque você disse que aqui não tem comunidade terapêutica, não tem clínica, não tem CAPS, mas tem Unidade Básica ? E eles fazem alguma coisa, você acredita que eles poderiam fazer alguma coisa para esse atendimento?

Entrevistada: Tendo profissionais.

Pesquisador: Que profissionais você acha que falta?

Entrevistada: Falta tudo! Terapeuta ocupacional, pedagoga, psiquiatra, neurologista, falta essa parte de especialidades, falta investir em profissionais para montar tudo isso.

Pesquisador: Você tem alguma hipótese para o fato do município ter 3 psicólogas: 1 na educação e 2 na assistência social e não ter psicólogo na saúde?

Entrevistada: É, não há contratação, acho que isso aí tem que ver tudo, é secretaria de saúde, prefeitura, tem que contratar, mas isso aí é uma coisa que eu não posso responder por eles. Já foi feito, nas outras conferências já, em 2 conferências, já foi falado que precisa de um psicólogo na saúde, tanto foi falado também do psiquiatra, especialidades médicas, mas até hoje não foi contratado para trabalhar nessa área.

Pesquisador: E você vê algum problema trabalhando aqui na assistência social recebendo os encaminhamentos da saúde?

Entrevistada: Olha eu sei que quando eu fui contratada, eu fui para trabalhar nessa área da ação social, se não houvesse tratamento da saúde, eu poderia até desenvolver outros trabalhos, porque me sobrecarrega também muito são os atendimentos da saúde, então se tivesse realmente eu poderia desenvolver outros trabalhos, não que eu não faça. Mas assim o meu entender saúde é saúde, e educação é educação, ação social é ação social. Mas como não tem você tem que fazer. É igual o Fórum de Justiça, enquanto eles não abrirem psicólogo no Fórum, tem que fazer todo o trabalho do Fórum.

Pesquisador: Porque é uma demanda bastante alta também?

Entrevistada: Alta, menor infrator, tudo, então tem que ir.

Pesquisador: Você consegue ter o controle desses pacientes que chegam para você, quais usam psicotrópicos? Remédio controlado?

Entrevistada: Eu tenho assim através do meu prontuário, porque daí eu anoto cada pessoa que vem aqui com guia, eu faço a anamnese, a entrevista e eu anoto no prontuário individual de cada um.

Pesquisador: Estar. Mas isso não é um dado sistematizado, é uma coisa particular sua?

Entrevistada: Isso é, daí eu tenho minhas anotações tudo.

Pesquisador: Você já chegou a acompanhar algum egresso do hospital psiquiátrico?

Entrevistada: Se, assim depois que eles saem lá do hospital, o que eu acompanho mais, não nessa área de que usa substâncias psicoativas, mas assim é mais a cirurgia bariátrica, eu faço avaliação e depois que faz a cirurgia, depois que a pessoa se reestabelece daí volta.

Pesquisador: Você que é referência para isso também?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: Você consegue ou você já parou para quantificar quanto da sua carga horária vai para saúde, quanto vai para o Fórum, quanto fica na assistência social?

Entrevistada: Eu não tenho assim certinho, porque eu faço um trabalho, você vê, eu faço trabalho domiciliar também, tem pessoas acamadas que não podem vir até aqui, então a gente tem que ir fazer esse trabalho, ir até a casa.

Pesquisador: Mais pela saúde?

Entrevistada: Seria também, porque essas pessoas acamadas, elas fazem tratamento pela saúde, e eu trabalho o lado emocional dessas pessoas. Então você vê, o meu trabalho ele está ligado com a saúde, só que assim, eu não faço esse trabalho lá dentro da saúde, eu faço aqui na ação social, pelo fato de não ter um profissional lá dentro.

Pesquisador: Você quer colocar mais alguma coisa, mais alguma percepção sua?

Entrevistada: A única coisa assim que eu gostaria de falar é que se tivesse mais profissionais seria bem melhor, o trabalho seria mais dividido, seria uma outra estrutura.

Pesquisador: Você consegue visualizar, vamos supor que você fosse trabalhar na saúde, não estivesse na área de assistência, você consegue visualizar que tipo de ações do psicólogo lá?

Entrevistada: Daí faria trabalho não só com o paciente, o atendimento, mas também com a família, uma abordagem com a família.

Pesquisador: Isso você consegue fazer aqui?

Entrevistada: Não, aí o que eu faço, eu encaminho para o CRAS, eu atendo o paciente, daí eu vejo como a abordagem vai ter que ser com o paciente e o CRAS, a psicóloga do CRAS vai fazer o trabalho com a família, nós vamos conversar para ela trabalhar a família, dessa pessoa, desse paciente.

Pesquisador: Mesmo quando a demanda é, por exemplo, o transtorno mental, sua referência é o CRAS?

Entrevistada: Isso, aí, por exemplo, eu atendo a pessoa, que tem o transtorno tudo, e a enfermeira vai lá na casa, vai trabalhar a família, ou mesmo lá, vai incluir, se essa pessoa da família precisa ser inclusa nos programas sociais do CRAS, aí ela vai incluir se tiver mais pessoas. Então eu e o CRAS a gente faz parceria, eu e a psicóloga do CRAS.

Pesquisador: E tem alguma parceria com a psicóloga da educação também, ou daí já é mais separado?

Entrevistada: Da educação é o seguinte, a questão é também tem isso, a psicóloga da educação ela faz um trabalho mais pedagógico estar, então assim tem ela e a pedagoga, então elas fazem aquele trabalho de avaliação psicoeducacional. Aí a hora que ela vê, que tem problema emocional que possa estar interferindo, aí eu também faço isso. Então engloba tudo, então a psicóloga está atendendo a cidade inteira praticamente, então é tudo. Então eles também encaminham aqui para mim. Então é saúde, é educação, é que mais, assistência.

Pesquisador: Então eu posso considerar que você é a psicóloga clínica do município, aonde chega toda a demanda de atendimento clínico?

Entrevistada: Sim, sou eu. A referência do município é a psicóloga aqui, de saúde, porque da educação fica só lá na educação. Então é eu, tem a do CRAS, mas a do CRAS é trabalho em grupos, então a referência de saúde mental de psicóloga hoje para área da saúde.

Pesquisador: Nossa que interessante isso?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: Mais alguma questão?

Entrevistada: Não sei se para você, você quer saber mais em outros lugares que eu trabalho, que eu atendo.

Pesquisador: Como assim? Dentro do município?

Entrevistada: Dentro do município.

Pesquisador: Tem outros lugares que você atende?

Entrevistada: Tem, deixa eu pegar o relatório ... não estou achando.....

Pesquisador: Não tem problema, muito obrigada!

ACS n.1

Pesquisador: Qual, na sua opinião, o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental? Você sabe o que é transtorno mental?

Entrevistada: Como?

Pesquisador: O “louco”?

Entrevistada: Como?

Pesquisador: Na sua opinião, qual é o melhor tratamento para essas pessoas?

Entrevistada: Eu acho que é o acompanhamento médico, psicólogo, eu acho que é a presença da família, e eu acho que mais alguma coisa...

Pesquisador: Seria isso?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica? Já ouviu falar nessa palavra?

Entrevistada: Reforma psiquiátrica? Não!

Pesquisador: Não? Não sabe? Nunca ouviu esse termo?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: E o que você sabe sobre o que é previsto para o tratamento da pessoa com transtorno mental? Você sabe alguma coisa?

Entrevistada: Desculpa, eu não entendi.

Pesquisador: O que é previsto pelo Ministério da Saúde, para o tratamento da pessoa com transtorno mental?

Entrevistada: Eu sei bem pouco.

Pesquisador: É? E o que você sabe? Esse pouco, o que é?

Entrevistada: Eu sei que, ai é o que todo mundo sabe, que todo mundo tem direitos e deveres e tem consultas pelo SUS, e medicação, essas coisas.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você tem vem desenvolvendo aqui na Unidade Básica de Saúde?

Entrevistada: Vou ser bem sincera, até agora nenhuma.

Pesquisador: Nenhuma?

Entrevistada: Nenhuma.

Pesquisador: Você não faz nenhuma ação de assistência a transtorno mental?

Entrevistada: Nesses três meses não.

Pesquisador: Você identifica algum benefício para o atendimento da pessoa com transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Algum benefício? Não.

Pesquisador: Não? E você identifica alguma desvantagem, alguma coisa de difícil para o atendimento da pessoa com transtorno mental?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: O que você vê como dificuldade?

Entrevistada: Discriminação.

Pesquisador: Discriminação? Você acha que tem discriminação na Atenção Básica? Por quê?

Entrevistada: Porque pelo pouco que eu estou aqui, o pouco que eu trabalhei na saúde, dá para perceber que, “ah (...) louco, vai sair quebrando tudo, isso e aquilo”. Então as pessoas tem muito preconceito ainda quanto a isso. Um pouco que eu vi foi isso, um pouco de preconceito, um pouco de medo.

Pesquisador: E o que na sua opinião poderia melhorar aqui no município para atenção a saúde mental na Atenção Básica? Aqui no postinho?

Entrevistada: Em primeiro lugar médico qualificado, porque aqui a gente tem mais os básicos.

Pesquisador: Clínico geral?

Entrevistada: E pediatra, só. Talvez de repente um hospital para internamento aqui na cidade para não estar se deslocando lá para Londrina, para Loanda, se for necessário o internamento, que eu acho assim, para começar isso.

Pesquisador: Você nesses três meses que você está aqui já acompanhou algum paciente com transtorno mental?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Já foi na casa de algum com transtorno mental?

Entrevistada: Fui na casa de um mas na hora que eu fui fazer a visita ele estava no colégio e tal, não estava em casa, tinha saído.

Pesquisador: E como que é o atendimento? Como que funciona o atendimento à pessoa, se uma pessoa surta aqui no município o que é que acontece?

Entrevistada: Ai, eu não sei te dizer.

Pesquisador: Você enquanto ACS se você for numa casa, numa visita e a pessoa de repente surtar, o que você vai fazer?

Entrevistada: Acho que a primeira coisa a ser feita é procurar, ligar no hospital, pedir ambulância, alguma coisa, procurar um médico, para medicar a pessoa, alguma coisa, porque eu não sei o que fazer.

Pesquisador: Você nunca teve uma capacitação para isso?

Entrevistada: Não, não.

Pesquisador: E a Unidade ela tem grupos, tem algum trabalho com as famílias, como que é?

Entrevistada: Olha se tem eu não fui informada, não posso te dizer que não tem porque faz pouco tempo mas se tem não me disseram, não estou sabendo.

Pesquisador: Mais alguma coisa que você queira dizer, que você queira acrescentar?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Obrigada!

Psicólogo n.3

Pesquisador: Na sua opinião, qual o melhor tratamento para pessoas com transtorno mental?

Entrevistado: O melhor tratamento? Olha, seria um trabalho em conjunto mesmo, um acompanhamento psiquiátrico e psicoterapia.

Pesquisador: Isso seria o ideal?

Entrevistado: Seria o ideal, se acontecesse.

Pesquisador: E o que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistado: Ela vem acontecendo aí, já desde 1995, se eu não me engano, onde havia já uma descentralização dos hospitais psiquiátricos para hospital dia, estar, é assim, porque de certa forma originou, mas acredito que existem muitas falhas aí nessa Reforma, porque não se deu o subsídio necessário, apenas se colocou e pouco se trabalhou em cima disso para dar uma sustentação para gente, para gente poder trabalhar.

Pesquisador: E no seu dia a dia que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo?

Entrevistado: Olha, na verdade pouco, porque sendo coordenador de CRAS e tendo na verdade a maior parte do tempo aqui, então muito pouco realmente direcionado para saúde mental.

Pesquisador: Mas chega ter alguma coisa que você faça?

Entrevistado: Só os atendimentos clínicos.

Pesquisador: E como que é, como é esse fluxo? Como que chegam os atendimentos para você?

Entrevistado: Alguns procuram, vem diretamente a demanda espontânea e outros vem encaminhados pela saúde, alguns médicos encaminham, a própria enfermeira ou agente de saúde estar fazendo o encaminhamento, mas é só o que eu estou podendo fazer por conta da disponibilidade de tempo mesmo.

Pesquisador: E o protocolo então do município é esse? Se o médico detectar a necessidade de um encaminhamento psicológico vai ser feito para você?

Entrevistado: Vai ser feito para cá, só que assim, eu não tenho como dispor as 40 horas só para esses atendimentos, então eu disponibilizo 1 hora e meia ou 2 horas no dia para fazer pelo menos 3 atendimentos por dia. E mesmo assim eu estou com a minha agenda cheia, tem alguns que já estão encaminhados aqui aguardando, e os que eu vejo que são mais urgentes eu estou encaminhando para Loanda.

Pesquisador: Para quem você encaminha?

Entrevistado: Eu estou encaminhando para o psicólogo do CRE de Loanda, mas mesmo lá agora está sobrecarregado também, então mesmo lá estar tendo mais espera de atendimento.

Pesquisador: Porque esse psicólogo ele seria referência de psicologia para região? Como é que é?

Entrevistado: Para região.

Pesquisador: E você disse então que para saúde mental você acaba fazendo os atendimentos clínicos, e o que você tem como objetivo nessa ação?

Entrevistado: Olha atender realmente a demanda do paciente, se ele chega com algum tipo de transtorno, fobia ou sintomas depressivos a gente tem que trabalhar em cima dessa demanda que ele traz.

Pesquisador: Qual é o tipo de demanda que você mais está recebendo?

Entrevistado: Depressão.

Pesquisador: Depressão? E tem alguma coisa de usuários de substâncias psicoativas?

Entrevistado: Olha nesse ano de 2012, um só, que ele veio de outro município, adolescente, e lá ele já tinha esse problema, mas não recebeu acompanhamento lá e a mãe veio procurar aqui.

Pesquisador: E você está fazendo o atendimento dele?

Entrevistado: Estou fazendo o atendimento dele e da mãe. Estou fazendo o acompanhamento com os dois, não deveria também estar, mas por falta de profissional, de estar só eu aqui no município para não mandar um lá para Loanda sempre então eu atendo mais, dou mais prioridade para o adolescente, para mãe eu chamo uma vez por mês e ela a cada 15 dias.

Pesquisador: E vocês chegam a ter algum acompanhamento com o paciente egresso no hospital psiquiátrico? Já veio alguma demanda?

Entrevistado: Não, do hospital psiquiátrico não. Aconteceu lá no passado da gente fazer o encaminhamento, da gente junto com as enfermeiras da saúde, mas de lá para cá não.

Pesquisador: E você tem conhecimento no município do que acontece com as pessoas que voltam para o hospital psiquiátrico?

Entrevistado: Olha, pelo que as enfermeiras me passam, voltam, tem agendamentos com o psiquiatra, agora o nome eu não vou saber, mas a cada 40, 45 dias elas acabam retornando para uma reconsulta.

Pesquisador: Então o atendimento é só com o psiquiatra?

Entrevistado: É só com o psiquiatra.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistado: Vantagem aqui? Nenhuma. Primeiro, por ter um profissional só não tem como fazer um atendimento de qualidade, porque eu acredito que alguns pacientes necessitam de mais de um atendimento por semana, mas infelizmente eu só posso disponibilizar um de 40 em 45 minutos, fora os agendamentos com psiquiatra que quando a gente precisa fazer é demorado, para marcar uma reconsulta também demora, ele pede para voltar em 40 dias, mas acaba não conseguindo voltar em 40 dias e volta em 60, 90 dias depois, então vantagem mesmo eu não vejo, não consigo ver vantagem.

Pesquisador: E se a Atenção Básica funcionasse, você consegue imaginar como seria, traria benefícios para pessoas que sofrem e moram aqui no município.

Entrevistado: Traria porque a gente entraria inclusive com alguns projetos na área de prevenção, porque eu acho que muitos pacientes que estão fazendo tratamento, seja tomando antidepressivo ou qualquer outro tipo de medicamento não tem necessidade, quando eu entrei, comecei a fazer os atendimentos eu tinha uma demanda grande de gente que vinha com a receita médica com diazepam e fluoxetina. Logo que eu entrei eu fiz uma triagem para ver quem realmente seria prioridade, desses entre 40 e 50% não tinha necessidade nem de estar vindo passar no tratamento e nem de estar tomando nenhum tipo de medicamento, só que as próprias pessoas não tendo essa informação acabam acatando lá o que o médico coloca e vai tomando sem necessidade, então se tivesse disponibilidade de profissional, recursos humanos. Para isso, esse trabalho de prevenção acho que seria o que viria para melhorar inclusive esse atendimento, muita coisa poderia ser evitada, sofrimento psíquico e tudo.

Pesquisador: E o que você entende que poderia melhorar aqui no município a atenção à saúde mental na Atenção Básica? Se você fosse o secretário e tivesse o poder de decisão, o que você imagina?

Entrevistado: Olha eu tentaria dispor de mais um psiquiatra na região porque eu acho que um só não tem como atender toda a demanda e pelo menos mais dois profissionais de psicologia para atender a saúde e educação separados. Porque os dois tem demandas específicas e demandas grandes, então mesmo se colocar um só para 30 horas que for não é o suficiente para atender toda a demanda, inclusive para o desenvolvimento dos projetos, então acho que pelo menos dois, um em cada área, educação e saúde.

Pesquisador: Como você visualiza o psicólogo na saúde? Você tinha comentado sobre os projetos preventivos, o que mais que você imagina que o psicólogo poderia fazer?

Entrevistado: Poderia estar trabalhando em conjunto com os médicos, inclusive fazendo esse acompanhamento com os médicos daqui, muitos passam o fluoxetina e o diazepam, enfim, para qualquer caso, então ele estar trabalhando mais próximos dos médicos, tendo a disponibilidade de tempo para estar mais próximos dos médicos, eu acho que essa demanda diminuiria bastante. E só realmente os casos realmente necessários.

Pesquisador: E para o usuário você acha que, que tipo de trabalho deveria ser feito, com o usuário?

Entrevistado: Trabalho em grupo, grupo de apoio. É claro que para quem realmente necessitar o atendimento de psicoterapia.

Pesquisador: E você consegue você ter uma hipótese, porque que não tem psicólogo na saúde?

Entrevistado: Olha, pelo que passam para mim, falta de recurso, aí a gente cai num problema administrativo, que a gente tem muitos cargos comissionados e de confiança, que acabam pegando grande parte desse recurso que poderia ser investido aí.

Pesquisador: Então na gestão mesmo?

Entrevistado: Problema de gestão.

Pesquisador: Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar, gostaria de acrescentar, com relação ao transtorno mental no município, que você tem percebido no trabalho que você desenvolve?

Entrevistado: Olha o que eu desenvolvo não. Mas de 2011 para cá, a demanda cresceu muito, eu não entendo porque isso vem acontecendo e inclusive vem já desde os pequenininhos, da educação infantil a gente já recebe muitos encaminhamentos, dos poucos que eu atendi, os problemas são de ordem familiar então poderia ser feito também algum tipo de trabalho focado no núcleo familiar.

Pesquisador: Você chega a ter o controle dos usuários de psicotrópicos que chegam para você ou no município de forma geral?

Entrevistado: Esse controle quem tem realmente é só a parte da saúde.

Pesquisador: Da saúde?

Entrevistado: É.

Pesquisador: Mas dos que chegam para você a maioria está tomando remédio ou não?

Entrevistado: 70% está tomando medicamento, inclusive já vem com a receita do que está tomando há algum tempo.

Pesquisador: E eles relatam que vão ao psiquiatra para discutir a renovação desse medicamento?

Entrevistado: Não, alguns vão, outros não vão por conta desses agendamentos demorados. Mas têm alguns inclusive que quando caba o remédio, tenta pegar de novo no posto, eu não sei como que é feito lá essa renovação da receita, acaba pegando e vai tomando por conta própria, esse é o risco que eu tenho orientado os pacientes também “não tome por conta própria, ou pára de uma vez, não é assim que funciona”, tem que ter esse acompanhamento, mesmo que é demorado o tempo, insiste para ver se consegue manter pelo menos uma regularidade de atendimento, mas alguns vão, outros não vão.

Pesquisador: E essa demanda de transtorno mental está chegando à assistência social também?

Entrevistado: Alguns estão. Porque o tempo para a saúde realmente, como está curto então de certa forma acaba chegando para assistência também, aí entra em ação a assistente social, o psicólogo, muitas vezes envolve um pouco de menores, que também, então às vezes o conselho tutelar é acionado para ir junto também. Mas tem chegado sim.

Pesquisador: Ok. Mais alguma questão?

Entrevistado: Não.

Pesquisador: Obrigada!

Enfermeira n.3

Pesquisador: Em sua opinião, qual o melhor tratamento para pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: O melhor tratamento? Olha, em primeiro lugar a família, porque não é só tratar a pessoa que tem o transtorno, tem que tratar a família, porque nem sempre eles têm aquela afinidade, eles não sabem como lidar com a pessoa, então eu acho que é o tratamento

conjunto entre a família e a pessoa que tem o transtorno. Não é com base em remédio eu acho, que nem sempre o remédio é o essencial, tem vez que o carinho, a atenção da família, que nem sempre eles têm para dar para a pessoa, acontece. Eu acho que aquele tratamento conjunto com palestra, com acolhimento. Porque aqui no município mesmo a gente faz mensalmente uma reunião com as pessoas que tem transtorno mental e com a família, porque a gente vê, que é a maior falha mesmo, porque a gente quando é um paciente psiquiátrico é diferente, porque a nossa falha é que a gente não tem vaga quando eles estão surtados, agora quando é uma pessoa que tem só aquele transtorno, se for mais leve, alguma coisa assim, é a falta de apoio da família mesmo que a gente sente que está faltando.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Como assim?

Pesquisador: Você já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica? O que você sabe sobre a política para tratar das pessoas com transtorno mental hoje?

Entrevistada: Hoje o que a gente viu no curso que eu fiz pela regional é que, que hoje a gente tem que estar, principalmente pelo SUS, a gente tem que estar inserido com a comunidade, independente do transtorno que a pessoa tem. Então a política que eles estão buscando agora principalmente nesse curso que eu faço em Loanda uma vez por mês, que é o “Gerando Saúde Mental”, é a gente tentar criar um vínculo, é o Unidade de saúde com o hospital, com o psiquiatra, com todos na Unidade para gente estar tendo uma, como é que eu posso dizer, uma referência, para gente saber onde mandar quando precisar, o que está faltando para aquele paciente, eu como sou a geradora de saúde mental do município, eu tenho que estar a par de todos os pacientes, independente se faz parte da minha área de atuação ou não, porque eu sou do PSF, então o município tem três PSF’s, mas eu tenho que estar a par de todos os três PSF’s, porque eu faço parte do Gerando Saúde Mental.

Pesquisador: Assim, como se fosse a coordenadora de saúde mental do município?

Entrevistada: Isso! Se chega um paciente do hospital psiquiátrico, eu que tenho que fazer a visita, não é o enfermeiro do setor, independente de se ele é meu ou não, eu que faço a visita, eu que estou acompanhando, agora assim, se ele por exemplo surta, tem que mandar para um psiquiatra para uma consulta ou de rotina ou para internamento, daí não, daí é cada setor, mas quando chega de uma internação, ou de uma consulta, é para mim que eles vêm, porque eu que vou fazer o acompanhamento deles.

Pesquisador: A próxima pergunta é que ações voltadas para a saúde mental você vem desenvolvendo na Atenção Básica, então vocês tem essa reunião mensal, como é que funciona? Fala um pouquinho melhor para mim.

Entrevistada: A gente pega pelos pacientes que a gente tem, o controle que cada PSF tem dos seus pacientes, a gente tem um livro com os nomes dos pacientes, quantidade, endereço, tudo, aí a gente faz o convite, convida o paciente e a família.

Pesquisador: É junto?

Entrevistada: É, daí a gente faz geralmente na Câmara Municipal, tem vez que agente faz com o município inteiro, outras vezes a gente faz por setor, porque tem vez que vem muita gente. Cada vez é uma profissional, uma vez é a clínica geral, mesmo ela não sendo médica especialista na área de saúde mental, ela sempre está falando. Outra vez é a outra clínica geral. A gente fez 2 com o psicólogo do CRAS, mas é assim, a gente faz!

Pesquisador: E vocês falam sobre o quê nessas reuniões?

Entrevistada: A gente fala sobre o uso da medicação a importância da família estar inserida junto com o acompanhamento do paciente porque ele, o paciente precisa e a família não está a par, tem vez que o paciente precisa ir consultar e a família não sabe nem onde o paciente está, o paciente está escondido na cidade, outra vez eles não dão apoio, outras vezes eles nem ligam mesmo, se está surtado ou não, se está com algum problema, eles não estão nem aí, então é isso que a gente sempre aborda com eles.

Pesquisador: O que mais vocês têm feito com o transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Olha, aqui no município a gente sempre dá preferência aos pacientes que chegam com consulta na unidade, quem tem transtorno mental a gente sempre passa na frente porque a gente sabe como eles são, ao mesmo tempo que eles estão de um jeito eles já podem mudar. Então a gente dá preferência de atendimento, não só aqui, como no dentista, que cada PSF tem um dentista, então quando tem algum paciente com transtorno mental que precisa de dentista, também eles têm preferência, não precisa nem agendar a gente só liga e fala “olha estou descendo com um paciente assim...” eles já atendem também.

Pesquisador: E vocês chegam a ter controle dos pacientes que usam a medicação controlada?

Entrevistada: Nós temos.

Pesquisador: Vocês Sabem? E é bastante, como que é esse número?

Entrevistada: Muito, muito, muito. O município tem muito paciente, se você ver da até medo, para te fala bem a verdade.

Pesquisador: É?

Entrevistada: Assim, o meu PSF é o maior da cidade, eu tenho uns 200 pacientes, assim, por base, se eu olhar no caderno eu tenho anotado, mas por base uns 200 pacientes que fazem uso de medicamento controlado.

Pesquisador: 200?

Entrevistada: Daí, tem o da outra enfermeira que deve ter mais uns 150 e o rural que é o de uma outra enfermeira que é uns 150 também.

Pesquisador: Nossa e essa reunião mensal é para todos esses que tomam medicamento?

Entrevistada: Todos, para a gente não deixar chegar a ter um transtorno mais grave mais para frente.

Pesquisador: E eles vêm?

Entrevistada: Vêm, tem vez que vem, a gente não desiste, tem vez que vem um, na outra vez ele não vem, e vem outro, mas a gente sempre está lá, tem vez que não vem o paciente e vem a família, mas eles sempre estão participando sim.

Pesquisador: E daí, os ACS's quando eles vão fazer a visita deles, eles falam sobre isso também? Eles já sabem: não esse paciente aqui toma remédio, tem que perguntar para o médico, como é isso?

Entrevistada: Então, as visitas das ACS's são elas que controlam a medicação, elas fazem visitas nessas casas, daí se o paciente estiver como remédio acabando, elas trazem até mim, e eu faço a receita, aqui no município funciona assim, não é o médico que faz a receita, é o enfermeiro, o enfermeiro faz a receita, depois a gente põe no prontuário e o médico só assina. Entendeu? Daí eles trazem até mim e eu faço as receitas, todas as enfermeiras fazem desse mesmo jeito, porque a demanda é muito grande de paciente, se a gente for ter que consultar todo mundo, não atende a demanda porque é muita gente mesmo.

Pesquisador: Mesmo no psicotrópico então você que transcreve a receita?

Entrevistada: Tudo, tudo, tudo.... Você pega primeiro a receita que o psiquiatra deu, daí agente cadastra no livro que a gente tem, depois eu vou pegar para você ver o livro, a gente

cadastra, daí a gente marca, pegou que nem, hoje é dia 07/05: dia 07/05, 3 caixas de rivotril, a gente já sabe que toma de 12 em 12 horas. A gente anota tudo certinho quando vai pegar a próxima receita. E a ACS que ela faz o controle, se ela chegar na casa, como já aconteceu muitos casos aqui no município, os pacientes se dopam no final de semana, tomam 150 hidantal de uma vez só e pára no hospital para fazer todo aquele procedimento. Daí vem até mim e fala “Olha aconteceu isso, isso.” Eu não faço receita, vai para o psiquiatra. Porque ele avalia o porquê que ele tomou, se vai continuar com aquilo ou se vai mudar. Ou se precisa de algum internamento, alguma outra coisa. Eu só faço mesmo para aquele paciente que toma certinho, agora para aquele que toma irregular a gente não faz não. Porque também não tem nem como!

Pesquisador: E esses que tomam certinho, quando que ele vai voltar no psiquiatra?

Entrevistada: Olha, pela demanda que a gente tem no município, a gente consegue o CRE de Loanda, acho que é 2 vagas por quarta-feira. Então mensal vamos dizer: 8 vagas. Você viu o total de que eu te falei de pacientes que tomam medicamento? Então assim, de 6 meses, 1 ano, a gente procura estar mandando aqueles com problema mais sério, porque tem outros que a gente só mantém aqui no município. Deu 6 meses que está tomando remédio, tem que consultar de novo aqui no município o médico vê, continua ou não, ou se espera vaga no psiquiatra, aí demora. Porque tem aqueles pacientes mais graves que acaba surtando, que toma o que eu falei, remédio a mais que deu probleminha. São eles que a gente dá preferência.

Pesquisador: E quando acontece um surto, qual que é o procedimento do município?

Entrevistada: Aqui, cidade pequena, você sabe? No meu caso o meu setor obtém a área maior, que temos piores pacientes que surtam mesmo. Parece que tem aquela mudança de lua, surta 3 ou 4 de uma vez, e para conseguir vaga de internamento. Se conseguir vaga de consulta já é difícil, imagina para internamento? Quando é feminino não, a gente consegue rápido, mas quando é masculino, a gente tem que ficar ligando, implorando pelo amor de Deus. É tudo isso, então o que a gente faz. Quando a gente liga lá, o paciente surtou, a gente pede para o médico atender, ele já encaminha. A gente não tem vaga, a gente controla o paciente ou no domicílio ou no hospital. A gente com medicação injetável, o médico daqui vai, até sair a vaga, dá 2 ou 3 horas que a gente medicou, sai a vaga. O paciente em casa deitado, dormindo porque a medicação é muito forte, a gente tem que ir com a polícia, a gente tem que ir em 2

ou 3 enfermeiros, com homem forte, porque se o paciente fica agressivo, a gente pode se entender. Mas, normalmente a gente não consegue vaga, toda vez tem que ter a polícia no meio e dá o maior trabalho. Você imagina, esse monte de pacientes, eu tenho 4 pacientes que são os piores, que assim, ficam 1 mês aqui, 1 mês internado, 1 mês aqui, 1 mês internado, daí tem o setor da outra enfermeira também que tem um que fica 1 mês lá e 15 dias aqui, 1 mês lá e 15 dias aqui, então é bem complicado. O município tem 2 pacientes internados lá, até que aquele não receber alta, não pode mandar outro, porque Loanda atende a região toda, então não tem jeito, e para gente mandar para atendimento particular não tem jeito.

Pesquisador: Então para esses pacientes que você disse para mim já é rotina, fica 1 mês lá e 1 mês aqui, o que que a Unidade Básica de saúde faz com ele nesse 1 mês que ele está aqui?

Entrevistada: A gente tem que encaminhar para o CAPS, só que normalmente esses que ficam internados lá eles não vão para o CAPS, porque eles são pacientes muito agressivos e a família não leva, então a gente, para dizer a verdade, esses que são os piores, que mais necessitavam de atendimento, a gente não consegue ter um acompanhamento certinho, porque no mesmo momento que eles estão na casa deles, eles tão já em outro canto, a gente não consegue ter o controle.

Pesquisador: Fica “solto” então?

Entrevistada: Fica solto mesmo. Tem um caso que a menina trabalha aqui no posto, a irmã dele, ela até, ela dopa ele na realidade o tempo que ele está aqui, com neozine dá no suco, porque se ela dá o neozine para ele tomar, ele não toma, então ela ponha no suco, então se ela faz uma jarra de suco ela pinga lá umas 30 gotas, se ele toma a jarra toda ele dorme o dia inteiro. É complicado.

Pesquisador: E qual que é o objetivo? Você relatou algumas ações que você vem desenvolvendo Qual que é objetivo de vocês com essas ações?

Entrevistada: Na realidade de o que a gente queria era reduzir, principalmente o número de pacientes tomando medicação. Porque assim, a gente sabe que tem paciente que não tem como ficar sem a medicação, agora a gente sabe que tem paciente que toma aquele remédio, a gente não sabe o porquê na realidade, uma vez é “frescurinha”, outra vez é outra coisa, mas a gente sabe que pode colocar que 50% são pacientes que não necessitavam de remédios, principalmente os diazepam, fluoxetina, a gente fala que se colocar na caixa d’água aqui do

município é mais fácil que a gente ficar fazendo receita. Porque assim, se você pegar meu livro aqui todo mundo que está cadastrado toma fluoxetina ou diazepam. É complicado. O que a gente queria mesmo era reduzir, porque tem pacientes que é o início de uma depressão, de alguma coisa, que começa toma medicação, daí a gente coloca essas ações que a gente faz, a gente quer o quê, que eles vejam que a medicação, que não é só a medicação que faz efeito, porque se eles cuidassem, fizessem bordado, algum outro tipo de coisa, porque a gente incentiva eles a fazerem outro tipo de trabalho, talvez eles não precisassem da medicação, talvez fica só em casa pensando em “abobrinha” e se tivesse algum trabalho, uma outra distração, não precisava de remédio.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica pro atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? Qual que é a vantagem de ser atendido aqui no município mesmo do que ir para outros hospitais, para o CAPS?

Entrevistada: Olha, na realidade, se a gente tiver, a gente tem um psicólogo aqui, ele quebra um galhão para gente, o problema dele é o que, que ele atende educação, saúde, atende todo mundo, então é difícil para gente conseguir vaga. Mas dos pacientes que a gente mais necessita que ele atende, a gente vê que ocorre, tem o controle, o paciente acaba tendo o controle porque ele às vezes o que ele quer é só a conversa daquele psicólogo, porque ele entende tudo, então eles param de tomar medicação, agora se a gente manda para Loanda, que a gente tem psicólogo lá, essa quarta ele vai, daí ele marca para quarta que vem, aí na quarta que vem “aí, não vou poder ir não”, aí não vai, daí o tratamento é quebrado, vai uma quarta, na outra não vai. Então o tratamento não é contínuo, ele é quebrado, agora aqui no município não, se marcar aqui é difícil o paciente falar “eu não vou”, e se ele não vai a gente sabe o porquê ele não foi. E outra, atendido aqui com o psicólogo, ele vai com a referência, o que ele achou no paciente ele manda essa referência para gente, a gente tem o controle, agora muitas vezes o paciente vai em Paranavaí, principalmente, eles não mandam para gente o que está acontecendo, manda a receita, mudou isso mudou aquilo, mas e porquê que mudou? Se para mais ou para menos, ele não prescreve para gente. Em Loanda não, o psiquiatra prescreve o porquê ele aumentou, o porquê ele diminuiu, se ele quer que vai no CAPS 1, 2 ou 3 vezes por mês, ele prescreve, agora em Paranavaí não. E quando é aqui no município não, a gente conhece todo mundo, todos os profissionais, então eles sabem “esse paciente aqui é da área da enfermeira tal e ele precisa disso, disso e daquilo”, a gente está controlando melhor.

Pesquisador: E que obstáculos ou desvantagens você identifica para o atendimento de transtorno mental aqui na Atenção Básica?

Entrevistada: A desvantagem é o que, porque nem sempre a gente tem um profissional preparado, estar! Porque hoje eu estou legal e eu atendo um paciente legal, amanhã eu estou com algum problema, e eu esqueci de deixar o problema em casa e vim trabalhar com o problema e acabo descontando no paciente que não tem nada a ver, entendeu? Aqui a gente tem muito isso dos profissionais, não estou falando de um ou outro não, tem profissional que hoje ele está bom e amanhã não está, então essa é uma desvantagem, e outra coisa, a demanda é muito grande, talvez, que nem eu estou falando, o psicólogo não consegue atender todo mundo, e a gente tem hora que o enfermeiro que tem um pouquinho a mais de tempo, não está talvez qualificado para estar atendendo a necessidade do momento do paciente, e o médico não tem tempo.

Pesquisador: E o que você acha que poderia melhorar aqui no município a atenção a saúde mental na Atenção Básica? Como é que você visualiza poder melhorar esse atendimento?

Entrevistada: Olha, em primeiro lugar, aqui no município acho que os médicos precisariam de uma educação continuada, eles tinham que fazer algum curso na área de saúde mental, porque a gente sempre fala que o problema maior é do médico, porque o paciente vem consultar, o médico tem hora que nem olha para o paciente e está lá, prescrevendo, e já prescreve lá um diazepam, um fluoxetina, mas talvez não é aquilo que o paciente precisa, mas porque ele não tem o tempo de ficar ouvindo, muitas vezes porque ele atende no momento que ele está no posto de saúde, ele está no hospital. E então talvez pela demanda ser muito grande, ele não tem um tempo. Mas acho que se ele fizesse um curso e visse na realidade o que é uma saúde mental, a hora que ele visse o paciente que chegou com algum problema que vê que pode ser uma depressão, ou início de uma depressão, alguma coisa, ele perdesse um pouquinho mais de tempo com o paciente, vamos se dizer assim, eu acho que mudaria muito.

Pesquisador: Mais alguma coisa que você acha que seria importante mudar?

Entrevistada: É, e o número de vagas também, mas isso não depende do município. Acho que deveria ter mais vaga de psiquiatra, mais vaga para internamento, para a hora que a gente precise, mas isso já é mais a nível regional.

Pesquisador: Você falou da capacitação dos médicos, e os demais profissionais?

Entrevistada: Também, porque eu falo dos médicos, porque, quando tem um curso da regional, o enfermeiro vai, o ACS vai, o médico nunca vai.

Pesquisador: Porque nunca tem vaga ou porque ele nunca tem tempo?

Entrevistada: Porque além de atender o nosso município, ele atende mais 3, então ele nunca tem tempo de ir. Daí, por exemplo, aquele curso que eu faço em Loanda era para ter um enfermeiro, um médico e um psicólogo, o psicólogo também participa, não sei se ele falou para você. E o médico nunca vai, nunca foi um médico comigo lá. Aí ele fala assim “não deram protocolo?” Não tem como a gente ficar explicando protocolo por protocolo para o médico, ele também tem que estar inserido junto com a gente, porque a Atenção Básica, a atenção primária não é só enfermeira e a ACS, o médico é a grande cabeça de tudo, quem que vai prescrever medicação? Quem que vai fazer o acompanhamento? Quem vai encaminhar? É o médico, e muitas vezes eles não fazem o curso porque eles não têm tempo, porque eles atendem 8 horas no município, só que nessas 8 horas ele dá tempo de corre e já corre no outro município naquelas mesmas 8 horas que está trabalhando aqui, já está atendendo algum paciente lá, ou em clínica particular ou em outro tipo de estabelecimento. É onde ocorre a grande falha.

Pesquisador: Mais alguma questão que você gostaria de colocar, de pontuar?

Entrevistada: Acho que não, é isso mesmo.

Pesquisador: Muito obrigada!

ACS n. 2

Pesquisador: Em sua opinião, qual o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: Eu acho assim desde o relacionamento com a família, também é muito necessário além do psicólogo fazendo acompanhamento, porque eu acho que se não tiver uma família com estrutura, a pessoa não melhora não. Eu conheço muita gente que não tem a estrutura de família, não tem psicólogo, mas não tem estrutura familiar que dá apoio, ajuda ela, ela não consegue sair não. Acho que é preciso psicólogo, psiquiatra, mas necessita acompanhamento da família também. Que muitas vezes se não tiver a família que aceite ajudar não tem condição não.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica? Já ouviu essa palavra?

Entrevistada: É um modo novo que eles estão utilizando agora.

Pesquisador: Você já ouviu falar sobre isso?

Entrevistada: Vai haver uma mudança dos medicamentos, o modo de lidar com eles é diferente, não é mais aquela mesma maneira agora é mais com a família mais um modo diferente. Acho que agora ficou melhor não é aquele negócio de ficar só preso, que antes era ficar preso para o tratamento, não tinha vínculo familiar, eu acho que não precisa disso também. Às vezes você olha a pessoa lá 3 ou 4 meses tratando, só na base do medicamento, e não tinha vínculo com a família, não tinha nada, acabava que a pessoa ficava até pior.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você enquanto ACS vem desenvolvendo aqui na Atenção Básica?

Entrevistada: A gente faz acompanhamento, conversa com as pessoas, muitas vezes você no conversar você percebe que tem algo diferente, tem hora assim que tem paciente, eu tive paciente mesmo no meu setor que, no conversar com ele eu percebi que tinha alguma coisa errada. Aí eu peguei e conversei com a pessoa, a pessoa se abriu e falou a realidade o que ela estava sentindo, mas assim, o meu modo é conversa, é dialogar, muitas vezes você conversando você percebe que tem coisa errada, eu tenho muito no meu setor, eu tenho três com esquizofrenia, e tinha uma de síndrome de pânico. Essa mesma de síndrome de pânico, ela não assumia que tinha a síndrome de pânico, mas percebi ao modo de conversar com ela que tinha alguma coisa errada, que a maneira que ela estava agindo, com muito diálogo, conversa que a gente descobriu, que eu conversei com ela daí ela se abriu, foi em um acompanhamento, ela tinha síndrome de pânico. Você conversava assim e ela começava a mexer com as mãos, as pernas, e eu acho que é na base do diálogo que você consegue perceber que ali tem alguma coisa errada, não só medicamento.

Pesquisador: E o que você tem em vista com essas ações? Qual seu objetivo com esse acompanhamento, com esse diálogo?

Entrevistada: Eu vejo que a gente consegue manter um melhor tratamento dessa pessoa, que ela tendo alguém que ela converse, que desabafe, muitas vezes é o que ela necessita. Pessoas que ficam ali trancadas que se prendem muito, é pior para elas, eu acho que quando eu chego

converso com ela, pergunto como é que está e vou conversando, através da conversa com ela, ela se abre. Porque muitas vezes que a pessoa fala “Ai ACS me senti até melhor”, mas tem vez que você chega lá, vê a pessoa trancada, isolada. A maioria das meninas mesmo eu falo “vai sai de casa, quando você vê que não está se sentindo bem, vai ali na esquina conversar com alguém, não fica isolada”. Que a maioria que eu vejo dificuldade é que eles ficam muito trancados, se isolam muito, tem muitas pessoas que fazem isso quando estão em crises, principalmente depressão e síndrome de pânico. Eles ficam que, ela não conseguia sair na rua, então o trauma que ela estava, que ela saia lá fora desesperada, ela não conseguia vir consultar nem nada porque ela tinha síndrome do pânico agora é outra pessoa, conseguiu, foi no psicólogo e conversou bastante, está fazendo acompanhamento com psicólogo, psiquiatra, tudinho, ela é outra pessoa. Ela falou “eu tinha medo de dirigir, agora até para dirigir eu dirijo”, ela tinha muita dificuldade.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento das pessoas com transtorno mental aqui na Atenção Básica?

Entrevistada: Muitas coisas a gente vê que melhorou muito, acompanhamento, a gente tem psicólogo de apoio, que é o do CRAS aqui, o que ele pode atender para nós ele atende, é, muitas vezes ele vai para fora no acompanhamento, eu acho que está bem melhor, em vista de muitos anos atrás está bem melhor agora.

Pesquisador: E que obstáculos e desvantagens você identifica?

Entrevistada: Eu acho que o maior obstáculo é a pessoa aceitar que ela está com depressão, eu acho que o maior obstáculo que a gente tem ainda é o paciente aceitar que está com o problema de transtorno mental e a família muitas vezes aceitar. Eu tinha um caso mesmo de uma esquizofrênica, que a família dela não aceitava que a esquizofrenia dela existia, que ela era doente, ela brigava dentro de casa, eles achavam que aquilo era ciúmes, e também a gente percebia que estava estranha, mas a família não aceitava levar esse paciente para fazer tratamento.

Pesquisador: O que poderia melhorar o atendimento à saúde mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Acho que mais equipe e capacitação

Pesquisador: Você quer acrescentar mais alguma questão?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Obrigada!

Psicóloga n. 4

Pesquisador: Em sua opinião, qual que é o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: Primeiro as famílias têm que estar. Na minha opinião as famílias devem estar preparadas para fazer esse acolhimento no atendimento, quando ela está realmente assim num caso de surto, aí deve ser encaminhado para uma clínica, até que ela se recupere, até que se reabilite, mas depois na minha opinião ela deve voltar para família, mas o que a gente percebe é que as famílias não estão preparadas para atender.

Pesquisador: O que você acha que falta nas famílias?

Entrevistada: A orientação, muitas vezes a orientação. O que a gente percebe também, pelo menos nos casos que eu já atendi, é que as pessoas muitas vezes também estão doentes, então essas pessoas também devem ser tratadas, então devem receber essa ajuda, esse acompanhamento psicológico, e quando as pessoas estão lá, que os pacientes estão internados, essa família já devia estar sendo atendida aqui na cidade, por um grupo para ficar preparada para receber. Então muitas vezes eles têm vários tipos de problemas, eles têm problemas econômicos, muitas vezes a própria família tem outras pessoas com outros sintomas que não é só o transtorno mental, mas tem uma doença mental, tem uma depressão. A gente vê casos de famílias aí que tem o alcoolismo, então eles entram em choque, quando esse paciente chega de volta elas chegam até às vezes muito bem, mas eles acabam novamente se desorganizando mentalmente em decorrência dessa desorganização da família, a minha opinião é essa.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Bom na verdade, a reforma é aquela que os pacientes eles são atendidos pela família, recebe esse acolhimento da família, e que seja atendido no próprio município, para ocorrer o que a gente chama de desospitalização.

Pesquisador: Você se formou em 1987 então você não viu isso na graduação! Como que você conseguiu ter esse conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Não, a gente estuda, a gente vai acompanhando, a literatura atual e também no “Gerando Saúde Mental” que eu participei que foi muito bom, uma excelente capacitação, foi discutido muito a respeito disso.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo lá na Unidade Básica de Saúde?

Entrevistada: A gente vem atendendo as crianças pequenas, crianças, adolescentes, jovens e os adultos até idosos, eu tenho atendido muito idoso. Isso também eu nem havia te falado, que eles procuram, assim, a família procura o Centro Terapêutico, o psicólogo do Centro Terapêutico quando eles percebem que o idoso está em sofrimento psíquico, principalmente aqueles que estão, eu já recebi casos de idosos com câncer da próstata, depressão, então eles não sabem o que fazer. Como a cidade é pequena as pessoas conhecem os profissionais da área da saúde, então a gente tem condições de estar dando esse atendimento, a família e como cuidar desse idoso, nesse sentido, como melhorar a vida social dele, muitas vezes ele estão muito dentro de casa, teve muitos casos de pessoas assim, que a gente via que já estava em caso de depressão que a gente encaminhou para os grupos, melhorou a vida social, melhora também a parte mental deles, e o encaminhamento muitas vezes para profissionais como geriatra, psiquiatra, a gente tem feito também esses encaminhamentos. Temos atendido as crianças pequenas a nível de creches como eu havia te falado, então a nível de creche, quando elas percebem que as crianças estão em sofrimento psíquico elas encaminham para o Centro Terapêutico, nós fazemos uma avaliação, a gente vê a causa, o que que está acontecendo, e fazemos orientação à família, se necessário o encaminhamento para uma neuropediatra, nós temos a neuropediatra, não temos um psiquiatra infantil, no nosso consórcio de saúde, nós também encaminhamos. E continuamos com nosso acompanhamento.

Pesquisador: Como que os pacientes chegam para você lá no Centro Terapêutico? É demanda espontânea, é encaminhamento médico?

Entrevistada: Tem uma demanda espontânea, encaminhamento médico, encaminhamento das escolas, encaminhamento do CRAS.

Pesquisador: Então você não recebe só com guia de médicos?

Entrevistada: Não, não é só com guia médica, porque muitas vezes elas nem chegam até o médico, então elas já chegam direto, mas a maioria dos casos é da creche, da escola, do CRAS e os espontâneos.

Pesquisador: E quantas horas você trabalha no Centro Terapêutico?

Entrevistada: 20 horas.

Pesquisador: São vinte horas?

Entrevistada: Vinte horas.

Pesquisador: O que você tem em vista com essas ações, com esses acompanhamentos? Qual que é o objetivo? Qual que é o desenvolvimento? Como que o município está pensando essa inserção do profissional de psicologia?

Entrevistada: Eu acredito que eles tenham, eles dão valor a esse trabalho, tanto que a escola mesmo nós já temos um “plano decenal municipal” do núcleo de educação já a proposta é para estar contratando outros profissionais dessa área, então eles estão percebendo a necessidade de estar contratando mais profissionais dessa área, porque nós temos aqui no município, atendemos a APAE, temos o setor de estimulação precoce que é feito um trabalho muito bom nesse sentido que são crianças que não necessariamente apresentam deficiência mental, deficiência intelectual, a gente faz um trabalho de prevenção e nós temos duas psicólogas aqui na APAE, e tem eu trabalhando 20 horas no município. Mas eles estão vendo a necessidade de ser contratado mais profissionais, e ainda tem o CRAS. Tem psicopedagogo mas vai ser contratado agora o psicólogo.

Pesquisador: Você disse que você também encaminha, e como que é você faz o encaminhamento médico?

Entrevistada: O encaminhamento eu faço um pedido, uma solicitação de que o paciente seja encaminhado para o psiquiatra, aí eu mando para a Unidade, o paciente vai até à Unidade, conversa com o médico, é atendido pelo médico e o médico passa o encaminhamento, ele sempre passa ele não contesta o meu encaminhamento, agora para neuropediatra não, para neuropediatra eu já faço o meu pedido, o encaminhamento, não precisa passar pelo médico já vai direto na Secretaria de Saúde e aí eles fazem o encaminhamento, sem contestar. Então o fato de eles estarem pensando em ter mais profissionais, a necessidade de ter mais profissionais, eu vejo que eles estão valorizando essa área.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento das pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? O que você acha que tem de positivo em o paciente ser atendido aqui no município mesmo?

Entrevistada: Isso traz o ajustamento emocional! Porque o paciente se sente dentro de casa, o acolhimento é diferente, ele se sente mais seguro, ele se sente mais protegido, e com isso a

melhora é bem mais significativa, ele melhora muito mais rápido, muito mais cedo porque se ele está sendo atendido aqui ele está dentro do contexto dele, ele não é retirado da família, então a medida que ele se sente mais acolhido a melhora com certeza é bem mais rápida.

Pesquisador: E você identifica alguma desvantagem para esse atendimento na Atenção Básica?

Entrevistada: Só no caso mesmo se a família não estiver preparada, se eles não tiverem como acolher esse paciente, não tiver como dar o atendimento necessário aí realmente a melhora é clínica. Só que como eu te falei agora pouco, ele vai para clínica ele melhora, ele se recupera, mas ele volta, se ele não tiver esse atendimento, esse acolhimento da família essa orientação da família ele acaba voltando, retornando. Mas o que a gente percebe que os retornos estão demorando mais e nós temos casos aqui de pessoas que chegaram a ficar 4 anos sem crises sérias de esquizofrenia mesmo, e que ficaram todo esse tempo sem voltar para a clínica.

Pesquisador: Ficaram aqui mesmo?

Entrevistada: Ficaram aqui em alta.

Pesquisador: E qual foi tratamento oferecido para esse paciente?

Entrevistada: Acompanhamento psicológico, e própria Unidade Básica de Saúde e as ACS's que têm feito esse trabalho, então elas vão até as casas elas vêem se o paciente está tomando o medicamento e fazem a orientação também para as famílias. O CRAS também tem ajudado nesse sentido. Nós temos um caso até agora recente que nós fizemos um trabalho junto com o CRAS, um paciente em sofrimento psíquico, uma depressão em estágio bastante grave, ele me procurou, ele mesmo me procurou, encaminhei para o psiquiatra, não deu certo aquele tratamento, ele começou um tratamento particular, ele está em acompanhamento psicológico comigo junto com o CRAS. Nós vimos que a família, ele não tinha condição de arcar com esse tratamento financeiramente, junto com a família, junto com o CRAS, o pessoal do CRAS, os profissionais do CRAS. Nós fomos e fizemos reunião com a família, a esposa está grávida, com toxoplasmose, já é o quarto filho. O filho desempregado então a gente viu assim que no caso esse paciente, se ele não fosse tratado, a gente já viu se ele não fosse ajudado ele ia acabar tendo que ser internado, ele ia desenvolver um surto. Então hoje ele já está bem, nós mobilizamos através do CRAS, nós mobilizamos a Assistência Social, conversamos com o Secretário da Saúde. Hoje esse paciente está recebendo o medicamento, nós conseguimos pelo

CRAS vale-gás, cesta básica, organizamos a bolsa família das crianças que elas não estavam recebendo, então a gente ajudou, nesse sentido a gente conseguiu fazer esse trabalho.

Pesquisador: Nossa que bacana! É um ótimo exemplo de trabalho em rede!

Entrevistada: Nós fizemos. E esse paciente ele está bem. Está aqui no município, e agora a gente está esperando ele ter essa recuperação para poder estar ajudando ele para ele voltar ao trabalho. E já até colocamos no caso, para a esposa que a hora que ela tiver o bebê a gente vai acompanhar nós não sabemos se esse bebê vai ter seqüelas ou não, por causa da toxoplasmose, e do quadro dela porque ela esteve muito estressada, foi um *stress* muito grande a gravidez toda.

Pesquisador: Existe algum trabalho de promoção de saúde mental?

Entrevistada: A nível de prevenção de saúde mental, aqui na APAE a gente faz todos os anos no período da semana do excepcional que é agosto, aí nós fazemos, daí a assistente social faz palestras, este tipo de ação.

Pesquisador: E no seu trabalho tem alguma perspectiva de atuação com as famílias?

Entrevistada: Só se for com outro profissional, porque ali a demanda é grande, não tem tempo para isso.

Pesquisador: E você já chegou a receber o encaminhamento de algum paciente egresso no hospital psiquiátrico? Daí como é que foi o acompanhamento dele?

Entrevistada: Sim, lá na clínica, com ele, e o CRAS com a família. Acompanhando a família e dando os medicamentos.

Pesquisador: O CRAS?

Entrevistada: O CRAS, ele tem feito esse trabalho.

Pesquisador: Em sua opinião como é que você avalia isso? Está dando certo?

Entrevistada: É claro que a gente precisaria de muito mais, e isso não seria o ideal, é um paliativo!

Pesquisador: E daí para gente finalizar: O que poderia melhorar aqui no município a atenção na saúde mental na Atenção Básica?

Entrevistada: É o que você falou, ser feito trabalho em grupo, ter um profissional para fazer esse trabalho em grupo. É ter a terapia comunitária. Então, se nós tivéssemos um profissional

na área da saúde, fazendo esse trabalho de grupo, de orientação às famílias, então poderia ser feito a nível de escolas, a nível de creches, até mesmo a nível de igrejas .

Pesquisador: Então você sente que o que falta é profissional?

Entrevistada: Profissional, profissional direcionado para essa área, porque não adianta nada a gente querer abarcar tudo. Eu falo assim aqui no município a gente ainda conta com a APAE também, porque a APAE, a gente acaba se estendendo, também na verdade.

Pesquisador: Como que é a APAE na perspectiva de saúde mental no município? Qual é o papel dela?

Entrevistada: Na APAE a gente trabalha a nível de prevenção como eu falei para você, na divulgação que nós fazemos todos o mês de agosto, todos os anos no mês de agosto, nós temos aqui. Nós atendemos nossas crianças com deficiência intelectual e tem já o psiquiatra que faz o acompanhamento, nós temos casos aqui também na APAE de pessoas com doença mental, com transtorno mental, e com deficiência intelectual, e tem psiquiatra que estar atendendo aqui, e nós atendemos também as crianças da escola com deficiência intelectual de grau leve, nós fazemos o atendimento psicológico e o atendimento psiquiátrico, nós fazemos esses atendimentos a essas crianças, então não só as crianças que estão aqui, mas se ela tem deficiência intelectual e ela está no ensino regular ela vem para nós atendermos também, então isso já estar ajudando também o município.

Pesquisador: Vocês têm psiquiatra aqui?

Entrevistada: Temos na APAE.

Pesquisador: E ele só atende as crianças da APAE?

Entrevistada: Da APAE e também as crianças com deficiência intelectual de grau leve que estão na escola, matriculadas na escola, que hoje já não podemos ter duas matrículas, então a criança deixou de freqüentar nossa APAE, nós encaminhamos a criança quando a gente percebe que ela tem condições de acompanhar o ensino regular, ela é encaminhada para lá, mas nós não desligamos, o atendimento do SUS continua, ela continua recebendo acompanhamento psicológico continua recebendo acompanhamento psiquiátrico se for necessário, fonoaudiológico, a terapeuta ocupacional, fisioterapia, se necessário ela continua recebendo.

Pesquisador: Por tempo indeterminado?

Entrevistada: Indeterminado, enquanto ela precisar. Isso é um direito dos deficientes

intelectuais a nível de SUS.

Pesquisador: Mas só dos que saíram daqui?

Entrevistada: Não necessariamente, quando eu avalio uma criança no Centro Terapêutico que ela é portadora de deficiência intelectual, se ela for deficiente intelectual, que a maioria dos casos, o que é uma conquista nossa que eu tenho percebido que é raro eu hoje, eu atender e avaliar uma criança, fazer uma avaliação psicoeducacional e detectar que ela tem deficiência intelectual, geralmente estão abaixo da média, é uma média inferior, um limítrofe então isso é uma conquista do município, já caiu muito, graças a Deus, é o trabalho que a gente vem desenvolvendo, é o trabalho das ACS's, dos médicos em geral, mas aí eu encaminho, encaminho sim para a APAE, se a família aceita que essa criança receba um acompanhamento, de fonoaudiólogo, de psicólogo, de psiquiatra, aqui na APAE, algumas famílias têm uma certa resistência, a criança estar vindo, então a gente atende sim, a gente pode estar atendendo.

Pesquisador: Tem mais alguma coisa que você queira colocar?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Obrigada!

Enfermeiro n.4

Pesquisador: Em sua opinião, qual o melhor tratamento para pessoas com transtorno mental?

Entrevistado: Eu acho que primeiro encaminhamento para acompanhamento psicológico, antes de entrar com a medicação propriamente dita no caso que se faz necessário e que tenha possibilidade de ter o tratamento psicológico antes do tratamento químico. Acho que primeiro assim, depois se não tivesse outro recurso e fosse somente o tratamento medicamentoso aí sim entrar com o tratamento medicamentoso.

Pesquisador: Primeiro então acompanhamento psicológico?

Entrevistado: Num primeiro momento é o tratamento psicológico.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistado: Não eu não sei, das duas primeiras atualizações eu não tenho conhecimento não.

Pesquisador: Você não chegou a discutir ainda a Reforma Psiquiátrica? Não sabe nem o que é?

Entrevistado: Não tive acesso sobre a isso não.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo aqui na Atenção Básica? O que essa Unidade oferece de saúde mental para o município?

Entrevistado: A gente oferece tratamento psicológico, acompanhamento psicológico, aí tem a terapia ocupacional lá junto, tem o psicólogo e existe também o encaminhamento para o hospital de psiquiatria lá em Loanda, vai ter o tratamento necessário e encaminha para a referência.

Pesquisador: E como que é? Você tem uma demanda muito alta? Você tem muitos pacientes?

Entrevistado: Que utiliza a medicação tem bastante paciente.

Pesquisador: Tem? Você tem controle disso?

Entrevistado: O controle da medicação tem, tem a menina da farmácia, a farmacêutica que faz esse controle, da distribuição dos medicamentos comigo eu coloco tudo certinho e às vezes é feito assim o pessoal faz a primeira consulta, quando necessita a medicação, depois é fornecida a receita a cada 2 meses, 30 dias, depende da medicação que ela toma.

Pesquisador: E ela volta no médico para renovar a receita?

Entrevistado: Volta.

Pesquisador: Aqui na Unidade vocês não renovam automaticamente?

Entrevistado: Não, tem até 90 dias assim as que são renovadas aí passo de um certo tempo que o médico vê que já é reincidida o médico já pede para retornar.

Pesquisador: E o psiquiatra que vocês mandam é da onde?

Entrevistado: É o de referência do CRE.

Pesquisador: Lá em Paranaíba?

Entrevistado: Exatamente.

Pesquisador: E o que você tem em vista com essas ações, você disse que tem o encaminhamento para o psicólogo, para terapia ocupacional, qual que é o objetivo, o que vocês estão pensando quando fazem esses encaminhamentos?

Entrevistado: Evitar o tratamento medicamentoso, o máximo possível, e poder estar reabilitando essa pessoa para vida normal de novo.

Pesquisador: E vocês chegam a receber paciente que ficou internado no hospital?

Entrevistado: Os que voltam já voltam tudo para lá de novo.

Pesquisador: E o que é feito com esses que voltam?

Entrevistado: É feito acompanhamento, mas só que aí eles já vêm com medicação daí eles já vem com medicação aí a gente faz o controle do receituário dele, normalmente eles acabam voltando porque alguns deles são rebeldes, depois de um certo tempo não quer tomar medicação de acordo mesmo, e acaba voltando para internação, é bastante difícil.

Pesquisador: E esse acompanhamento é como? Que significa?

Entrevistado: Visita. Através de visita.

Pesquisador: ACS's?

Entrevistado: É, através da visita, o pessoal tem o controle de todo mundo que tem essa doença, já é conhecido, porque como é município pequeno todo mundo já sabe quem é os caras que tem esse problema assim, até hoje já foi encaminhado um para Loanda, ele deu um trabalho uns dias ai já, fazia uns dias que ele não dava trabalho, mas aí agora parou de tomar medicação e pára de tomar a medicação aí começa.

Pesquisador: Daí ele foi encaminhado para o hospital de Loanda?

Entrevistado: É para o hospital de Loanda.

Pesquisador: E ele vai e fica quanto tempo lá?

Entrevistado: Lá eles só sabem quando vai sair o dia que eles liberam, “vem buscar que tal pessoa está bom para ir embora”.

Pesquisador: O que foi feito com ele antes dele ir para Loanda?

Entrevistado: Quando ele vai assim só é feito tratamento paliativo só para ele diminuir a agressividade, ficar mais calmo, até que consegue encaminhar, aí vai ter que fazer voltar tomar medicação lá e controlar essa doença.

Pesquisador: E o que acontece quando tem um surto?

Entrevistado: Normalmente é levado para o hospital municipal.

Pesquisador: Aqui no município?

Entrevistado: É. Normalmente não tem a vaga na hora que você precisa, é feito a sedação dele, eu falo assim ó, o tratamento só para poder acalmar ele.

Pesquisador: “Sossega leão”?

Entrevistado: “Sosseguinho” ali e o mais rápido possível para poder encaminhar, só que daí eles não aceitam que você encaminha o paciente dopado, ele tem que estar no estado normal

dele.

Pesquisador: Como é que vocês fazem isso?

Entrevistado: Tem que dar um jeito.

Pesquisador: E como é que vocês levam esse paciente para o hospital?

Entrevistado: De ambulância.

Pesquisador: De ambulância?

Entrevistado: De ambulância.

Pesquisador: Isso é tranquilo aqui no município, acontece muito?

Entrevistado: Não é difícil acontecer não, quando esses casos mais que a gente tem contato direto com eles aí, esse um que foi agora, uma outra moça aí, eles eram tão acostumados aí que eles já sabem quando eles vão, parece que ficam até sem tomar remédio porque quer, dá até um negócio estranho, eles sabem que estão daquele jeito porque não toma o remédio. Aí você não sabe, você é obrigado a dopar porque não tem como você segurar um paciente nesse estado dele, não tem como, daí eles incomodam a família, incomodam o vizinho, incomoda todo mundo, deixa o pessoal com medo, quem está dentro de casa tem que se virar como pode e quem está fora fica com medo, você tem que dar um jeito, uma solução o mais rápido possível.

Pesquisador: Você disse que as ACS's acompanham, e é feito algum trabalho com as ACS's para esse acompanhamento? Como é esse acompanhamento?

Entrevistado: É fazer a visita e ver se está tomando a medicação certinho, como que está, se ele está tranquilo, se está trabalhando, se não está trabalhando, se está o tempo inteiro em casa, se está saindo para a rua, como é que está, quem que está cuidando deles.

Pesquisador: Essas ACS's elas sabem fazer, elas conseguem fazer essa vinculação com saúde mental você acha que elas estão capacitadas para isso?

Entrevistado: É igual assim, é igual eu estou falando, nem para a gente não teve essa capacitação ainda, elas fazem o que a gente orienta elas a fazerem, .

Pesquisador: E alguma ACS tem medo?

Entrevistado: Quando os pacientes estão surtados elas só avisam que está daí a gente já está sabendo também porque daí eles estão na rua, estão bagunçando, aí elas vêm avisar.

Pesquisador: Quais são as vantagens ou benefícios que você identifica para o atendimento da pessoa com transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistado: Assim, se ela tem uma família que cuida dela e normalmente até mais conhecido ainda, eles cuidam bem deles, só que chega uma hora que eles resolvem não tomar a medicação não sei por que “cargas d’água”, nunca estudei esse tipo de comportamento também, mas, chega uma hora que eles não querem tomar mais, parece que quer ir para o hospital, sei lá não dá para entender, porque passa, esse um que foi hoje mesmo ele ficou quase 1 ano aí tranquilo tomando a medicação, vai para a igreja, faz suas atividades de lazer normal, de repente ele pára de tomar a medicação e daí precisa ir de volta para o hospital psiquiátrico.

Pesquisador: E esse paciente que foi para o hospital psiquiátrico ontem, ele estava em acompanhamento psicológico também?

Entrevistado: Tem ali no Centro Terapêutico.

Pesquisador: E só isso de vantagem? Tem mais alguma coisa que você percebe de vantagem em ser atendido aqui na Atenção Básica?

Entrevistado: A vantagem de ser atendido aqui na Atenção Básica é que como é um município pequeno, o que ele precisa a gente disponibiliza na hora, é um município pequeno, só tem essa Unidade aqui então as dificuldades que apresentam quando a gente ver que não tem condição a gente já providencia acesso mais rapidinho o negócio.

Pesquisador: E que possíveis obstáculos ou desvantagens você encontra para esse atendimento na Atenção Básica? O que você tem sentido de dificuldade?

Entrevistado: A família não se preocupa muito quando ela vê que tem uma assistência muito perto, ela acaba às vezes relaxando deixando por conta de quem está cuidando, acha que daí a obrigação é da gente que está aqui de solucionar o problema deles, não às vezes de cuidar do paciente com um pouco mais de idade, essa é a principal desvantagem, fica muito paternalista o negócio daí.

Pesquisador: E o que você acha que poderia melhorar no município a atenção na saúde mental na Atenção Básica? O que você sente falta que precisa melhorar, o que a gente precisa fazer para melhorar essa atenção?

Entrevistado: Eu acredito que tinha que ser mais a questão da família mesmo, a família estar mais empenhada em estar acompanhando, em deixar de se despreocupar tanto assim, ter uma preocupação um pouco maior assim com o parente dele que é doente do que ter que deixar

tudo para gente resolver e eles apenas serem um mero espectador na situação.

Pesquisador: E tem algum trabalho com essas famílias para prepará-las para cuidar?

Entrevistado: Não, a gente tem assim quando tem necessidade a psicóloga chama a família e orienta, tenta orientar, mas daí o resultado disso é muito pequeno não consegue nem perceber.

Pesquisador: E como que é, como que são feitos os encaminhamentos para psicóloga? Tem uma lista de espera?

Entrevistado: Não, não tem lista de espera, é por demanda mesmo, precisou a gente encaminha mesmo.

Pesquisador: E ela atende na hora? Ela sempre tem vaga?

Entrevistado: Ela está sempre pronta para atender.

Pesquisador: Então quanto à área de psicologia está tranquila a Unidade?

Entrevistado: Está tranquila, até ela é funcionária do município não é terceirizado é serviço do município mesmo então não tem dificuldade quanto a isso não.

Pesquisador: Tem mais alguma coisa que você gostaria de acrescentar?

Entrevistado: Não, eu acho que eu acabei falando até demais.

Pesquisador: Imagina, obrigada!

ACS n.3

Pesquisador: Em sua opinião qual que é o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental? Em sua opinião, o que você acha que é a melhor forma de tratar quem está doente mental?

Entrevistada: Eu acho que a parte psicológica de conversa eu acho que, às vezes, tem casos que dá para tratar melhor do que com remédio, tem pessoa que é tratado com remédio e melhora, outros não dão certo, se tiver o acompanhamento do psicólogo, alguma coisa assim, para estar conversando, orientando a família, quem cuida, às vezes é bom, dependendo do grau da doença.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Nada.

Pesquisador: Nunca ouviu falar?

Entrevistada: Nunca ouvi.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você desenvolve aqui no seu trabalho na Unidade?

Entrevistada: Bom, no meu setor, porque cada ACS é dividido, tem 2 áreas e 10 microáreas. Então cada ACS tem uma microárea, na minha, eu não tenho casos de doença mental, tem um caso, é um menino que eu não me lembro quantos anos ele tem, só que assim, ele vai na APAE e é feito uso de medicamentos, só que assim, na casa dele a mãe não tem tanta estrutura.

Pesquisador: Nesse caso qual é o seu trabalho com essa família?

Entrevistada: Eu acompanho a família para ver se a mãe, se manda ele, porque ele precisa ir na APAE porque lá tem pessoal capacitado para tratar ele, se ela faz essa medicação certa, o uso da medicação, se ele tem essa medicação, se está em falta, se ela está buscando, porque a Unidade oferece a medicação, no meu ver é isso aí, não tem tanta experiência no meu setor nessa parte.

Pesquisador: E você se sente preparada para trabalhar com essa demanda?

Entrevistada: Não. Na saúde mental não.

Pesquisador: Você já viu alguma coisa sobre saúde mental?

Entrevistada: Você fala no município?

Pesquisador: Isso, porque já faz 10 anos que você está aqui ? Nesses 10 anos teve algum curso, alguma palestra, alguma formação para trabalhar com saúde mental?

Entrevistada: Teve uma vez, mas não foi no município, foi fora do município, teve uma capacitação, mas não foram todas, foi escolhida 2 para representar e teve essa capacitação de saúde mental.

Pesquisador: Foi produtiva? Você foi umas das que não foi?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Entendi.

Pesquisador: Então você falou dessas ações, acaba sendo o acompanhamento ?

Entrevistada: É, na casa, controle da medicação.

Pesquisador: E o que você tem como objetivo com essas ações?

Entrevistada: Como assim?

Pesquisador: Você disse que faz o acompanhamento, que você vai na casa da família, qual que é o objetivo, porque você está fazendo isso?

Entrevistada: Para diversificar as condições de saúde, com o uso do medicamento e a família, se está bem se está tendo alimentação a gente se preocupa, às vezes se a família tem condições de ter uma boa alimentação, se toma remédio e não tem uma alimentação controlada assim, digamos assim, não vai ter uma saúde perfeita mesmo usando medicação.

Pesquisador: Que benefícios ou vantagens você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica? Aqui na Unidade? Você vê alguma vantagem nesse atendimento?

Entrevistada: Pelo pouco, como eu te falei que no meu setor não tem tantos, mas o que são acompanhados aqui eu acho que eles são assim, beneficiados com as coisas aqui sabe, tratamento, acompanhamento, médico que eles vêm quando precisa, e o que não tem no município, o que o município não pode oferecer é encaminhado para algum lugar, para Paranaíba para ser feito esse acompanhamento, esse atendimento.

Pesquisador: E você acha que seria mais interessante se esse atendimento fosse aqui no município ao invés de ser em Paranaíba?

Entrevistada: Se tivesse pessoal capacitado, médico capacitado, talvez.

Pesquisador: E aqui na Unidade tem reuniões com as famílias? Tem algum tipo de trabalho em grupo?

Entrevistada: Aqui na Unidade mesmo não, tem fora, o pessoal da assistência social que faz, envolve todas as famílias .

Pesquisador: Mas aqui na Unidade não tem grupo de gestante, hipertenso?

Entrevistada: Tem, está meio parado, mas tem.

Pesquisador: Então no município tem?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: E que possíveis obstáculos ou dificuldades você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental aqui na Atenção Básica?

Entrevistada: Dificuldade?

Pesquisador: É. O que tem de difícil, o que falta?

Entrevistada: Essa eu não vou saber te responder, porque igual eu te falei, eu não tenho esses pacientes.

Pesquisador: Mas pelo que você conversa com suas amigas ACS's, porque o enfermeiro me disse que tem alguns casos.

Entrevistada: Tem.

Pesquisador: Mas o que você acha difícil de fazer esse atendimento aqui? Ele me contou de um rapaz que foi internado ontem, você ficou sabendo? Que dificuldade teve para que ele não conseguisse ter sido atendido aqui?

Entrevistada: Um médico e o lugar, assim porque ele era agressivo, sabe ficava aí na rua correndo, acho que não fazia o uso da medicação que tinha que fazer, para pegar ele e levar para fazer o tratamento a polícia que tem que pegar ele na rua, correr atrás dele sabe, ele não se dispõe a se tratar, não quer. Essas pessoas a maioria se recusam, a dificuldade que eu acho que é que se tivesse tipo assim uma equipe no município só específico em saúde mental podia estar trabalhando, sei lá, uma casa de, como é que fala, não é casa de repouso. Um lugar para atender sem ser internamento, que nem onde eles vão, lá é internamento, que nem tem um no setor da minha colega ali, que ela fala “eu não sou louca como é que eles vão me internar lá se eu não sou louca?” Eles falam que judiam lá, essa mulher, ela fala que ela sofre lá, que ela não precisa daquilo, só que você vê que na sociedade ela não tem condição de conviver sem medicação, sem o internamento às vezes, se tivesse uma equipe que trabalhasse aqui no município sem o internamento talvez essas pessoas seriam menos agressivas, não iam recusar tanto o tratamento.

Pesquisador: O que poderia melhorar neste município a atenção a saúde mental na Atenção Básica? Seria isso que você está dizendo então de ter uma equipe?

Entrevistada: Eu acho que sim, médicos capacitados, porque o que tem aqui é clínico geral, então médico específico um psiquiatra, porque tem um que vem na cidade, mas ele atende só a APAE, que é um órgão assim, particular, não tem nada a vê, é fora do município, e ele atende só as crianças, esses casos assim de adulto ele já não atende, seria assim uma equipe mesmo, médico, psicólogo, tudo junto para estar trabalhando.

Pesquisador: Mais alguma coisa que você queira dizer?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Não? Então muito obrigada!

ACS n.4

Pesquisador: Em sua opinião, qual é o melhor tratamento para pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: Transtorno mental? Eu acho que é o tratamento com psicólogo, fora assim, igual é tipo aqui no município, nós mandamos para Loanda o transtorno mental, aí manda para fora para estar avaliando o paciente no tratamento, para ver até onde ele se enquadra lá, aqui no município nós já temos pacientes que vai para fora.

Pesquisador: Os pacientes aqui com transtorno mental vão para Loanda?

Entrevistada: Vão para Loanda.

Pesquisador: Para o hospital psiquiátrico?

Entrevistada: É, e têm outros também, não sei se é, não posso ter certeza se é Mandaguari ou Mandaguaçu, que tratam também, que recebem aqui da Unidade.

Pesquisador: Em sua opinião essa é a melhor forma de tratar?

Entrevistada: Eu acho que sim, porque se ficar aqui dentro só aqui, eles tem que ter um acompanhamento, porque se ficar só aqui dentro só passando por médico e medicando, acho que vai chegar uma hora que eles vão desistir e vai falar não quero mais tomar esses remédios. Então lá não, lá eu acho que é mais seguro para eles, na minha opinião.

Pesquisador: Certo. E o que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica? Já ouviu falar nisso?

Entrevistada: Não. Não ainda não.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental, você enquanto ACS desenvolve aqui na Unidade Básica?

Entrevistada: A gente quando na visita domiciliar que a gente faz, a gente orienta eles a procurar a Unidade Básica e daí para ver, com o médico o que eles vai encaminhar, se vai ficar aqui dentro da Unidade Básica, mas sempre a gente tem que estar orientando a eles, a sempre estar procurando a Unidade Básica de Saúde.

Pesquisador: E você disse que alguns pacientes vão para Loanda, e quando eles voltam de Loanda, o que acontece com eles aqui no município?

Entrevistada: Quando eles voltam de Loanda, eles têm acompanhamento com a médica da família, que é o PSF, é acompanhando com os médicos daí, para ver até aonde que vai o tratamento tudo certinho.

Pesquisador: E qual o objetivo que você tem com essas ações de encaminhamento? Você disse que no seu trabalho você visita e orienta que eles procurem um médico, qual que é o seu objetivo com isso?

Entrevistada: Que eles melhorem, que eles fiquem bem, porque saúde é tudo, e a gente passa a orientação para eles, para que realmente eles se cuidem, tomar os remédios certinhos, até eles poderem ficar bem, estar bem com a saúde deles.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Unidade Básica de Saúde? Você acha que tem alguma vantagem de a pessoa ter atendimento aqui mesmo no município?

Entrevistada: Aqui para nós, na nossa Unidade aqui, está tendo vantagem porque nós temos psicólogo .

Pesquisador: Vocês tem psicólogo?

Entrevistada: Tem, temos sim, lá na Unidade tem. E daí os que não querem ir para fora que passam pelo psiquiatra são atendidos aqui mesmo, quando não é atendido dentro aqui da Unidade, é atendido na casa com visita domiciliar daí.

Pesquisador: Do ACS?

Entrevistada: Do ACS junto com a equipe do PSF que é a médica, a enfermeira, a auxiliar.

Pesquisador: Certo. E você identifica que isso é vantajoso?

Entrevistada: É eu acho assim, quando não, se não é um problema grave que precisa estar tirando para fora, aqui dentro quando não é um problema muito mais sério.

Pesquisador: E você atende um determinado número de famílias? Dentro desse determinado número tem alguma que tem um familiar, alguma pessoa com transtorno mental?

Entrevistada: Tem.

Pesquisador: Tem?

Entrevistada: Tem.

Pesquisador: E como que é o cuidado com essa pessoa?

Entrevistada: É um cuidado especial, diferente dos outros que a gente vai fazer visita, a gente não pode estar chegando à vontade, brincando, tudo, com esse paciente a gente tem que assim, ter cuidado na hora de estar chegando, de estar conversando, vendo a medicação dele como que está, se está acabando para a gente estar pegando receita para poder estar fazendo o remedinho deles, para não faltar, porque se faltar eles ficam transtornados, mas assim, a visita com eles, o tratamento deles é especial, é diferenciado das outras visitas que a gente faz.

Pesquisador: E quem que orientou vocês que tinha que ser especial, que tinha que ser diferenciado, você disse que nunca fez capacitação?

Entrevistada: Não, no curso de agente comunitário já fala sobre.

Pesquisador: Vocês estudaram isso?

Entrevistada: É, a gente fez um curso durante 7 meses de agente comunitário de saúde, daí lá na apostila mais ou menos já tem umas coisas que caem sobre saúde mental que é uma boa, é tipo uma oficina para ajudar. Mas o resto é do dia a dia, que a gente como todos assim temos, tem na família, sempre tem casos assim de parente, a gente vai aprendendo a lidar com eles, e tem que ser com muito amor porque às vezes a gente chega para fazer uma visita, é mais carinho que eles querem, essas pessoas mental aqui em no município como é pequenininho, eles não saem, eles não têm para onde ir, sair se divertir, área de lazer, então quando a gente chega para eles é uma alegria, eles pegam os remedinhos para falar, conta assim no dedo quantos que tem quantos que está faltando, então para gente, a gente fica muito feliz em saber que mesmo com o problema que eles têm, eles trazem alegria para gente, porque às vezes a gente vai procurar eles, mas a gente está triste, a gente tem problemas, e a gente sai de lá assim sabe vendo que o problema da gente em vista do deles, o tanto de remédio que eles tomam, não é nada.

Pesquisador: E que desvantagens ou obstáculos você encontra para o atendimento das pessoas com transtorno mental aqui na Unidade Básica de Saúde? O que é que dificulta?

Entrevistada: Aqui é, tem poucas assim, os pacientes que vem, às vezes, vêm muito ansioso, nervoso, e acaba dificultando a gente até mesmo a estar conversando com eles, orientando. Às vezes eles chegam assim, ansioso, nervoso com aquele medo, aquele pânico, daí a gente tem

que estar tendo um jeitinho para atender bem assim, fazer com que eles fiquem à vontade, porque se não eles ficam, repreende, aquela coisa, aquele medo, porque eles vêm já com aquele medo, aquele medo de como que vai ser, daí se chega aqui se a gente estiver do mesmo jeito que eles aí fica mais difícil. Mas, tranquilo, sossegado.

Pesquisador: O que você acha que poderia melhorar aqui no município a atenção a saúde mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Se tivesse lazer para eles, para eles poderem estar saindo, porque aqui tem as reuniões de hiperdia, de diabéticos, tem passeios, mas só que nunca encaixam eles, porque às vezes um toma remédio, fica meio lento, meio dopado, daí eu acho que se tivesse assim, um jeito de fazer com que reunisse todos eles, são pouquíssimos, o município é pequenininho, e que eles ficassem ali, a vontade ali, fizessem uma terapia, ficassem a vontade, do jeito que eles quisessem, da forma deles, deles viverem lá na casa deles, que eles viessem e ficassem a vontade, porque, às vezes, para a gente convidar eles para sair para fora, eles não vão, a gente convida mas eles sempre falam não por causa da dificuldade que eles tem.

Pesquisador: Então seria mais atividade em grupo?

Entrevistada: É em grupo. Aí seria bom, porque eles ficariam mais à vontade, até então estar tudo junto ali ficariam mais à vontade.

Pesquisador: Tem mais alguma coisa que você gostaria de dizer, de complementar?

Entrevistada: Não, eu acho assim que, a gente é humano e, às vezes a gente vê pessoas tristes, desanimadas, mas a gente às vezes critica, mas a gente não sabe o que que ela está passando, tem esses remédios que elas tomam sabe, que a gente tem acesso a esses remédios, as pessoas, às vezes até jovens hoje em dia já está tomando e a gente tem que estar tratando com muito amor e carinho, e ter muita paciência porque eles dependem muito da gente, eles dependem assim a gente chega lá, eles tratam a gente super bem, brinca com a gente, a gente vê no olhinho deles a carência que eles tem de ser bem tratado, da gente dar beijinho, da gente falar alguma coisa de bom para eles, então para mim como ACS na área que eu estou, num município pequenininho, um município tranquilo, sossegado, eles tratam a gente super bem e a gente também faz de tudo para estar agradando eles, porque eles na verdade já tem essa carência . Então é isso aí, tranquilo.

Enfermeira n. 5

Pesquisador: Em sua opinião, qual o melhor tratamento para as pessoas com transtorno mental?

Entrevistada: Bom, eu acho assim tem que ter o acolhimento em primeiro lugar, a gente sentar, conversar como paciente para ver o que na realidade está acontecendo com ele. Porque transtorno mental abrange as várias áreas, e depois assim, encaminhar para o médico especialista, que daí ele vai fazer o tratamento correto. Nós, no nosso caso aqui nós não temos CAPS, então às vezes a gente sofre um pouco com isso.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica? Já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Eu ouvi meio por cima assim, na realidade, eu não sei o que na realidade o que eles querem fazer com isso.

Pesquisador: E nesse por cima o que você se lembra?

Entrevistada: Posso ser sincera? Nada.

Pesquisador: Nem por cima mesmo?

Entrevistada: Tem coisas que a gente deixa, é tanta coisa.

Pesquisador: E que ações voltadas para saúde mental você desenvolve aqui no seu trabalho na Atenção básica?

Entrevistada: Nós fazemos reuniões, era feito palestras assim quando a gente tinha aqui, problemas de pessoas com esquizofrenias, nós chamávamos os familiares e passávamos o vídeo sobre aquela determinada doença que a pessoa tinha e explicávamos certinho, os sinais, os sintomas, os efeitos dos medicamentos. Aí as famílias em si, se tornava um debate entendeu, daí a gente fazia isso, mas isso no tempo do outro médico, com a outra médica nós ainda não fizemos isso não.

Pesquisador: Faz quanto tempo que essa médica está aqui?

Entrevistada: Tem 1 ano, 10 meses.

Pesquisador: 10 meses que não acontece esse tipo de ação?

Entrevistada: Sim.

Pesquisador: Nesses últimos 10 meses, o que você fez de ação voltada para saúde mental?

Entrevistada: Eu na realidade não fiz nada. Chegam os pacientes, a maioria dos nossos pacientes já estão sendo medicados, entendeu? Já passou pelo especialista, já estão tomando remédio, então a gente faz o acompanhamento. Nós pegamos a receita, não deixa faltar medicamento, não deixa faltar as receitas, vai na casa dele em visita domiciliar para ver se está tudo bem, são essas que estão sendo feitas.

Pesquisador: E você chega a ter um controle de quantos pacientes psiquiátricos que tomam remédio controlado você tem no município?

Entrevistada: Na realidade assim, aqueles casos mais graves a gente sabe, só que entra aquele negócio de saúde mental que tem toma fluoxetina faz parte, daí complica, aqui pelo menos nós temos que colocar a fluoxetina na água. Daí eu não consigo, na realidade eu não sei o levantamento total não, mas naqueles casos mais graves a gente consegue ter uma noção.

Pesquisador: E esses casos mais graves então vocês conseguem acompanhar?

Entrevistada: Consegue.

Pesquisador: Esses que são apenas fluoxetina, já não tem controle? Já não tem acompanhamento?

Entrevistada: Não, não tem porque o que eu tenho de reserva para fluoxetina para essa população.

Pesquisador: Geralmente tem uma idade?

Entrevistada: Olha não tem idade específica não.

Pesquisador: Mas porque que eles estão tomando tanta fluoxetina?

Entrevistada: Ansiedade, nervosismo, tem gente que chega e fala que está com batedeira no coração, aquela tensão, aquela coisa aí o médico passa, até eu tomava, daí eu parei esses dias e entrei com outro agora, a fluoxetina não estava tendo mais efeito não.

Pesquisador: E com essas ações de acompanhamento dos casos mais graves, qual o seu objetivo, o que você tem em vista com essas ações?

Entrevistada: Olha na realidade a gente faz assim, porque cura nossos pacientes assim não vai ter, nesses casos mais graves. É orientar, acompanhar, orientar os familiares de forma correta,

para que não deixe faltar medicamento de jeito nenhum, só que é difícil, eles deixam para vir sempre que o remédio já está faltando, e a pessoa quase está surtando e ficar em cima dos nossos aqui não tem como, porque se ficar um dia sem tomar remédio o “negócio pega”.

Pesquisador: E como que acontece numa situação de surto, por exemplo, um paciente que surta no município, qual é o encaminhamento?

Entrevistada: Olha quando ele surta assim tipo, faltando remédio, que não tem uma, que não chega a surtar completamente, como aqui nós não temos hospital, então às vezes gente manda, a gente pega o paciente e leva para Santa Casa em Paranavaí, lá ele é medicado. Só que normalmente esse paciente ou vai para o hospital psiquiátrico em Jandaia do Sul ou Loanda entendeu?. Só que agora tem que ir com data de internamento agendada, ou às vezes, antigamente a gente colocava dentro da ambulância, tinha que conter o paciente e ir com “fê e coragem”, tipo assim dopa para ele não acordar e chegar lá como os médicos vê que eles estão em crise, o médico automaticamente já encaminha para o internamento.

Pesquisador: E que trabalho é feito com as pessoas que voltam do internamento?

Entrevistada: É o acompanhamento.

Pesquisador: E porque que acabou essas atividades em grupos que vocês faziam?

Entrevistada: Porque na realidade era assim, nós pegamos os casos que tinham tipo esquizofrenia, essas coisas e nós passávamos, tipo assim era mais caso de esquizofrenia, se nós passamos uma vez os familiares viram tudo daí na próxima vez, os próprios familiares não iam entendeu? Tipo assim, já sabe que o paciente está ali doente, vai fazer o que, tem que cuidar. Eles alegavam “já passou isso, já passou aquilo”, eles só se interessavam por outras patologias que a gente ia explicar. E assim foi parando.

Pesquisador: E você não tem perspectiva de retomar esse trabalho?

Entrevistada: Olha a gente até pode tentar, a gente até tenta, mas com a correria do dia-a-dia não sobra tempo porque é tanto projeto que temos aqui das ações que a gente tem desenvolver, que acaba não vingando.

Pesquisador: Que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Básica?

Entrevistada: Vantagens ou benefícios? Bom aqui para nós fica difícil, como é um município pequeno que tem um livre acesso, é chegou e a consulta está na mão. Porque o maior problema deles é tipo assim, chegar e não ter consulta e como pegar a receita, entendeu? Essa ponte, a gente é uma vantagem que a gente pode estar conversando com o médico, o médico estar passando aqui na unidade. Esse medicamento é comparado, se não tiver pelo consórcio, pela rede básica, o município compra, arca com as despesas, entendeu? Então eles para nós aqui do município, acho que é uma vantagem e um benefício que o paciente tem. Além do que, o acompanhamento que é feito, quer dizer só chega assim “a fulana de tal, não está passando bem, nós já vamos lá”, “ciclano está surtando”, nós vamos lá realmente para ver se é surto ou se não é, às vezes, nós temos pacientes aqui, (eu sei que não vai sair daqui), que quer 10 pares de sutiãs, quer porque quer, e começa a ficar brava porque quer 10 sutiãs, quer um monte de sabão em pó, e se a pessoa não comprar, começa a querer ficar brava, entendeu? Então são casos assim, mas não são muitos não, porque a gente tem 2 casos na realidade, que são mais assim, que a gente tem que ficar mais perto.

Pesquisador: E que desvantagens ou obstáculos você identifica para esse atendimento aqui na Atenção Básica, para pessoa com transtorno mental, o que dificulta?

Entrevistada: Olha o que nos dificulta é o seguinte, nós não temos CAPS, então, às vezes a pessoa que chega surtando, o médico prescreve que tem que ter a participação de um CAPS, que tem várias atividades, e nós não temos. E por ser um município pequeno, nós não conseguimos mandar para um outro município maior, então às vezes a gente manda daí para um psiquiatra, daí a pessoa toma remédio, mas ele não tem uma atividade, que nem no caso tem diariamente aí, aqui não tem. E também não tem como a gente tentar implantar isso, porque é difícil, o que nós tínhamos é um psicólogo, um nutricionista, fazia uma atividade ou outra, mas não tinha aquele vínculo “não, nós vamos fazer isso, 3 vezes por semana vamos pegar” não tem como a gente fazer.

Pesquisador: Mas dentro aqui da Unidade Básica isso não seria viável?

Entrevistada: Não tem como.

Pesquisador: Porque o que falta?

Entrevistada: Eu acho que falta de tudo um pouco, falta profissional capacitado para estar lidando com isso, falta espaço, porque nós não temos espaço, tem um auditório ali, mas não é adaptado para receber, e além do que falta ainda o comprometimento da família em estar

trazendo essas pessoas, porque até para pegar receita eles não vêm, não se comprometem, eles chegam no dia e fala acabou a receita e fulano estar sem remédio, e daí? Isso porque a gente orienta a pegar 1 semana antes para dar tempo de comprar o medicamento. Então, eles não estão nem aí.

Pesquisador: O que poderia melhorar aqui no município a atenção a saúde mental na Atenção Básica?

Entrevistada: O que poderia melhorar?

Pesquisador: É! O que você acha que poderia melhorar essa assistência à saúde mental?

Entrevistada: Olha como tem muita gente aí que fica parado, ter tipo um CAPS menorzinho com várias atividades entendeu, daí lá eles vão fazer bordado, apesar que tem, mas não é o CAPS, é mais para criança e não para adulto. Para tentar passar o tempo dele, para eles não ficarem tão ociosos ai, parados, porque essas pessoas que estão precisando, porque vamos falar sério, tem umas que ficam que parece que está dopada. Tem paciente nosso assim que quando há cinco anos atrás era esperta, ativa, agora parece que é um “morto-vivo”, então é complicado, mas vai fazer o que, tirar o medicamento? Não tem como. Então se tivesse umas atividades assim, apesar que é feito nós chamávamos para fazer caminhada, tem a academia lá, mas ninguém vai não adianta. Falta é ter gente, os familiares mesmo para incentivar eles. Porque nós na realidade se sobrar tudo para saúde, a gente na realidade queria fazer muita coisa, mas não depende só da gente, depende da gente, é uma equipe, dos familiares, do paciente e de tudo.

Pesquisador: Mais alguma coisa que você queira acrescentar?

Entrevistada: Não.

Pesquisador: Obrigada!

Médica n.1

Pesquisador: Em sua opinião qual o melhor tratamento para pessoas as com transtorno mental?

Entrevistada: Eu acho que o melhor é primeiramente uma consulta clínica, por um clínico e um acompanhamento psicológico. E se vier a necessidade do uso da medicação, eu vejo como

uma relação de profissionais. Por exemplo, você como psicóloga e eu como médica, a gente sentaria e conversava a respeito da Dona Maria, “o que você acha da Dona Maria?” Antes da gente entrar com medicação.

Pesquisador: Então trabalho em equipe mesmo?

Entrevistada: Com certeza, tem que existir, tem que existir esse elo, que para mim é bem difícil.

Pesquisador: O que você sabe sobre a Reforma Psiquiátrica?

Entrevistada: Olha eu sei um pouco, pouca coisa, mas o pouco que eu sei, eu acredito que tem tudo para dar certo.

Pesquisador: E o que é esse pouco que você sabe?

Entrevistada: O pouco que eu sei seria a parte assim, que devia existir um vínculo entre profissionais, e que seria vamos dizer regrada algumas coisas que já acontece, “que algumas coisas são essas?”. Muitos encaminhamentos indesejados, desnecessários vamos falar.

Pesquisador: Que ações voltadas para saúde mental você vem desenvolvendo aqui?

Entrevistada: Então aqui, uma coisa mais que eu faço aqui é uma conversa, sabe eu atendo as pacientes aqui, que é até engraçado que aqui no posto é assim, “eu queria dar uma palavrinha com a doutora”. Então essa relação minha com os meus pacientes aqui é muito próxima, eu procuro conversar, por exemplo, “doutora eu estou muito triste, chorosa, porque meu relacionamento não está bom, meu marido bebe, fuma, a gente briga demais”, aí o que eu procuro fazer, eu chamo os dois aqui sabe, eu sento converso com eles, escuto ela e escuto ele, e a gente conversa, eu dou um propósito de tarefa para casa sabe, “o senhor vai parar de beber porque não tem relacionamento que segure e ela vai abrir mão de algumas coisas críticas que ela é, que isso é o perfil da mulher, tipo falar muito assim. Então vamos ver se a gente muda isso, vamos se gostar, vamos se amar.” E eu falo para eles, eu te dou 7 dias, daqui 7 dias eu quero vocês aqui, e é engraçado que eles voltam.

Pesquisador: Voltam?

Entrevistada: Voltam! Porque na maioria das vezes é assim, às vezes eu até brigo com eles, falo algumas coisas que são verdades mesmo, e ainda penso comigo “falei muito, eles não voltam mais”. Mas voltam sabe, e quando eu vejo a necessidade de eu tratar essa paciente, para que ela tenha um equilíbrio, que eu não tenho essa condição de manter ela toda semana,

eu sentada conversando com ela como uma psicóloga, que eu não tenho aqui na Unidade psicologia, então de alguma forma que eu vejo que a paciente está precisando de uma ajuda para ela desacelerar e repensar algumas coisas, aí eu proponho para ela o uso da medicação, porque não adianta eu prescrever a medicação e ela não usar, e eu vejo assim, eu meço essa paciente até onde ela acha que ela precisa de ajuda, porque é ela que vai me falar, não é eu que vou dizer “não, olha você vai tomar fluoxetina porque você está bastante depressiva, você isso, você aquilo”. Se eu não tratar a causa do choro dela, da irritabilidade dela, não adianta nada. Às vezes é o ciclo menstrual que deixa ela de TPM, e que eu posso tratar esse ciclo menstrual dela, melhorar o libido dela e ela viver muito bem. E não precisar dar fluoxetina.

Pesquisador: E o que você tem em vista com essas ações?

Entrevistada: Bom, aqui a gente tem muita medicação controlada, muita.

Pesquisador: Chega a ter um controle disso?

Entrevistada: O controle é da farmácia, a farmacêutica ela leva no controle para nós porque a gente só pode dispensar para 30 dias. Mas assim na maioria das vezes eu dou continuidade a tratamentos que já vieram de um especialista, por exemplo, um psiquiatra, então eu tenho pacientes aqui que faz uso de duas, três, quatro drogas, que sabe tipo usa rivotril, usa fluoxetina, aí ele já dá uma associada a uma outra medicaçãozinha assim que possa dar um estado melhor para ele sabe, por exemplo eu já vejo paciente tomar mezeclilina com fluoxetina, junto, porque aquele paciente dolorido que a mezeclilina melhora, a gente sabe para dores, e eles dão uma tacadinha de fluoxetina junto, mas eu não acho legal.

Pesquisador: E como que é, porque em alguns locais que eu tenho conversado já me dizem que vai para o psiquiatra e daí depois não volta nunca mais, e sempre acaba o médico da Unidade refazendo a receita?

Entrevistada: Não, eu refaço as receitas sim dos colegas, só que, por exemplo, o paciente voltou para mim com fluoxetina. Eu não vou dizer para ele “você não precisa dessa fluoxetina”, até porque a gente tem toda uma ética para gente seguir, mas eu tenho a condição de 6 meses, que é o tempo da medicação de eu voltar para o colega para ver a possibilidade para ele suspender essa droga, eu não suspendo porque não foi eu que passei entendeu. Então eu dou um jeito da gente mandar ele novamente para o psiquiatra, o neurologista, enfim quem passou para ele reavaliar.

Pesquisador: Mas vai com uma orientação sua, com uma impressão sua de que não é necessário, ou ele sabe que referência e contra referência não tem?

Entrevistada: Não, eu só escrevo sabe, eu escrevo paciente já em uso de medicação fluoxetina há 6 meses, tem estado bem, sem qualquer quadro de choro, de irritabilidade, sugiro a reavaliação para a necessidade da continuidade do tratamento ou não. Agora, se pegar o encaminhamento, referência contra referência e escrever: psiquiatra consulta médica. Ele sabe que é uma consulta, mas ele não sabe qual a minha intenção com aquele paciente que está lá, porque ele vê o paciente só naquele momento, eu que sou do PSF, eu vejo ele também todos os dias. Então é isso, mas eu mando, se for necessário eu mando mesmo. Eu vou te dizer, os pacientes, ele não fazem uso correto da medicação, não fazem eu com a orientação dos ACS's, não fazem. Fiz um multirão de arrecadação de medicamento ano passado que você ia cair dura! A gente chegou até fazer, tirar foto e tudo, de uma forma geral, para você ter uma idéia a gente tem uma paciente aqui que ela é psiquiátrica e ela tem um retardo mental tudo, então ela usa tudo, quando eu fui na casa dela, ela vinha aqui brigava, xingava que ela queria remédio, quando a gente foi ver, os remédios, ela não estava tomando o remédio direito, porque ela não tem uma mentalidade para isso, e a mãe de idade tão pouco. O que a gente teve que fazer? Pedir para ACS ir todos os dias na casa dela, para ficar olhando, porque a medicação que ela tinha lá no todo dava para 3 meses, é grave, porque se não ela entra em surto psiquiátrico e daí corre nós, para fazer o uso de haldol, fernegam. Quando a paciente entra em surto psiquiátrico, eu vou lá na casa, sedo essa paciente, passo algumas medicações dela que a gente tem aqui, eu sedo essa paciente e mantenho ela, até porque assim, eu vou mandar ela para a Santa Casa? Que é a nossa referência aqui. Eu vou mandar ela para Loanda? Porque ela fez um surto, e que esse surto não está sendo uma ameaça para sociedade e que eu acredito que ela vai melhorar? Então assim é a única paciente que eu tenho de surto aqui é a única, e que deu um surto só, e que eu controlei ela, fiz a medicação você apanha, leva murro, leva chute, enfim só que a gente segura ela aqui, a gente mantém ela aqui no município e orienta surtou é porque o remédio está errado, e então daí a gente consegue, mas não tem necessidade de mandar para o hospital psiquiátrico não, porque a gente só manda para hospitais psiquiátricos aqui quando a gente vê que paciente ele não está aceitando a medicação, não está aceitando ser o que ele é, e ele está precisando de um “intensivão” vamos dizer assim, daí eles ficam lá e depois voltam para nós.

Pesquisador: E quando voltam, qual é o tratamento oferecido a eles?

Entrevistada: Aqui a gente mantém a prescrição do colega do hospital, ele é assistido pelas ACS's, enfim pelo pessoal de enfermagem todo, a gente não desgruda dele, até por que é um município muito pequeno, então eu conheço todo mundo, cada um deles aqui sabe, então a gente consegue ter esse controle. Porque igual o meu PSF para você ter uma ideia, eu só atendo sexta-feira aqui dentro, de segunda a quinta eu estou fora, eu estou andando nas casas e na sexta eu atendo 15 pacientes e ponto, e não mais que isso porque eu tiro a população da Unidade, porque se ele entrar aqui ele vai dizer que ele tem uma dor de cabeça, ele vai dizer que ele não dorme e que ele quer um "remedinho" para dormir, e ele quer um exame. Agora dentro de casa não, eu consigo ver as condições de moradia desse paciente, se existe algum risco para a saúde dele, vejo a medicação que ele tem dentro de casa, oriento tudo uma coisa que eu não consigo ver aqui.

Pesquisador: Então você tem conseguido bons resultados com essa premissa básica de visita domiciliar?

Entrevistada: E aqui é fácil, tem também reunião de hiperdia, reunião dos diabéticos e hipertensos, faço os encaminhamentos, todos os necessários, por exemplo, diabético, a gente consegue saber que o encaminhamento para o hospital de todos os diabéticos agora vai fazer um multirão, vão passar todos pelo hospital entendeu? Exame de rotina, todos eles. Gestantes tem reunião, cada mês uma reunião com um profissional aí chama o dentista, chama a fisioterapeuta, chama a fonoaudióloga, chama o nutricionista, eu falo sabe, então a gente consegue fazer o controle de todos eles. Dias comemorativos, a gente faz todos os dias, Dia da Prevenção de Hipertensão Arterial a gente faz, Dia da Hanseníase vamos nas fábricas. Multirão de preventivo eu tiro um dia e fico aqui, às vezes até dois dias dependendo da demanda, eu fico das 13:00 às 19:00 colhendo só o preventivo, da última vez a gente conseguiu em dois dias colher 57 preventivos, para uma cidade deste tamanho? Então assim, é um modo que eu pego essa mãe, essa mulher que vem colher o preventivo e pergunto para ela qual que é a relação dela com o marido dela entende, eu pego o ponto fraco dela de ser mãe, de trabalhar em casa e ser esposa que isso não é fácil, trabalha a parte mental dela, "meus parabéns Dona Maria a senhora está perfeita, olha o preventivo da senhora o colo está limpinho, está bonitinho, a mama sem nódulo, a senhora é uma mãe presente, a senhora é isso a senhora é aquilo". Você tem um reforço positivo da paciente, mas tem depois negativo

também, “Dona Maria faz 4 anos que a senhora não vem colher preventivo que feio hein.” Ah doutora meu marido não deixa. “Não deixa por quê?”. Ai vai desenvolvendo o diálogo.

Pesquisador: Você acha que seria possível todos os médicos serem assim?

Entrevistada: Se você quiser você consegue.

Pesquisador: Então não tem desculpa de que é corrido, de que não tem tempo, porque é o que a gente mais ouve?

Pesquisador: Mais o que acontece, é porque assim, se você conseguir estruturar o lugar que você trabalha, você trabalha bem.

Pesquisador: Você tem quantas horas?

Entrevistada: Eu fico 6 horas, eu fico das 13:00 às 19:00 aqui. 30 horas. Só que assim, o meu município é menor do que uma área de PSF, por exemplo, de Paranavaí. Que é 2,3 mil habitantes. Só que assim, se você tiver uma equipe boa você trabalha bem, por exemplo, a minha enfermeira do PSF, qualquer problema que tem das nossas visitas ela resolve para nós, não passa comigo. Agora o PSF dos outros municípios tudo cai em cima do médico, aquelas coisinhas bobas, “ah porque a receita deu errada”, ou porque esqueceu de carimbar, não, vai passar para o médico para carimbar. Se você tiver uma equipe que fala legal, você tem, por exemplo, aqui a gente dá certo porque, eu propus a eles o seguinte: Vamos trabalhar em equipe! A gente faz reuniões aqui em equipe, que da mesma forma que dou elogio, “arranco o courinho” delas também quando necessário, então eu falo as coisas tem que acontecer, aqui é a atenção primária. Você consegue resolver o problema do paciente? Ótimo. Entendeu? “ah mais ele queria uma receita”, eu pego o prontuário desse paciente no final da tarde e vou olhar quando que foi a última vez que ele pegou a receita da medicação psicotrópica, se ele tem vai vencer os 30 dias dele eu vou fazer e olhar a necessidade dele de continuar vendo se ele vai continuar com essa receita. Isso a gente consegue aqui no município. Já em Paranavaí, eu trabalhei num PSF e lá é um pouquinho impossível de você fazer, eu tive isso muito lá, porque assim, é muita demanda desnecessária. Você sabe o que é o paciente não ter nada? Assim, o comodismo, sabe, eu vejo assim, o que nós da saúde estamos oferecendo atualmente é muita coisa... é muita coisa que acomoda o paciente, todos esses vale leite, luz fraterna, luz não sei o que, vale não sei o que, vale não sei o que, que o nosso governo dá, presta atenção: hoje tem, Brasil carinhoso que a Dilma lançou de R\$70,00, para baixa renda, se cada um que tiver dentro da casa pegar esses R\$70,00, um recém nascido ele não tem o gasto de R\$70,00, ele não tem, porque o município dá fralda, o município dá isso, o município dá aquilo, ele

mama no peito, então é R\$70,00 dele. Ele tem a bolsa família, que tem já mais não sei quanto, fala para mim, se ele somar em 5, dá R\$350,00 a mais para quem mora dentro da casa, se ele é de baixa renda ele está dentro de todos os programas do governo, ele precisa trabalhar? Ele não precisa. Na nossa época que era INPS, INANPS ele tinha que trabalhar.

Pesquisador: E você acredita que com isso ele fica mais tempo ocioso e acaba procurando mais o serviço de saúde?

Entrevistada: Sim, porque, por exemplo, o que a gente pega de pacientes a gente fala pelo nosso posto, umas dez e meia, onze horas da manhã, vem um paciente para você, “doutora olha eu estou com uma dor de cabeça que eu nem consegui trabalhar”, o nem conseguir trabalhar é: “me dê um atestado, eu preciso de um atestado”, como que você vai medir essa dor de cabeça desse paciente? Você tem que acreditar nele, aí você dá um atestado para ele que ele foi na consulta e que a queixa dele era dor de cabeça só que ele dormiu até aquele horário, só que quem tem dor, não dorme, entende, então ele precisa justificar na firma, e ele muitas vezes não tem nada e precisa se justificar para não perder cesta básica, não perder vale, não perder enfim. Eu vejo hoje que as pessoas não querem se esforçar, eles não querem trabalhar. A responsabilidade que você tem como psicólogo de você assinar um termo, ou assinar alguma declaração de um paciente, não é igual daquele paciente teu que só cumpri hora, que ele está lá só para cumprir hora, sem dúvidas. Então eu acho assim que a estrutura psicológica das pessoas, eu não sei, até aonde a gente vai levar tudo isso.

Pesquisador: E que vantagens ou benefícios você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental aqui na Atenção Básica?

Entrevistada: Ai se tivesse um outro psicólogo aqui ia me ajudar. Porque todos os pacientes que fazem uso de medicação controlada eu ia querer um relatório psicológico. Falo isso porque trabalho em Paranavaí com a educação, criança que se fala em TDH que é chique, falar que tem TDH é diferente do que você dizer que seu filho não tem limite. Então eu te falo o seguinte, todas as minhas crianças que estão passando comigo ali, eu estou mandando para o psicólogo, eu atendo 9 crianças por segunda-feira, da segunda-feira passada para essa segunda-feira são 18 crianças, dessas 18 crianças 1 eu mandei para o neuropediatra porque ele já faz uso de ritalina e é uma criança que você vê que tem um QI mais rebaixado, ele não se comunica, ele não interage, ele é uma criança que precisa. Dessas 18 uma foi para otorrinolaringologista, porque ela respira pela boca, tem um sono agitado, não dorme bem,

não aprende bem. E uma que tem uma gagueira. As outras 15: 1 foi para a psicologia, dessas 15 eu te falo que 10 ou 11 delas os pais são separados, entendeu, agora me fala se eu num posto de saúde onde eu trabalho eu não tiver uma psicóloga para me salvar, precisa ter, você precisa ter na atenção primária eu não vou mandar essa criança direto para o pediatra para ele entrar com ritalina porque ela não pára na carteira, é diferente da criança que não pára na carteira que é inquieta e que não aprende, fala para ela, fala assim “Mariazinha escreva seu nome”, ela não escreve o nome dela com 6 anos, é uma criança que eu me preocupo, agora criança que não pára porque ela sabe que a professora não manda nela é diferente, porque o pai e a mãe não dá limite, quem é a professora para dá, só é mais uma. É isso que é legal, se quiser eu vou lá fazer esse trabalho [risos] porque eu que estou segurando os pontos lá.

Pesquisador: E que obstáculos ou desvantagens você identifica para o atendimento de pessoas com transtorno mental na Atenção Bbásica? O que hoje ainda dificulta?

Entrevistada: Porque não tem psicologia na saúde.

Pesquisador: Porque não tem psicólogo na saúde aqui no município?

Entrevistada: O porquê eu não sei, eu sei que tem na educação, mas na saúde não tem.

Pesquisador: Tem no CRAS?

Entrevistada: Mas eu queria uma aqui dentro comigo para eu pegar na mão dela e falar “vamos comigo, vamos fazer visita comigo” é isso que eu preciso. Ainda estou nessa expectativa, já pedi, já chorei, já implorei, assim tudo aqui o que a gente pede dá, mas eles não têm como tirar do recurso, esses negócios que é .

Pesquisador: Responsabilidade fiscal?

Entrevistada: É, que eles inventam, não sabem a nossa realidade colocam no papel uma coisa e a nossa realidade é outra, , então é difícil para saúde ter uma psicóloga, na educação e no CRAS tem, mas assim eu não posso mandar uma mulher, no CRAS é criança, que jeito que eu mando uma família fazer terapia familiar, não tem lá, eu que tenho que virar aqui nos 30 e conversar com essa família.

Pesquisador: Então você acredita que se tivesse um psicólogo a demanda sua poderia ser compartilhada?

Entrevistada: Com certeza, porque a criança, eu não ia mandar ela, porque ela tem o CRAS, eu ia mandar o pai e a mãe dessa criança.

Pesquisador: Mas o CRAS não tem atividade com a família?

Entrevistada: Tem, mas a demanda deles é grande lá, é muito grande, pode olhar no CRAS daqui mesmo que não é grande coisa, não tem um número grande de alunos. Outros municípios, já é difícil, então assim, para a psicóloga tratar criança, tratar família, e mais 200 crianças que estão precisando, eu preferia que tivesse uma psicóloga aqui comigo e uma psicóloga lá no CRAS, atenderia a criança no CRAS e a família aqui, e as profissionais falassem a mesma linha, porque vocês acabam seguindo a mesma linha, não é na maioria das vezes? Então se tivesse essa reunião de profissionais Porque às vezes a criança vindo a mãe sendo tratado junto com a mesma psicóloga, às vezes ela não é a mesma coisa, ela vai falar “ai a tia vai contar para a minha mãe”.

Pesquisador: O que poderia melhorar aqui no município a atenção à saúde mental na Atenção Básica? Você já falou da contratação do profissional de psicologia, tem mais alguma coisa, alguma ação que você imagina que poderia melhorar?

Entrevistada: Olha eu acho, é que tem bastante coisa, eu acho que daria muitos programas que eles que já existem, isso que eu não consigo, a quantidade de coisas que a gente tem para fazer e que não acontece, estou tentando ainda fazer grupo de tabagismo. Então se eu tivesse uma psicóloga o grupo já estava em andamento, porque daí passa comigo, aí tem todo aquele cronograma para ser seguido, passa comigo, aí passa com a psicóloga, passa com assistente social, e aí? Cadê a psicóloga para passar para mim fazer esse programa? Não tem.

Pesquisador: E assistente social você também não tem?

Entrevistada: Tem a assistente social do município, porque quando eu preciso eu pego lá sabe. Eu aviso, por exemplo, a agressão eu tive uma menina que foi agredida pelo pai só que ele falou que ela tinha caído na escola, aí o que eu tinha que fazer? Chamar a assistente social, Conselho Tutelar, tudo de fora da Unidade, porque eu não tinha opção em vista, eu tinha que contar que entra na lei Maria da Penha porque ela tem uma criança entendeu? Então ela ia ter que sair fora da unidade, então eu acho que teria que ter uma equipe, uma de dentro, para que você consiga direcionar e as coisas para irem andando bem redondo. Porque aqui eu não tenho assim, a gente tem a farmacêutica, tem a fisioterapeuta, a fonoaudióloga, o pessoal da enfermagem, como o município é pequeno facilita, mas em município maior deve ser bem difícil.

Pesquisador: Mas alguma coisa que você gostaria de acrescentar? Com relação à saúde mental?

Entrevistada: Não, eu acho que saúde mental assim eu acho que, bom eu respondo por aqui, eu acho que aqui de louco todo mundo tem um pouco, mas de qualquer forma acho que está controlado, mas se eu conseguisse essa psicóloga, meu sonho.

Pesquisador: Obrigada!