

O sofrimento mental e o cuidado em saúde na Atenção Básica

Mental suffering and health care in Basic Attention

Graciela Soares Fonseca

Doutora em Ciências Odontológicas
Docente da Universidade Federal da Fronteira
Sul

E-mail: graciela.fonseca@uffs.edu.br
ORCID: 0000-0001-9506-0409

E-mail: maricler@unochapeco.edu.br
ORCID: 0000-0001-6860-8723

Jane Kelly Oliveira Friestino

Doutora em Saúde Coletiva
Docente da Universidade Federal da Fronteira
Sul

E-mail: jane.friestino@uffs.edu.br
ORCID: 0000-0002-5432-9560

Maricler Lourdes Bento Dellalibera

Estudante de graduação em enfermagem
Universidade Federal da Fronteira Sul

Resumo

O trabalho objetiva analisar o cuidado destinado às pessoas que sofrem e procuram a Atenção Básica em um município do estado de Santa Catarina. Trata-se de estudo exploratório descritivo, qualitativo, cujos dados foram coletados por meio de grupos focais realizados com a participação de 38 profissionais vinculados à Atenção Básica. Os dados foram analisados segundo a análise de conteúdo temática de Bardin, a partir das seguintes categorias de análise: acolhimento e abordagem da pessoa que sofre. Os profissionais compreendem o sofrimento mental como resultado de rupturas nas diversas esferas da vida e frisam a importância de um olhar atento e sensível para identificar e abordar as pessoas que sofrem. Entretanto, práticas medicalizantes e desvinculadas do contexto social das pessoas em sofrimento psíquico ainda são comuns, reproduzindo o modelo biomédico e hospitalizante, com outra roupagem. Torna-se necessário ampliar o debate e desenvolver estudos sobre essa temática no sentido de qualificar o trabalho em saúde e aumentar a resolubilidade no contexto do sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Sofrimento Psicológico, Saúde Mental.

Abstract

This paper aims to analyze the care intended for people who suffer and seek Primary Care in a municipality of Western Santa Catarina. This is a descriptive and qualitative exploratory study, whose data were collected through focus groups conducted with the participation of 38 professionals linked to Primary Care. Data were analyzed according to Bardin thematic content analysis. The project was reviewed and approved by a Research Ethics Committee. From the speeches of the study

participants, the following categories of analysis emerged: welcoming and medicalization of the suffering person. Professionals understand mental suffering as a result of disruptions in the various spheres of life and emphasize the importance of a careful and sensitive look to identify and address the suffering people. However, medicalizing practices that are detached from the social context of suffering people are still common, reproducing the biomedical and hospitalizing model, with another guise. It is necessary to broaden the debate and the development of studies on this theme in order to qualify health work and increase resolvability in the context of psychological distress.

Keywords: User Embrace, Primary Health Care, Distress, Psychological, Mental Health.

Introdução

O modelo de atenção em saúde mental no Brasil, ao longo de sua história, passou por uma série de transformações e redirecionamentos, sobretudo após a Reforma Psiquiátrica e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de desinstitucionalizar pessoas e descentralizar as ações de modo a tornar o cuidado mais resolutivo e menos excludente^{1,2}. Os processos de mudanças foram difíceis e exigiram mobilizações de diversos setores da sociedade para se concretizar, em 2011, em uma rede integrada de serviços e ações de saúde – a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – direcionada aos portadores de transtornos mentais, mas ainda àqueles que demandam respostas para o sofrimento psíquico e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas^{3,4}.

A RAPS descreve a função de cada serviço, frisando sua importância, no funcionamento da rede e na eficácia da abordagem da saúde mental. Ela se estrutura a partir dos seguintes pontos: Atenção Básica – Unidades Básicas de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) – Atenção Psicossocial estratégica – diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – Atenção de urgência e emergência, Atenção domiciliar, Unidades de Acolhimento e Atenção Hospitalar³. Nesse contexto, o trabalho direcionado para a abordagem da saúde mental passou a ser atribuição de todos os profissionais de saúde que integram a RAPS⁵.

No âmbito da Atenção Básica, os profissionais de saúde atuam na lógica do acolhimento aos usuários no processo de trabalho, no sentido de entender se as queixas e sintomas relatados são a causa do problema, ou a indicativa de que algo não vai bem, assim como realizar diagnóstico e implementar ações que valorizem as particularidades dos sujeitos⁴.

Nesse sentido, o cuidado em saúde deve reconhecer toda a complexidade que envolve as pessoas que sofrem e a relação delas com o território onde residem. A dor, por exemplo, quando se encontra associada às questões emocionais e psicológicas, comumente é abordada como se fosse derivada de um problema fisiopatológico e, ainda que não seja essa a origem, ela pode requerer uma ação em saúde. Nos valem aqui dos conceitos apresentados por Cassel⁶, que apontam a importância e a magnitude em se reconhecer a pessoa que sofre e busca os serviços de saúde, mesmo que esta não possua um diagnóstico de doença, sendo necessária a conversão de dois campos: o da Saúde Mental e o da Saúde Coletiva.

A atenção psicossocial e a Atenção Básica possuem como elemento comum o conceito de território, especialmente no que concerne à produção do cuidado que intrinsecamente advém e se faz em rede⁷. O cuidado possui como um dos elementos de maior importância o acolhimento ao usuário que, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), deve ser realizado por meio de uma escuta qualificada, em que o profissional irá construir vínculos com o usuário, sendo possível assim identificar suas reais necessidades, obtendo melhor resolubilidade nos serviços de

saúde. Junto com o vínculo, o acolhimento estimula a construção de autonomia por meio da responsabilização compartilhada entre os atores⁸, reconhecendo os usuários como participantes ativos na construção e manutenção da própria saúde⁹.

Assim, ao se deparar com um usuário em situação de sofrimento psíquico, os profissionais de saúde da Atenção Básica devem acolhê-lo e compartilhar as informações com os outros profissionais para que juntos possam planejar intervenções, mesmo que o sujeito não tenha um diagnóstico específico. As pessoas procuram os serviços de Atenção Básica não apenas porque apresentam uma doença, mas porque sofrem e, algumas dessas pessoas que sofrem estão doentes, mas nem sempre a doença explica o seu sofrimento. Os que sofrem sem estar doentes são os que, normalmente, lotam as filas e aumentam as estatísticas de depressão e ansiedade, demandando cuidados dos profissionais de saúde^{4,6}.

Conforme exposto, o cuidado em saúde mental vem se consolidando ao longo dos anos, caminhando junto com a estruturação do SUS. No entanto, desde 2016, uma série de “ataques” vem ocorrendo às políticas públicas de saúde, colocando as conquistas em um patamar de instabilidade. Cita-se a Emenda Constitucional de congelamento dos gastos em saúde e educação por 20 anos e a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 que, dentre diversas mudanças polêmicas, propõe um novo modelo de financiamento. Análises desse novo formato revelam agravamento do subfinanciamento da saúde, o que pode contribuir para reverter conquistas históricas, configurando-se como um retrocesso¹⁰.

Além disso, a nova PNAB relativiza a cobertura universal, define padrões distintos de serviços oferecidos, apresenta um novo formato de equipe e traz uma reorientação do processo de trabalho, aspectos que vem sendo questionados por pesquisadores e profissionais¹¹. Sem o suporte da Estratégia Saúde da Família, a RAPS não consegue atuar com base na integralidade, se tornando pouco presente nas ações territoriais¹².

Nesse mesmo período, uma série de documentos publicados pelo Ministério da Saúde impõem alterações na RAPS consideradas retrocedentes em relação às propostas da Reforma Psiquiátrica e da organização dos serviços baseados no cuidado em saúde¹². Destaca-se a Portaria 3.588 que incentiva investimentos em hospitais psiquiátricos e o fortalecimento das unidades ambulatoriais especializadas, sem a participação de pesquisadores e representantes dos usuários nas discussões. Am 2019, Guimarães e Rosa afirmaram que a então “gestão de saúde mental do Ministério da Saúde golpeia vertiginosamente os avanços de três décadas da Reforma Psiquiátrica brasileira”^{13:123}.

Nesse sentido, entendendo a relevância da temática e da mudança de paradigmas relacionados à compreensão e abordagem do sofrimento psíquico, o trabalho objetiva analisar o cuidado destinado às pessoas que sofrem e procuram a Atenção Básica.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, qualitativo, desenvolvido no âmbito da Atenção Básica em um município localizado no estado de Santa Catarina. A cidade possuía, em 2019, 183.530 habitantes, sendo 90.626 homens e 92.904 mulheres¹⁴, e um índice de crescimento demográfico de 4,89%, conforme projeção da secretaria municipal de desenvolvimento econômico e turismo. A RAPS do município, no momento da pesquisa, contava com uma capacidade física de 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 46 equipes de Estratégia de Saúde da Família, com cobertura de 77,12% da população atendida, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para Adultos (CAPS II), 01 CAPS Infantil (CAPSi II), 01 CAPS Álcool e Drogas 24 horas (CAPS AD III), 01 Unidade de Acolhimento

(UA) 24 horas, além de 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 01 unidade hospitalar de referência¹⁴.

Para a determinação das UBS cenários do estudo, inicialmente, foi necessário o conhecimento a respeito da prescrição dos psicotrópicos por médicos de família e clínicos atuantes na Atenção Básica no município, em um período pré-determinado (entre os meses de março a maio de 2016), no sentido de identificar e investigar duas realidades distintas: 02 UBS com a maior proporcionalidade de prescrição de psicotrópicos, de acordo com a sua população adscrita, feita por médicos da Atenção Básica (UBS CSF 02 e UBS CSF 04) e 02 UBS com a menor proporcionalidade de prescrição, feita por médicos da Atenção Básica (UBS CSF 01 e UBS CSF 03) a usuários das UBS que não são atendidos por serviços especializados de saúde mental. Essa etapa contou com o apoio da coordenação farmacêutica do município que levantou os dados nos registros eletrônicos municipais.

Os cenários selecionados para o desenvolvimento do estudo apresentavam as seguintes características: As UBS 01 e 04 estão localizadas na área rural do município e uma equipe de Estratégia Saúde da Família se responsabiliza pelo cuidado da população residente na área de abrangência; as UBS 02 e 03 estão localizadas na área urbana e contam com três equipes Estratégia Saúde da Família. Participaram do estudo enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos quatro cenários. Todos os profissionais que faziam parte das equipes de Estratégia de Saúde da Família foram convidados para participar dos diálogos, após apresentação da proposta em reunião de equipe. A amostra foi definida em função do aceite para participação e os dados foram coletados por meio de grupos focais, sendo conformados um grupo nas UBS 01 e 04 e dois grupos nas UBS 02 e 03, totalizando 06 grupos. Adotou-se como critério de inclusão estar atuando na equipe por, no mínimo, 06 meses. Os profissionais médicos foram excluídos dos grupos focais mas, participaram do estudo de outra forma em função de particularidades que o projeto desejava abordar com essa categoria. A amostra foi composta por 30 profissionais.

Os diálogos foram conduzidos por uma das pesquisadoras, após explicação sobre a dinâmica dos grupos e assinatura dos TCLE (apresentação dos participantes, gravação e posterior transcrição, atentando-se às questões éticas), em salas previamente reservadas nas respectivas UBS. Outra pesquisadora acompanhou os diálogos e realizou anotações no diário de campo para auxiliar na análise do material. A conversa foi guiada por um roteiro orientador com as seguintes questões norteadoras: percepção dos participantes sobre o sofrimento mental; como os profissionais percebem/identificam o sofrimento mental; o que eles consideram para avaliar se as pessoas estão em sofrimento mental; e qual a percepção das pessoas com relação ao tratamento ideal.

Os grupos focais tiveram duração média de 60 minutos. O conteúdo das discussões desenvolvidas foi áudio gravado e transcrito para posterior análise com a técnica de análise de conteúdo de Bardin¹⁵. Segundo os passos propostos por essa autora, realizou-se leitura flutuante exaustiva do texto transcrito e, após isso, ele foi organizado em duas categorias temáticas: acolhimento e abordagem da pessoa que sofre. Na sequência, foi realizada a codificação e a substituição de todos os trechos que poderiam identificar os participantes pelos códigos estabelecidos para cada um dos grupos focais desenvolvidos (UBS-01, UBS-02, UBS-03 e UBS-04). Por fim, eles foram interpretados e discutidos à luz do referencial teórico relacionado à temática.

Esse trabalho derivou de um subprojeto de Iniciação Científica vinculado à um Projeto de Pesquisa matricial.

O Projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul,

e aprovado por meio do parecer 1.647.056 de 2016 (CAAE: 56468816.5.0000.5564).

Resultados e Discussão

O Acolhimento na Atenção Básica: fragilidades e potencialidades no cuidado à pessoa que sofre

Dentro da RAPS, a Atenção Básica representa uma potência para transformação do modelo de atenção em saúde mental pautado pela vigilância, prevenção e promoção da saúde. Nesse nível de atenção, o cuidado em saúde mental é estratégico na medida em que há grande facilidade de acesso e contato entre equipe e usuários e o vínculo entre eles é essencial para obter impactos positivos na melhora da saúde da população^{4,16}. Ao serem perguntados sobre a definição de sofrimento psíquico, os profissionais verbalizaram reflexões diversificadas, nos diferentes cenários:

[...] sofrimento mental é o que a gente sofre lá fora e não pode resolver aqui dentro, porque você fica sofrendo. Assim, sofremos também em casa, sem conseguir resolver (UBS – 02).

Sofrimento mental pode ser um luto, pode ser uma palavra de alguém que te ofende e você fica martirizando ali muitas vezes no cérebro, e com isso, você busca resolver e não consegue. Aí, você tenta se matar (UBS – 02).

Uma ansiedade! Eu acho que já pode ser considerada como sofrimento mental (UBS – 04).

Para mim, o sofrimento mental é quando tu tens alguma coisa, tu não consegues resolver e tu ficas martelando aquilo na cabeça, dia após dia e não consegue resolver. Aquilo vai aumentando e tu acabas criando algo muito maior. Isso deveria ser resolvido logo para não ficar incomodando (UBS – 02).

As narrativas de fatos e histórias vividas pelos profissionais revelam que eles compreendem o sofrimento psíquico como resultante de questões biopsicossociais e estão relacionados às rupturas nas diversas esferas da vida:

Só que essa senhora também tem uma história. Ela perdeu a filha em um acidente e já vinha se tratando, daí perdeu a filha e tudo se acumulou (UBS – 02).

O Conselho Tutelar tirou os filhos dela. E daí, ela pirou (UBS – 02).

Aqui, a gente tem exemplos de mãe que perdeu o filho em acidente e em suicídio. Filhos presos, que elas chegam aqui falando que querem tirar a própria vida (UBS – 04).

[...]É uma bagagem de traumas que elas vêm carregando. O filho deficiente, o marido que a abandonou, a situação familiar... Então, com todos esses traumas, as pessoas, às vezes, não aceitam e não conseguem lidar com tudo isso (UBS – 02).

[...] na minha opinião, o sofrimento mental, não é só do paciente com depressão. É tudo aquilo que interfere de algum modo na vida dele. Uma pessoa com ansiedade ou com distúrbio de ansiedade, vai ter o sofrimento mental interferindo em algum momento na vivência dela (UBS -03).

São problemas que vêm lá do passado, desde criança. Quando não se tem um bom cuidado em casa, por exemplo: quando se é maltratado pelos pais, ou os pais não dão atenção, tudo aquilo vai sendo guardado. Chega um tempo que todo aquele problema vai se tornar um problema sério para a saúde mental da pessoa (UBS – 03).

Estudos reforçam que os profissionais da Atenção Básica compreendem o sofrimento psíquico como resultante de causas variadas^{17,18}. É imprescindível que os profissionais que atuam nesse nível de

atenção mantenham-se atentos às diversas dimensões do sujeito que os procuram porque sofrem, compreendendo-os a partir de uma perspectiva multidimensional e sistêmica⁴. Os profissionais que participaram do estudo narraram, ainda, como identificam, no cotidiano do trabalho na Atenção Básica, o sofrimento psíquico:

[...] está diferente, não está conversando. Não está brincando, nem nada. Isso daí se tu fizeres perguntas, questionar ele, alguma coisa, pode saber que ele tem alguma coisa de sofrimento (UBS – 03).

Eu acho que a gente consegue perceber quando um paciente, às vezes, eles vêm, ficam mais quietos, outros começam a conversar um pouco mais. A gente começa a perceber algumas mudanças de alguns pacientes (UBS – 04).

A grande maioria parece com essa situação: ela começou a ficar depressiva porque se tratava de uma irmã que viveu muitos anos juntas, e quando ela morreu, sentiu aquela carência porque ela não estava mais ali. Ela era aquela pessoa que conversava, que ajudava, que uma ouvia a outra. Depois da morte da irmã, ela passou a vir todos os dias ao posto de saúde (UBS – 04).

As narrativas deixam claro a importância de um olhar atento, sensível e cuidadoso por parte dos profissionais para identificar as pessoas que sofrem e oferecer respostas resolutivas para suas queixas. Ressalta-se que as manifestações mais comuns do sofrimento psíquico compõem uma síndrome clínica com três grupos de sintomas que aparecem de forma combinada: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização)⁴. Corroborando com essa afirmação, os profissionais associam alguns sintomas físicos ao sofrimento psíquico:

O paciente vem com uma queixa que não tem nada a ver: “estou com dor de barriga”. Mas, tu vais investigando, quando tu vês é uma coisa que está incomodando, que foi indo e transformou-se em um problema orgânico (UBS – 03).

Tem muita gente que tem essa ansiedade mas, não sabe. Sofre com isso, e um dia acha que é uma dor de estômago, outro dia acha que é só uma dor de cabeça e não vai ligando os pontos. Uma hora apresenta um problema com o filho, outra hora com outro ente da família, ou com uma doença, enfim, vai se arrastando (UBS – 04).

Associada a essa noção ampliada dos profissionais no que se refere ao sofrimento psíquico, existe uma compreensão entre os membros das Equipes de Saúde da Família, nos cenários do estudo, relacionada à importância de escutar, atentamente e qualificadamente, os usuários que buscam os serviços com queixas de sofrimento mental, no sentido de oferecer melhores respostas e auxiliar na resolução dos seus problemas⁴. Entre os profissionais que se manifestaram, destacam-se as falas que seguem onde eles reconhecem a importância de ouvir as pessoas que sofrem no sentido de se aproximar de um cuidado efetivo e mostram como isso ocorre no cotidiano de trabalho:

Interagindo um pouco mais com os pacientes, eles se sentem um pouco mais à vontade para falar algumas coisas (UBS – 01).

Sempre digo: Quer conversar sobre alguma coisa? Não precisa ser sobre o sofrimento. Talvez, eu não tenha o tempo devido pra te atender, mas a gente tenta, a gente pode tentar (UBS -02).

Até porque é importante o que a gente sempre fala, criar o vínculo (UBS – 03).

[...] Às vezes, parar e ouvir um pouquinho a pessoa que naquele momento está precisando (UBS – 03).

Às vezes, quando eles começam a falar, eu faço a minha parte que é dar um pouco da minha atenção para eles (UBS – 03).

Eles são bem carentes mesmo. Falta de atenção, falta de alguém para conversar, principalmente idosos. A maioria fica em casa sozinho. Às vezes, eles nem têm doença, é só falta de atenção mesmo (UBS – 03).

O acolhimento empático e a escuta cuidadosa e sensível – aquela que permite que a outra pessoa fale sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção na própria vida – favorecem a criação de vínculo entre o usuário e o serviço e potencializam as ações cuidadoras^{4,8}, sendo essenciais para o processo de trabalho na Atenção Básica. O ato de ouvir e ser ouvido, em muitos momentos, é visto como parte do senso comum e alguns profissionais entendem que essa conduta é desnecessária valorizando, assim, condutas técnicas. No entanto, no âmbito da saúde, ouvir é uma competência profissional indispensável para ampliar a resolubilidade das ações utilizando os recursos disponíveis. Deve-se ouvir e acolher as demandas que os sujeitos trazem para o encontro terapêutico como legítimas e singulares requerendo, assim, um espaço de fala livre, espontânea e sem resistências ou recriminações.

O simples fato de expor o que está sentindo já dará um alívio ao sofrimento de quem fala¹⁹. Corroborando com essa afirmação, a escuta qualificada foi apontada como um recurso terapêutico por alguns dos profissionais, conforme os recortes que seguem confirmam:

[...] No momento que a gente tá com eles, conversa com eles, tu vê que eles mudam muito a atitude, porque tem uns deles que sentem só a falta de conversa (UBS – 01).

E a confiança. Tu nunca podes deixar eles perderem a confiança, porque daí eles já não vêm mais. Então, eles se abrem bastante. Às vezes, nem é doente, é só uma conversa. E uma conversa e já sai aliviado. Já estão diferentes quando saem (UBS – 04).

Ao narrar seu sofrimento para um interlocutor e ter a possibilidade de se escutar enquanto fala, o usuário pode criar outras possibilidades “de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significados aos seus sofrimentos”^{4,25}. Além disso, o acolhimento pressupõe que o serviço e os profissionais estejam disponíveis para receber e ofertar ações a qualquer momento ao longo do processo de cuidado²⁰. No discurso que segue, essa questão é explicitada:

O principal é escutar. Tu tentas tirar algumas conclusões, mas não adianta tu dar um conselho vazio, sabe?! Sendo que tu não tens uma relação mais estreita com o paciente. Então, eu deixo sempre assim: as portas abertas. A hora que ele precisar vir conversar, volta pra unidade. Que eles entendam que aqui é o lugar pra eles pedirem ajuda (UBS – 02).

A coordenação do cuidado é um aspecto fundamental para a concretização da integralidade do cuidado e, espera-se que a articulação entre os diversos serviços, ações e profissionais seja sustentada e guiada pela Atenção Básica²¹. Além disso, este nível de atenção apresenta-se como ordenador das redes de atenção à saúde, tendo o acolhimento como eixo chave em busca de uma sincronidade e um objetivo comum – o cuidado integral do usuário.

No entanto, o cotidiano do trabalho na Atenção Básica, por inúmeros empecilhos, como a estrutura física inadequada e, sobretudo, pela alta demanda de usuários com queixa de sofrimento mental, imprime dificuldades para concretizar o acolhimento e a atuação centrada na pessoa.

A fala a seguir exemplifica isso:

E todo mundo concorda que o ideal é conseguir ter um atendimento humanizado, só que existem condições pra isso, estrutura física é uma, questão do tempo, a questão de condições de trabalho, condições de preparação mesmo formação dos profissionais (UBS - 02).

Além disso, a perspectiva de frustração no cotidiano é algo presente em outros estudos, em que profissionais apontam dificuldades relacionadas à estrutura física, tempo e incapacidade resolutiva frente aos casos de sofrimento psíquico²². No entanto, reconhecer estratégias que facilitem a assistência como visitas domiciliares, atendimentos individualizados e educação em saúde, são passos importantes a serem dados, pois possibilitam o reordenamento das práticas no cotidiano dos profissionais²².

E aí tu se sente impotente, porque aí tu também gostaria de ter mais tempo. Várias vezes eu pensei “meu Deus, como que queria ter tempo pra vir aqui na casa dela, tirá-la de dentro de casa, sentar ali fora com ela, tomar uma cuia de chimarrão”! Só que isso também, a nossa rotina de trabalho, não permite! E, às vezes, tu acabas por desistir. Mas, mesmo assim, fica na tua cabeça, tu lembrás da pessoa, a pessoa é uma pessoa querida pra ti (UBS – 02).

O tempo de consulta, considerado insuficiente, associado à alta demanda de usuários que recorrem aos serviços de Atenção Básica motivados por sofrimento psíquico são problemas apontados por outros autores²³. Outro estudo apresentou a prática do acolhimento como importante instrumento no processo de inclusão do portador de sofrimento mental nas ações desenvolvidas pela Atenção Básica. Além disso, a escuta deverá ocorrer em todos os locais do serviço e por todos os profissionais, buscando assim, a oferta de um cuidado integral, sugerindo uma ampliação no escopo de atendimento de demandas pelas unidades²⁴.

No entanto, quando a demanda da UBS é pequena, o acolhimento é operacionalizado com maior facilidade, como revela o discurso que segue, verbalizado na UBS composta por uma equipe e uma população total cadastrada de menos de 2.000 pessoas:

Eu acho que a gente teria que ouvir mais as pessoas, porque, na maioria das vezes, a gente aqui tem tempo de sentar e escutar o que eles têm pra contar, e nas unidades maiores eles não tem esse tempo (UBS – 01).

Nesse processo de cuidado, é fundamental, ainda, que o profissional disponha de condições psicológicas para acolher o usuário e ouvir atentamente suas queixas, demonstrando respeito e paciência para entender suas dificuldades e atender as necessidades que estão sendo passadas¹⁹. Os discursos revelam, no entanto, que os profissionais da Atenção Básica carecem de apoio e preparo psicológico para lidar com as demandas recorrentes de sofrimento mental que chegam aos serviços:

Você vai ter que saber lidar com isso. Porque, senão, você puxa pra si. Porque daí você já está sofrendo, a pessoa vai chorar e você acaba chorando também. Então, a preparação psicológica é necessária (UBS -04).

Eu vou dizer uma coisa que eu acho que a gente deveria ter um apoio para nossa saúde mental. Nossa Unidade é diferente das outras. Como que eu vou trabalhar a saúde mental de outro se a minha está ruim? (UBS – 02).

Tem que ter condições pra poder chegar até o paciente. Às vezes, a gente está pior do que ele, vai falar o quê? (UBS – 02).

Para alguns trabalhadores, em especial os ACS, as pressões advindas do ambiente de trabalho, a

cobrança de cumprimento de metas e o apoio insipiente para a saúde do trabalhador, por parte da gestão, acarretam sofrimento psíquico para os que cuidam das pessoas que sofrem:

Pressão, estou sobrecarregada, fazendo várias atividades ao mesmo tempo (UBS – 02).

Nós não temos mais saúde para conversar com a pessoa. Acho que nós estamos mais depressivos que os próprios depressivos. Eu, sinceramente, não tenho nem vontade de vir trabalhar (UBS – 03).

Lá de cima, eles não estão se importando com a saúde da gente. Eles querem que nós cuidemos dos pacientes. Eles querem saber o número de visitas que fizemos (UBS – 03).

Eu acho que a pressão não vem só dos pacientes, a pressão da coordenação, dos superiores também, às vezes, com algumas coisas que a gente não concorda e a gente é obrigada a fazer. Eu acho que isso é um sofrimento mental (UBS – 02).

O sofrimento psíquico dos profissionais tem sido parte do plano cotidiano, pois é no ritmo imposto pela rotina de trabalho nas unidades de saúde que se encontram diversos desafios a serem enfrentados, desde uma agenda repleta de reuniões e com pouco espaço para a reflexão sobre o cuidado, chegando ao extremo em que trabalhadores sofrem pressões da gestão que transformam o cuidado em moedas de favores. Vale lembrar que, na perspectiva compartilhada pela Atenção Psicossocial e pela Atenção Básica, não basta olhar somente para o corpo que adoce, mas sim, considerar todos os planos o atravessam, sejam eles, históricos, sociais e econômicos, denotando uma singularidade própria de cada situação⁷.

Aumentar a contratualidade social e permitir que os modos de fazer andar a vida sejam valorizados, nos levam a repensar a forma como a saúde tem sido produzida nesses espaços. O cuidado, quando operado na lógica do território, viabiliza a construção de uma rede potente de saúde, com aspectos que deveriam ser considerados pelo modelo de gestão na atualidade⁷.

No que se refere ao trabalho colaborativo, em equipe, ele foi apontado como fundamental para que a abordagem da pessoa que sofre seja resolutiva na Atenção Básica²⁵. Os recortes que seguem reforçam essa afirmação:

A partir do momento que eu tenho o conhecimento, eu compartilho com o meu colega e a gente vai se ajudando (UBS - 03).

A troca de experiências. E a nossa equipe é uma equipe boa (UBS - 03).

Os profissionais, no ambiente da Atenção Básica, dispõem de uma série de possibilidades para, a partir do trabalho em equipe, intervir de maneira resolutiva na vida das pessoas que sofrem. Por isso, a proposta dos profissionais se reunirem para conversar sobre os diferentes casos de sofrimento mental, para que juntos possam pensar estratégias terapêuticas e intervenções que possam reduzir as práticas medicalizantes²⁶. Ao construir os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) em equipe, há a possibilidade de ampliar a perspectiva de vida dos usuários e de seus familiares a partir do acompanhamento de vivências²⁷.

Os NASF-AB atuam de forma integrada com as Equipe de Saúde da Família e foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade²⁸. A importância dos profissionais que compõem o NASF-AB apareceu nos discursos dos participantes desse estudo:

Como formação para grupo, temos as nossas reuniões de sexta-feira, quando vem o pessoal do NASF, trazendo casos para resolvermos... Isso tudo vai abrindo a mente da gente, o olhar, para o nosso dia a dia, e a troca de experiências (UBS - 03).

Tinha aqueles encontros de casos, que era uma equipe em que era marcado o dia e cada um ia em um posto de saúde, enfermeiro e médico, e às vezes eram discutidos e estudados casos de pacientes (UBS – 04).

O apoio matricial tem sido utilizado para qualificar o atendimento dos profissionais na Atenção Básica, com o auxílio de outros profissionais da saúde – majoritariamente do NASF-AB ou do CAPS – com vistas a diminuir os encaminhamentos aos psicólogos e psiquiatras. O apoio matricial vem contribuindo com as equipes de saúde da família, oferecendo suporte técnico para realizar um acolhimento humanizado, permitindo a construção de vínculos com a população, incentivando a responsabilização compartilhada dos casos e, conseqüentemente, reduzindo a “cultura do encaminhamento”²⁹⁻³¹. Alguns profissionais, entretanto, não compreendem a atuação do NASF-AB e a função do apoio matricial, acreditando que seria fundamental a presença de um psicólogo para realizar atendimentos individuais:

[Os atendimentos da psicóloga são] individuais. E aí os casos graves ela encaminha, mas que nem agora eles só estão chamando casos de urgência. Tipo risco de suicídio, pelo que eu entendi (UBS - 01).

A outra parte, que é a parte de terapia psicológica, não é feito, não é realizado, não existe um psicólogo pra fazer isso. Existem as terapias de grupo, mas individualmente não existem consultas. Aqui, para as unidades básicas, existe o centro de referência, mas aí já é algo que dificulta um pouco mais o acesso a essas pessoas. E, como aqui é uma unidade pequena, bastante gente de interior, todo mundo se conhece, e eu acredito que seria uma dificuldade bem grande tratar esses assuntos em grupo [...] (UBS – 01).

A percepção, oriunda do modelo biomédico, de que a atuação dos psicólogos é restrita à clínica, é comum no discurso de muitos profissionais que acreditam que essa seria a principal – talvez, a única – maneira de a psicologia contribuir com o cuidado em saúde³².

Abordagem da pessoa que sofre na Atenção Básica

Na esfera do sofrimento psíquico, muitas vezes, a prescrição medicamentosa é a primeira opção de tratamento³³, sendo inclusive utilizada para tratar qualquer mal-estar das pessoas como tristeza, desamparo, solidão, inquietude, insegurança e até infelicidade^{34,35}.

Observa-se, assim, um processo de psiquiatrização da vida social, que vem transformando todo o mal-estar psíquico em doença, fato correlato a uma grande valorização da concepção biológica do sofrimento psíquico que, fundamentado na neurologia e na genética, incentivam o tratamento baseado essencialmente em recursos químicos^{34:383}.

Esses aspectos reforçam o desenvolvimento de um trabalho mecânico, distante do acolhimento e da produção do cuidado, que não leva em conta as singularidades dos usuários, o que pode gerar dependência de medicação e baixa resolubilidade:

[...] tem muitos profissionais, bem antigos, que só fazem o seu trabalho sem olhar para a pessoa. Vai lá e aplica o medicamento e não conversa, não quer saber o nome, nem nada. Só faz aquilo ali automaticamente há muitos anos e deixa de olhar o lado interior da pessoa (UBS - 03).

E o tratamento consiste em dar medicação, que é a forma mais fácil, é só passar com o

médico, prescrever e retirar a medicação [...] (UBS – 01).

[...] muitas vezes, não é necessário tomar aquele medicamento, tu acabas tomando a primeira vez pra ficar preso a ele. Tem pessoas que tão há muitos anos, dez anos, tomando a medicação (UBS – 01).

Notou-se que, nos espaços onde o acolhimento era mais valorizado nas falas dos profissionais e, conseqüentemente, mais presente, o número de prescrição de medicação psicotrópica era menor (UBS 01 e UBS 02) em comparação aos lugares onde as falas revelaram insuficiência ou inexistência de acolhimento, o que fica claro nos recortes a seguir:

[...] Para eles, bastou o paciente dizer, e ele vai lá e prescreve aqueles remédios para dar sono o dia inteiro. Antidepressivos são importantes, mas são remédios. Esses remédios, clonazepan, eu não sei o que é, e dão assim absurdamente, uma quantidade elevada, aí, às vezes, a pessoa em vez de melhorar ela vai piorar. Primeiro, tem que ouvir, tem que escutar o que ela tem para dizer, fazer uma boa avaliação para depois prescrever e depois pedir retorno para aquela pessoa (UBS -04).

Nos lugares que as pessoas não estão preparadas pra ouvir, não dão essa liberdade para os pacientes falarem, acabam indo direto para o remédio. Mandam direto para a farmácia, pois não podem escutar. E muitas vezes, os pacientes–não querem que a gente fale nada, eles querem falar para gente (UBS - 01).

Nos discursos dos profissionais, a falta de critérios claros para realizar a prescrição medicamentosa e a manutenção dela ao longo do tempo foi apontada como mais uma problemática no que tange à abordagem do sofrimento psíquico:

A questão do sofrimento psíquico que foi falado lá no começo pela colega, do luto, é assim por exemplo: perdeu um filho assassinado e não consegue superar, aí vai pro uso da medicação. Ao fim, ele sairá do luto, mas não sairá da prescrição. Ele continuará vindo pegar a medicação (UBS – 02).

Um cuidado adequado demanda diálogo com os pacientes, para que se possa discutir com ele e com a equipe de saúde a melhor forma de agir diante dos problemas apresentados²⁶. Em alguns contextos, as pessoas acabam escolhendo se dopar de medicamentos para se isolar do mundo por não dispor de outras possibilidades como ter com quem conversar ou desabafar, criando uma sociedade cada vez mais dependente das “pílulas da felicidade”¹⁶.

Uma das falas revela que o profissional reconhece a potência de dispositivos de cuidado, além da medicação, e que eles deveriam preceder à essa iniciativa. Ou seja, as medicações deveriam ser prescritas, criteriosamente, após a utilização de estratégias abrangentes capazes de auxiliar no “reequilíbrio” da vida e permitir maior compreensão e aproximação dos profissionais de saúde e dos problemas do usuário:

Chegou a pessoa com problema, você logo dá o remédio, você tira a oportunidade [...] de resolver esse problema sem medicação. Chegou aqui, “tô ruim, tô mal, quero me matar” e já vai tomar um remédio. Não, vamos tentar uma outra forma para ver se tem como ouvir essa pessoa, orientar essa pessoa, conversar com a família, ver o problema, ver de outra forma e, se for necessário realmente, faz o uso da medicação (UBS – 01).

A gente trabalha com Reiki, aurículo [auriculoterapia], faz acompanhamento da homeopatia. Tudo isso aqui na unidade. Eu já trabalho há 5 anos com auriculoterapia e o que eu percebi foi que, quando coloco sementinhas na orelha em determinados pontos específicos, como exemplo, para dor na lombar, semana que vem, a pessoa volta com dor

na lombar de novo. Nisso me pergunto: O que que está acontecendo? São as doenças psicossomáticas. E, aos pouquinhos, a gente vai avaliando a resistência da pessoa e a capacidade de entendimento dela (UBS – 03).

Os projetos terapêuticos não precisam estar centrados na ação medicamentosa³⁶. A Atenção Básica dispõe de tecnologias de cuidado com capacidade para inserir, novamente, essas pessoas na sociedade, por meio de iniciativas desmedicalizantes capazes de acalmar ansiedades, reforçar a autoestima, o respeito interprofissional, o espírito de equipe e o vínculo dos usuários com todos os profissionais¹⁶. O território é compreendido como potente local de produção de vida e sentidos³⁷. É possível, ainda, utilizar recursos como massoterapia, terapia comunitária, inserção em grupos da comunidade, dentre outros, oferecidos pela própria rede como alternativa e complemento ao tratamento medicamentoso³⁶.

O trabalho na Atenção Básica deve compreender a abordagem do sofrimento mental como um acontecimento que produz vida, para além dos serviços de saúde, e permite a reinserção dos indivíduos na comunidade³⁸. O bom tratamento e acompanhamento das pessoas em sofrimento mental sem o uso de medicações, necessita de espaços que possam possibilitar a inserção delas, conhecendo o ambiente em que elas se encontram para ajudar novamente a interagir com a sociedade³¹.

Nessa compreensão, o acolhimento torna-se potente para entender as formas de viver de cada indivíduo, estimulando que ele seja corresponsável, junto com os serviços, pela sua saúde⁸. O cuidado deve ser centrado na pessoa, em detrimento da doença, contar com o apoio de familiares para ajudar o usuário a encontrar recursos saudáveis e potências terapêuticas no próprio território onde vive, evitando hospitalizações^{2,26}. Cabe, então, aos profissionais de saúde, esse papel de empoderar os usuários e suas famílias para que se possa promover processos de recuperação e retomada da vida ativa. A partir do momento em que os usuários são colocados como atores do seu processo de saúde e entendem que são responsáveis pelas mudanças que querem em suas vidas, o tratamento e a recuperação se tornam facilitados⁸.

Deve-se, ainda, tentar reduzir os efeitos negativos do sofrimento psíquico ou das doenças mentais e estimular o usuário para o enfrentamento de seus problemas. Isto, porém, com base nas suas condições sociais, econômicas, culturais e resgatando a sua cidadania, para permitir sua reinserção na sociedade⁸. A fala a seguir exemplifica que parte dos profissionais compartilha dessa compreensão:

Se a pessoa está fazendo bastante tratamento e não resolve, eu acho que [...] uma ajuda, um apoio, a pessoa junto com o tratamento, porque às vezes a depressão nada mais é do que a pessoa estar muito em casa, sem o que fazer, vamos supor, a pessoa entra em um grupo desses de igreja, se envolve no trabalho. Ou também é o contrário. Às vezes, a pessoa está com muito trabalho. Já teve casos de pessoas que não trabalhavam fora, só ficavam em casa, depois que arrumaram um trabalho, simplesmente desapareceu. Porque cada caso é um caso. Devagarinho pararam até de tomar medicação, isso também existe, não interagir com a vida social (UBS - 01).

Considerações Finais

Os resultados revelam as potências do acolhimento, da escuta qualificada e do vínculo para qualificar o cuidado destinados às pessoas que sofrem no âmbito da Atenção Básica. Em contrapartida, quando esses dispositivos não estão presentes, predominam práticas prescritivas e culpabilizantes que reduzem a potência do cuidado em saúde mental. Torna-se necessário ampliar o debate e o desenvolvimento de estudos sobre essa temática no sentido de qualificar o trabalho

em saúde e aumentar a resolubilidade no contexto do sofrimento psíquico.

Referências

- ¹ Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*, 2017, (34): 146-160.
- ² Lima FG, Siciliani CC, Drehmer LBR. O Perfil Atual da Saúde Mental na Atenção Primária Brasileira. *Com. Ciências Saúde*. 2012; 24(2):143-48.
- ³ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil*. Brasília, 23 dez. 2011.
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde, *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*, Brasília - DF, 2013.
- ⁵ Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: Campos GWDS, et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 615-634.
- ⁶ Cassell EJ. *The Nature of Suffering and the goals of medicine*. 2nd ed. Oxford University Press, 2004.
- ⁷ Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e Atenção Básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis e Psique*. 2018; 8(1): 173-190.
- ⁸ Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGAI, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 julho; 16(7): 3051-3060.
- ⁹ Faria MC, Vargas CRM. Acolhimento: concepções e práticas dos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares do Hospital Universitário de Brasília. *Tempus, actas de saúde colet*. 2017; 11(3): 1363-78.
- ¹⁰ Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 abril; 25(4):1181-1188.
- ¹¹ Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2018; 42(116):11-24.
- ¹² Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado, PGG. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab, educ. Saúde*. 2020; 18(3): e00285117.
- ¹³ Guimarães TAA, Rosa LCS. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*. 2019; 22(44): 111-138.
- ¹⁴ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades: Chapecó* [Internet]. 2019 [citado 5 set 2020]. Disponível em: <https://tinyurl.com/y6gjp68w>

- ¹⁵ Bardin L. Análise de Conteúdo. Edições 70; 2011. p.276.
- ¹⁶ Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(Suppl 3): 3615-3624.
- ¹⁷ Nunes M, Jucá VJ, Valentim CP. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cadernos de Saúde Pública. 2007; 23(10): 2375-2384.
- ¹⁸ Jucá VJS, Nunes MO, Barreto O. Programa de Saúde da Família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. Ciênc. saúde coletiva. 2009, 14(1):173-182.
- ¹⁹ Cardoso L et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Clínica da atenção psicossocial. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/163418?show=full>. Acesso de 20 de outubro de 2018.
- ²⁰ Mororó MEML. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial. 2010. 110p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ²¹ Almeida PF, Marin J, Casotti E. Estratégias para Consolidação da Coordenação do Cuidado Pela Atenção Básica. Trab. educ. saúde. 2017; 15(2):373-398.
- ²² Cruz EL, Santos RMM. Atenção à saúde da pessoa em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família. Saúde em Redes. 2019; 5(1):127-144.
- ²³ Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(2), 477-486.
- ²⁴ Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho, APV, Mendes DG, Leite MT. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da Equipe de Saúde da Família. Cuidado é Fundamental. 2013; 5(2):3549-57.
- ²⁵ Gryscek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20(10), 3255-3262.
- ²⁶ Tonin CF, Barbosa TM. A interface entre saúde mental e vulnerabilidade social. Tempus, actas de saúde colet. 2017; 11(3):50-68.
- ²⁷ Passos E, Carvalho SV, Maggi PMA. Experiência de autonomia compartilhada na Saúde Mental: O “Manejo Cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. Pesquisas e Práticas Psicossociais. 2012; 7(2):269-278.
- ²⁸ Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2007.

- ²⁹Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22(5), 1053-1062.
- ³⁰Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; 23(2):399-407.
- ³¹Azevedo DM, Guimarães FJ, Dantas JF, Rocha TM. Atenção Básica e Saúde Mental: um diálogo e articulação necessários. *Rev. APS*. 2014; 17(4): 537-43.
- ³²Cintra MS, Bernardo MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2017; 37(4): 883-896.
- ³³Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(1), 63-74.
- ³⁴Amarante, P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ³⁵Ferrazza DA, Luzio CA, Rocha LC, Sanches RR. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *set-dez*. 2010; 20 (47): 381-390.
- ³⁶Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2014; 24 (1): 253-271.
- ³⁷Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*. 2014; 38(102), 593-606.
- ³⁸Ferreira TPS, Sampaio, JS, Adelle CN, Oliveira DL, Gomes LB. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017; 21(61): 373-384.

Submissão: 30/07/2020

Aceite: 07/03/2021