ANA LUIZA FERRER

A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DE TRABALHADORES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização

Campinas
2012

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva

A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DE TRABALHADORES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização

Ana Luiza Ferrer

Tese de doutorado apresentada a pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva. Sob orientação da Profª. Drª. Rosana Onocko Campos.

Campinas
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

F414s

Ferrer, Ana Luiza, 1979 -
A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços : um estudo hermenêutico–narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização / Ana Luiza Ferrer. -- Campinas, SP : [s.n.], 2012.

Orientador : Rosana Teresa Onocko Campos.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde pública. 3. Programa saúde da família. 4. Políticas públicas. 5. Transtornos mentais I. Campos, Rosana Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Mental health in primary care under the perspective of workers and users of the services: a hermeneutic-narrative study of the processes of welcoming, liaison and accountability.

Palavras-chave em inglês:
Primary health care
Public health
Family health program
Public policies
Mental disorders

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:
Rosana Teresa Onocko Campos [Orientador]
Ana Maria Fernandes Pitta
Walter Ferreira de Oliveira
Erotildes Maria Leal
Nelson Filice de Barros

Data da defesa: 14-02-2012

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

ANA LUIZA FERRER

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Rosana Teresa Onocko Campos

Membros:
Prof(a). Dr(a). Rosana Teresa Onocko Campos
Prof(a). Dr(a). Ana Maria Fernandes Pitta
Prof(a). Dr(a). Walter Ferreira de Oliveira
Prof(a). Dr(a). Erotildes Maria Leal
Prof(a). Dr(a). Nelson Filice de Barros

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 14 de fevereiro de 2012

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes quatro anos algumas pessoas foram fundamentais no processo de construção e concretização deste trabalho. Também vivenciei algumas experiências que certamente me transformaram e me fizeram amadurecer. Sem dúvida, a mais intensa durante o processo de escrita da tese foi a gestação e o nascimento do meu primeiro filho, que me fez descobrir o verdadeiro significado de um amor incondicional e pôs em xeque todas as prioridades (ou tentativas) da minha vida profissional, fazendo-me refletir sobre o que realmente vale a pena levar desta vida!

Agradeço ao **Cláudio**, meu grande amor, quem proporcionou esta fantástica experiência de me transformar em mãe! Obrigada por estar sempre ao meu lado e por nunca me deixar desistir! Você se transformou no melhor pai do mundo!!!!

Agradeço ao meu pequeno **Rafael**, que desde bebezinho já aprendeu a dividir a atenção da mamãe com o computador, livros, textos...mas ao mesmo tempo impõe sua presença, ditando limites ao trabalho, para que suas necessidades tão básicas sejam supridas. Tenha certeza que em todas as situações você sempre levou a melhor, ganhando todo carinho e atenção da mamãe!

Agradeço aos meus pais **Nilza** e **Luiz Carlos**, que me formaram, sempre me apoiaram, acreditaram nos meus ideais e por inúmeras vezes atuaram como babás para que eu conseguisse me concentrar no trabalho de escrita. Vocês são os melhores avós do mundo!!! Também agradeço ao meu irmão **Luiz Eduardo**, pelas centenas de vezes que invadi o seu quarto para conseguir escrever! À minha irmã **Maria Fernanda** e seu companheiro **Piu**, que também desenvolveram e aprimoraram técnicas infantis para cuidar do meu bebê! Espero que vocês tenham se inspirado!

Trabalhar com um coletivo de pessoas realizando pesquisas e produzindo conhecimento também foi um quesito importante e fundamental neste processo de aprendizagem que a academia proporciona. Certamente estas relações transcenderam o aspecto profissional, transformando-se em amizades e companheirismos que levarei comigo para sempre. Agradeço ao **'Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva e Saúde mental:**

interfaces', composto por pessoas dinâmicas, criativas, jovens, trabalhadoras, pensadoras (e férteis!), que mantêm nas reuniões um espaço lúdico, porém intenso, de trocas e produção de saberes: Ao **Tato**, pela sua franqueza e seu senso de humor argentino (já estou com muitas saudades deste seu sotaque portunhol!). À **Tati Scala**, pela amizade e intensas trocas, inclusive sobre bebês! Estamos vivendo ao mesmo tempo a experiência da maternidade...Também à **Laura Gonçalves**, mamãe do Caetano, vivendo a difícil tarefa de conciliar um doutorado com um filho tão pequeno (no fim, tudo dará certo!). Ao **Carlos Gama**, pelo trabalho em conjunto e pelas oportunidades acadêmicas que me concedeu. Ao **Thiago Trapé**, amigo 'são paulino', além de ser uma excelente companhia oferece oportunidades etílicas ímpares! Ao **Bruno Emerich**, pelas valiosas contribuições sempre acompanhadas de um bom senso de humor. Ao **Rodrigo Pressoto**, pelas ótimas conversas e excelente companhia. À **Catarina Dahl**, sempre interessada e muito responsável, me colocava gradativamente a par das discussões do grupo quando voltei da minha licença maternidade. Obrigada pela paciência! À **Thais Mike**, sempre dinâmica, com vontade de conquistar o mundo e com uma jovialidade invejável! À **Luciana Togni**, sua praticidade, seu senso de objetividade e humor me ensinam muito! Ao **Deivisson Vianna**, sempre positivamente confiante e dotado da inconfundível tranqüilidade baiana que nos convoca a refletir sobre o tempo! À **Ivana Baccari**, companheira desde os primórdios do grupo, super inteligente e dotada de um requintado português! À **Mariana Dorsa**, ex-integrante do grupo, mas eternamente querida, que sempre me dá o apoio necessário nos momentos que preciso. À **Sabrina Stefanelo**, grande pesquisadora, sempre renovando idéias e ótima companheira de conversa. À **Karime Porto**, que vivia na ponte aérea Brasília-Campinas, apesar de nossa pouca convivência, sempre adorei nossas conversas (que agora também se estenderão às trocas sobre bebês!!). À **Lana Aguirre**, pela simplicidade e amizade que conquistamos ao longo do tempo. À **Marina Martins**, que muito nos auxilia com questões burocráticas e práticas.

Certamente, o que dá o 'tom' deste grupo de pesquisa é a sua forma de funcionar e a maneira pela qual ele é conduzido. Isso se deve à **Rosana Onocko Campos**, que brilhantemente coordena este grupo, oferecendo um espaço democrático e ético onde todos (independente da inserção institucional) têm vozes e são ouvidos. Obrigada pelas oportunidades que me concedeu, por acreditar no meu potencial, por me incentivar a viver

intensamente a maternidade em meio a prazos acadêmicos e pela maneira tão respeitosa que me trata. Posso afirmar que durante todo esse processo tive ao meu lado muito mais do que apenas uma orientadora da tese, senão que uma figura materna, oferecendo apoio e limites imprescindíveis para que o trabalho pudesse ser concluído.

Continuando na linha do trabalho coletivo, agradeço ao Prof. **Gastão Wagner de Sousa Campos** pelas idéias brilhantes e debates interessantes que fomentou nas suas aulas e nas reuniões de discussão da pesquisa avaliativa da atenção básica. Ao Prof. **Paulo Madureira** e Prof. **Carlos Corrêa** (o **Calucho**) pelos valiosos ensinamentos de suas experiências profissionais durante estas discussões.

Agradeço à Profª. **Analice Palombini** e Profª. **Renata Azevedo**, que prontamente aceitaram participar da minha banca de qualificação, pela cuidadosa leitura do material, apontamentos e críticas que muito contribuíram para o desfecho final da tese. À Profa. **Ana Pitta**, Prof. **Walter Oliveira**, Profa. **Erotildes Leal** e Prof. **Nelson Filice**, pela disponibilidade que demonstraram ao aceitarem o convite para banca de defesa, pela dedicação e carinho com a leitura da tese e, sobretudo, pelas discussões interessantíssimas que provocaram com suas arguições.

Em especial, agradeço à querida amiga **Lilian Miranda**, que mesmo distante em terras cariocas, se mostrou super envolvida durante toda gestação e o processo de construção desta tese, enviando sugestões, textos e palpites. Sua inteligência e sua delicadeza me surpreendem! Fico muito feliz de poder contar com você!

Agradeço à amiga **Rosibeth Palm**, que me acompanha desde a graduação e que mesmo estando geograficamente distante, se faz tão presente nos momentos que mais necessito de atenção.

Agradeço à **Paula Sambo**, sobrinha querida, que carinhosamente se incumbiu da tradução do resumo da tese.

Agradeço à **Roberta Lumiko Mochikawa**, única pessoa que consegue desfazer os nós do meu corpo, realinhando minha postura e renovando minhas energias para seguir na labuta diária.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à **Fapesp**, pela concessão da bolsa de doutorado, o que proporcionou minha dedicação exclusiva às atividades de tese e da Universidade.

RESUMO

Esta pesquisa investiga ações de saúde mental na Atenção primária à saúde em relação aos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização dos casos, do ponto de vista dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde. Trata-se de um estudo qualitativo com objetivo de pesquisar como as equipes da atenção primária definem os critérios para priorizar as demandas em saúde mental; investigar qual o entendimento das equipes em relação ao conceito de acolhimento e como se organizam para realizá-lo em relação à saúde mental; identificar quais critérios as equipes utilizam para encaminhar os casos da saúde mental para outros equipamentos da rede; e descrever como os usuários da saúde mental vinculam-se aos recursos das unidades básicas e do território. O Instrumento utilizado para coleta de dados foi a técnica de grupos focais. Realizamos nove grupos no total: três com trabalhadores de diversas categorias profissionais, três com Agentes Comunitários de Saúde e três com usuários, ambos das Unidades Básicas de Saúde envolvidas neste estudo. Os grupos foram gravados em áudio e transcritos. Para interpretar o material produzido utilizamos a construção de narrativas, conforme referencial teórico de Ricoeur (1990, 1994). Os resultados apontam para uma dificuldade das equipes da atenção primária em identificar e definir demandas em saúde mental, principalmente demandas inespecíficas relacionadas à vulnerabilidade social. O acolhimento é entendido e operado como um procedimento, distanciando-se de sua proposta inicial, que tem o objetivo de reformular as práticas de trabalho, sendo entendido pelos usuários como mais um obstáculo para se conseguir uma consulta médica. Não existem critérios para encaminhamentos dos casos de saúde mental e observa-se uma tendência ao isolamento das equipes de saúde mental que trabalham nas Unidades Básicas de saúde. O Apoio Matricial acontece de maneira distorcida em grande parte dos serviços pesquisados. Para os usuários, os encaminhamentos acontecem devido à falta de profissionais na rede básica de saúde ou pela complexidade da situação. O vínculo entre serviço de saúde e comunidade fica sob a responsabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde, que habitam no território e, portanto, conhecem melhor sua dinâmica e necessidades. Os usuários queixam-se da alta rotatividade de profissionais e dão muito valor ao relacionamento estabelecido com eles, principalmente com os médicos. Percebe-se que há um investimento na criação de políticas públicas que possam melhorar a qualidade da assistência em saúde mental na atenção primária. Mas, para que haja consolidação destas diretrizes é necessário repensar o modelo de atenção vigente, investir em mudanças na formação de novos profissionais, assim como garantir capacitações para trabalhadores já inseridos na prática que proporcionem entendimento mais ampliado do processo saúde-doença e promovam ações menos fragmentadas e mais dialogadas com a rede de serviços.

PALAVRAS CHAVES: Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública, Programa Saúde da Família, Políticas Públicas, transtornos mentais.

ABSTRACT

This research investigates mental health actions in primary health care in relation to the processes of welcoming, liaison and the act of making responsible for the cases, from the workers' point of view and the users of health care services. It is a qualitative study aiming to investigate how the primary care teams define the criteria to prioritize the health mental demands; to investigate the understanding of the teams in relation to the concept of welcoming and how they organize themselves to accomplish it in relation to mental health; identify which criteria the teams use to refer mental health cases to other services in the network, and describe how the users of mental health services are linked to the basic units and territory resources. The instrument used to collect data was the focus groups technique. Nine groups were conducted: three with employees of different professions, three with Health Community Agents and three with the users of the Basic Health Units involved in this study. The groups were audio recorded and transcriptions were made. The construction of narratives, as per the theoretical framework of Ricoeur (1990, 1994), was used to interpret the material produced. Results point to a difficulty of the primary care teams to identify and define demands on mental health, mainly unspecific demands related to social vulnerability. The process of welcoming is understood and operated as a procedure - which shows a distance from its initial proposal, which aims to reform work practices – and is understood by the users as another obstacle to get a medical appointment. There are no criteria to referrals of the mental health cases and a tendency to isolation of mental health teams working in the Basic Health Units was observed. The Matrix Support takes place in a distorted manner in most of the services surveyed. For the users, referrals happen due to lack of professionals in the basic health net or due to the complexity of the situation. The link between health service and community ends up being under the responsibility of the Health Community Agents, who inhabit the territory, and therefore understand their dynamics and needs better. Users complain about the high turnover of professionals and value a lot the relationship established with them, especially with the physicians. It is noticeable that there is an investment in creating public policies that can improve the quality in the assistance of mental health in primary care. However, for the consolidation of these guidelines it is necessary to rethink the model of care currently in place, invest in changes in the training of new professionals, as well as ensure training for workers that are already in the practice in order to provide better and expanded understanding over the health-disease process and promote actions that are less fragmented and more dialogued over with the service network.

KEY WORDS: Primary Health Care, Public Health, Family Health Program, Public Policies, Mental Disorders.

LISTA DE ABREVIATURAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para dependência ou abuso de álcool ou outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantil
CEAMA	Centro de Atendimento médico e ambulatorial
CECCOS	Centros de Convivência e Cooperativa
CID-10	Classificação internacional das doenças
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CS	Centro de Saúde
DSM IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOT	Núcleo de oficina e Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações não governamentais
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes comunitários de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PP-SUS	Programa de Políticas Públicas para o Sistema Único de Saúde
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SADA	Serviço de Atenção às dificuldades de aprendizagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SF	Saúde da Família
SRQ-20	Self Report Questionarie
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O.	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
WONCA	World Family Doctors

LISTA DE TABELAS

		PÁG.
Tabela 1	Credenciamento e implantação das Equipes de Saúde da Família no município de Campinas/SP, anos 2003/2004.....	90
Tabela 2	Credenciamento e implantação das Equipes de Saúde da Família no município de Campinas/SP, anos 2010/2011.....	91
Tabela 3	Credenciamento e implantação de ACS no município de Campinas/SP, anos 2003/2004.....	93
Tabela 4	Credenciamento e implantação de ACS no município de Campinas/SP, anos 2010/2011.....	94
Tabela 5	Quadro geral dos Grupos Focais dos Trabalhadores.....	115
Tabela 6	Quadro geral dos Grupos Focais dos Agentes Comunitários de Saúde.....	115
Tabela 7	Quadro geral dos Grupos Focais dos Usuários.....	116

LISTA DE GRÁFICOS

		PÁG.
Gráfico 1	Número de equipes de Saúde da Família implantadas no território nacional e a meta pretendida de 1994 a 2011.....	46

SUMÁRIO

PÁG.

RESUMO..... xv

ABSTRACT..... xix

Introdução..... 35

1. A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família..... 41

1.1. Eixos da atenção prestada pela Estratégia Saúde da Família: acolhimento, vínculo e responsabilização dos casos..... 55

2. A saúde mental na atenção básica..... 71

3. A Experiência Paidéia no município de Campinas/SP....... 83

4. Objetivos..... 97

4.1. Objetivo Geral..... 99

4.2. Objetivos Específicos..... 99

5. Procedimentos Metodológicos..... 101

5.1. Materiais e Métodos..... 103

5.2. O Campo..... 108

5.3. Sujeitos..... 110

5.4. Técnicas de coleta da pesquisa de campo..... 111

5.5. Tratamento e interpretação das informações coletadas em campo..... 121

6. Resultados..... 127

6.1. Definição de critérios para priorizar demandas em saúde mental..... 129

6.2. Conceito e organização do acolhimento em saúde mental..... 133

6.3. Critérios utilizados para encaminhamento dos casos de saúde mental..... 140

6.4. Vínculo entre profissionais e usuários e responsabilização pelos casos de saúde mental..... 147

6.5. Vinculação dos usuários aos recursos existentes nas UBS e no território adscrito..... 159

7. Discussão..... 173

8. Considerações Finais..... 203

9. Referências Bibliográficas..... 209

10. Anexos..... 221

ANEXO I: Parecer do comitê de ética em pesquisa da FCM/Unicamp..... 223

ANEXO II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 224

ANEXO III: Roteiro para condução dos grupos focais..... 226

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa enfoca as ações de saúde mental na Atenção Básica referente aos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização sob a perspectiva dos trabalhadores da saúde e dos usuários dos serviços. Tal estudo teve financiamento da Fapesp, através da concessão de bolsa de doutorado e deriva de uma pesquisa mais ampla intitulada "Estudo Avaliativo de Arranjos e Estratégias inovadoras na organização da Atenção Básica à Saúde", também financiada pela Fapesp através do Programa Pesquisa para o SUS (PP-SUS 2006/2007), no convênio Fapesp/ CNPq/ SUS.

O Ministério da saúde aponta que desde 2006 o gasto federal com ações extra-hospitalares foi maior do que os gastos hospitalares, sendo que no ano de 2009, 67,7 % dos recursos federais para a saúde mental foram investidos em ações comunitárias (Brasil, 2010a). A expansão de serviços territoriais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o Brasil tem crescido ao longo dos anos. Em 2002 existiam 424 CAPS e a cobertura era de 21%. Em Junho de 2010 existiam 1541 CAPS correspondendo a 63% de cobertura (Brasil, 2010a).

Esta inversão foi impulsionada pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, que propõem investir em políticas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa, pautada no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos, em que não basta somente o olhar na doença, fragmentando o sujeito. A reforma Psiquiátrica defende ainda a valorização do cuidado e a adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania, pois os serviços de saúde devem se integrar com a rede social, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde das

comunidades, sendo que a atitude terapêutica deve se pautar no contrato, no cuidado e no acolhimento. (Brêda et. al., 2005).

A política de saúde mental instituída no Brasil através da lei federal nº 10.216/01 prevê a ampliação da rede ambulatorial de saúde mental a partir do fortalecimento dos serviços de saúde mental substitutivos nos municípios e/ou Estados com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial nos três níveis de atenção à saúde. Assim, tanto as diretrizes nacionais como Estaduais de Saúde Mental apontam para a necessidade de reorganização da atenção em saúde mental em todos os níveis.

A rede de saúde mental deve ser formada pelos diversos modos de cuidado com ações em saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de Saúde mental, Serviços Residenciais Terapêuticos, leitos para urgência em hospital geral ou de referência, entre outros. Neste contexto, a Atenção Básica – em especial o Programa Saúde da Família (PSF) – tem papel fundamental na reestruturação e reorganização dos serviços dos municípios, pois segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2010b), as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as mais comuns: depressão, ansiedade, fobias, alcoolismo, entre outras. Por outro lado, cabe às equipes de saúde mental dos municípios proporcionarem capacitação em saúde mental às equipes de PSF dentro da lógica de educação permanente para assegurar a qualidade da assistência prestada e eficácia dos casos atendidos, o que o próprio Ministério da Saúde aponta como um grande desafio em todo o país: tanto a implantação das equipes de saúde mental, como a qualificação das

equipes de Saúde da família para efetivamente avançar no processo de consolidação das mudanças no cuidado em saúde mental.

1. A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No início do séc. XX já existiam discussões sobre a organização e financiamento dos sistemas de saúde na Europa, legitimadas através do relatório Dawson em 1920. Este documento foi base para reorganização dos sistemas de saúde de vários países, que adotaram a proposta de divisão do sistema em três principais níveis de atenção: a atenção primária, a atenção secundária e a atenção terciária, cada qual com funções específicas para responder às diferentes necessidades de saúde de uma população.

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é caracterizada como o primeiro nível do sistema, sendo a principal porta de entrada para diversos problemas e com enfoque da atenção nas pessoas e não na doença, de forma longitudinal, ou seja, no decorrer do tempo. Também coordena ou integra a atenção prestada com serviços de outros níveis do sistema, sendo a base que determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema. Segundo a autora,

> A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. (p. 28)

Com a conferência de Alma Ata em 1978, a OMS definiu a atenção primária à saúde como o primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidade com o sistema de

saúde, no qual a atenção deve ocorrer o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. Esta conferência também auxiliou na especificação dos componentes fundamentais da atenção primária, que seriam: educação em saúde; saneamento básico; programas voltados ao público materno-infantil, principalmente as imunizações e o planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e o exercício da medicina tradicional. (Starfield, 2002)

O Brasil foi um dos países que reformulou seu sistema de saúde baseado nos três níveis de atenção. Adota o conceito da atenção primária descrito acima, alinhando-se aos princípios do SUS, do vínculo, da responsabilização, humanização e participação social.

O Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente mencionado como Estratégia Saúde da Família (ESF) - foi concebido em 1994 pelo Ministério da Saúde, com proposta de mudanças paradigmáticas em relação ao modelo tradicional de assistência, objetivando reorganizá-lo. Sua proposta de atuação é centrada na família, valorizando os princípios de territorialização com intervenções que vão além de práticas curativas.

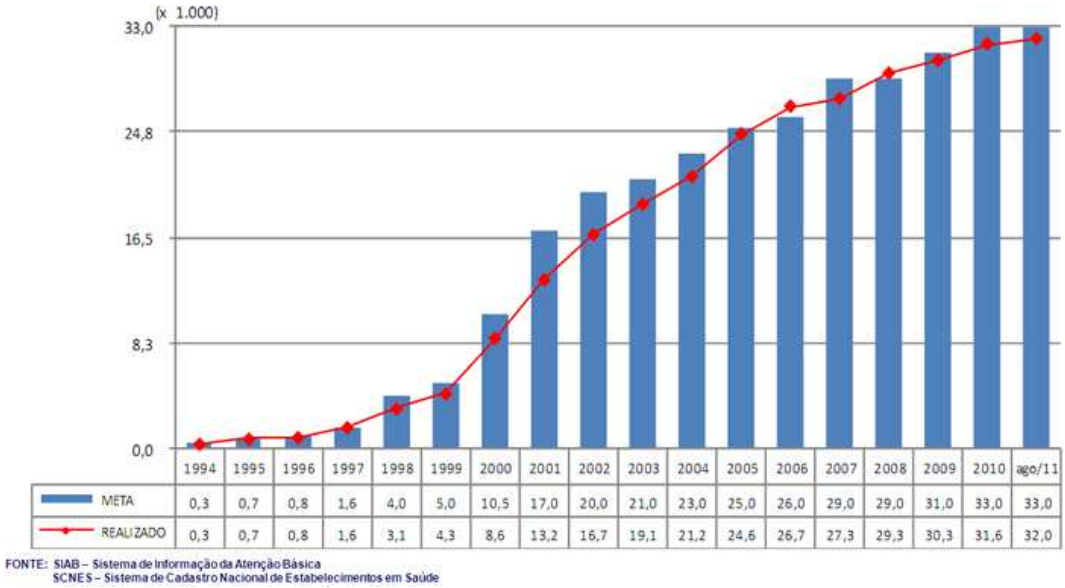
O PSF se constitui como estratégia prioritária para o aumento da cobertura da atenção à saúde, assumindo que este acesso é um direito de cidadania. Os espaços dessa atenção passam a ser fundamentalmente os domicílios e as Unidades Básicas de Saúde mais próximos da população. O Programa é operacionalizado com a implantação de equipes mínimas, composta por médico de família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e

agentes comunitários de saúde. Estas equipes atuam com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade. Além disso, são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, cerca de três a quatro mil e quinhentas pessoas em um território adscrito.

O Programa Saúde da Família trabalha com maior ênfase na formação de vínculo com a população e com o envolvimento das equipes no cotidiano da comunidade, procurando garantir a integralidade da atenção prestada e melhorar as condições de vida da população.

A portaria nº648/GM de 28 de Março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, reforçando o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia fundamental para reestruturação do sistema e expansão da cobertura e estabelece a revisão de diretrizes e normas tanto para a organização do PSF como para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Dados do Ministério da Saúde (2011-a) apontam que atualmente existe cerca de 32.000 equipes de Saúde da Família em todo o território nacional, o que demonstra um aumento significativo se comparado com o ano de 1994 em que tinham apenas 300 equipes, como mostra o gráfico a seguir:



	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	ago/11
META	0,3	0,7	0,8	1,6	4,0	5,0	10,5	17,0	20,0	21,0	23,0	25,0	26,0	29,0	29,0	31,0	33,0	33,0
REALIZADO	0,3	0,7	0,8	1,6	3,1	4,3	8,6	13,2	16,7	19,1	21,2	24,6	26,7	27,3	29,3	30,3	31,6	32,0

FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Gráfico 1 – Número de equipes de Saúde da Família implantadas no território nacional e a meta pretendida de 1994 a 2011

Em 2009, existiam 30.328 equipes de saúde da família implantadas em 5.251 municípios, cobrindo 50,7% da população brasileira, o que correspondia a 96,1 milhões de pessoas. (Brasil, 2011-a).

Percebemos que ações do Ministério da Saúde têm incentivado o crescimento e desenvolvimento do que atualmente denomina-se Estratégia Saúde da Família (ESF). Entretanto há uma dissociação grande em relação àquilo que é proposto e o que de fato está sendo implantado. Alguns estudos relativos à implantação da ESF em grandes centros urbanos – como o número temático da revista Physis de 2002 – discutem as principais dificuldades para consolidação desta proposta, assim como seus desafios, seus incentivos e sua expansão após quase dez anos de sua criação. Percebemos que grande parte das questões abordadas nestes estudos ainda persiste nos dias atuais.

Apesar de o PSF ser adotado como estratégia inicial de reformulação do modelo assistencial por parte do Ministério da Saúde e apresentar crescimento significativo nos últimos anos, sua implantação vem se dando de maneira heterogênea, predominando em municípios cujo número de habitantes não esteja situado em faixas extremas, ou seja, municípios que não sejam muito pequenos ou demasiadamente grandes. Observa-se que as equipes de PSF encontram-se concentradas em municípios com população entre 5 e 250 mil habitantes. Entretanto, deve-se levar em consideração a extensão do território brasileiro, bem como sua enorme diversidade demográfica, além dos processos diferenciados de organização dos modelos assistenciais nos municípios, o que faz com que a implantação de qualquer programa nacional ocorra em tempos e formas desiguais. (Campos et. al. 2002)

Caetano e Dain (2002) afirmam que foram poucas as cidades com sistemas de saúde complexos que introduziram o PSF como estratégia substitutiva ao modelo assistencial até então vigente, pois o que se deu na maioria das cidades de médio e grande porte foi a introdução do programa como estratégia focalizada para grupos populacionais sob maior risco social e expostos a precárias condições sanitárias no intuito de expandir os cuidados básicos de saúde. Para as autoras é necessário debater e refletir sobre uma série de questões e dificuldades das grandes cidades brasileiras – que vão muito além dos problemas relacionados aos custos financeiros - para que possam acontecer verdadeiras transformações no modelo de atenção que se apóiem nos princípios de saúde da família. Dentre as questões levantadas pelas autoras, destacamos:

- O crescimento desordenado dos grandes centros urbanos, com desigualdades socioeconômicas entre as várias áreas da cidade gerando distribuição desproporcional dos

serviços de saúde assim como dificuldades de acesso em várias comunidades onde há presença do crime organizado;

- As resistências às propostas de mudanças por parte da rede de serviços tradicionais de saúde já existentes, com modelo de prestação de serviços fundamentado na produção e financiamento por procedimentos médicos realizados. Isso contribui para acentuar o processo de medicalização das ações em saúde uma vez que não articula as ações de prevenção, promoção e cuidado à saúde nas próprias ações de saúde e na inter-relação de informações com outros serviços da rede.

- A degradação do prestígio político e social e sucateamento das estruturas físicas, materiais e de recursos humanos da rede de serviços públicos.

- Resistência corporativa a mudanças nos processos de trabalho na área da saúde, promovida pelas organizações de classe e conselhos profissionais, que podem acirrar disputas entre as diferentes categorias profissionais da área da saúde.

Segundo Campos et. al. (2008), é comum no imaginário de muitas pessoas que a atenção básica seja entendida como algo de menor complexidade, com ações que não necessitam de tecnologias avançadas e nem de qualificação técnica especializada, já que se imagina lidar com problemas simples. Esta noção tende a desvalorizar o trabalho da atenção básica e os profissionais que dela fazem parte, especialmente a categoria médica, que perde status no mercado de trabalho. Para os autores, esse fenômeno é alimentado por interesses econômicos e coorporativos que tendem a diminuir a importância da função da atenção primária, mas também ocorre pelo modo como o processo de trabalho está

organizado na atenção básica, o que gera confusão tanto para os usuários como para o restante do sistema.

Tesser (2011) afirma que mesmo com o crescimento da ESF, a atenção primária à saúde não conquistou grande legitimidade social, sendo pouco utilizada pela classe média, não valorizada pela mídia, pouco reivindicada pelos movimentos sociais para o cuidado clínico e ainda sendo vista na prática como um serviço para pobres.

Outro problema significativo enfrentado no processo de expansão do PSF refere-se à questão dos recursos humanos disponíveis para o desenvolvimento do programa, destacando-se a insuficiência de profissionais, o despreparo e a conseqüente qualificação precária destes para trabalhar na lógica do modelo do PSF. A este respeito, Caetano e Dain (2002) comentam:

> Os fatores limitativos não se restringem apenas ao número de profissionais e às condições de uma formação médica tradicional. Além da ampliação de quadros, o investimento em recursos humanos para a expansão do PSF nos grandes centros e para uma mudança real no modelo assistencial vigente precisará alcançar níveis de qualificação que garantam o desenvolvimento de ações inovadoras em relação aos modelos tradicionais e a habilitação para o gerenciamento de processos e resultados, incluindo a utilização efetiva de instrumentos e práticas de avaliação de impacto. (p. 17)

Campos et. al. (2002) concluem que para inserção mais firme do PSF nos grandes municípios brasileiros também é necessário considerar os benefícios de uma

presença mais sólida do meio acadêmico, através de cursos de capacitação e de programas de educação permanente, bem como de mudanças curriculares que permitam aos cursos de graduação adequar-se aos princípios e valores do modelo de atenção do PSF.

Para aumentar a resolubilidade do PSF, Favoreto e Camargo Jr. (2002) relatam ser necessário enfrentar alguns problemas, entre eles, o despreparo e qualificação insuficiente dos médicos de família, mas também a falta de mecanismos de relação do PSF com outros serviços (decorrente das dificuldades de desenvolvimento de sistemas de referência e contra-referência), a precariedade da rede de ambulatórios e hospitais existentes, dificuldades dos profissionais em responder às demandas da população que atendem.

Ainda, estes autores constataram através de entrevistas com planejadores e gestores de serviços de saúde da família, que estes esperam que os profissionais pratiquem a assistência orientada pelo saber técnico-científico estruturado na Biomedicina; e ao mesmo tempo esperam e valorizam o aparecimento de um comportamento mais "humano" ao lidar com os usuários. Neste sentido, apontam que:

> Nas situações em que esse saber [o técnico-científico] não se mostra suficiente para lidar com questões como as relacionadas à vida, à subjetividade e às condições sociais, os profissionais de saúde tendem a se instrumentalizar de práticas que consideram "não-científicas" e que estariam mais próximas de suas qualidades individuais natas, como o carinho e a piedade, entre outras, adquiridas empiricamente durante suas vidas pessoais e profissionais. (p.64)

Ou seja, ainda prevalece a cultura de que as práticas em saúde estão restritas a uma dimensão técnica, operadas pelo modelo biomédico, esvaziadas de outros contextos, como social, psicológico, cultural. Em tal modelo, persiste a dicotomia entre problemas da mente e do corpo, concebidos sob uma determinada racionalidade científica, que por si só restringe uma compreensão mais holística e complexa do significado do sofrimento humano (Favoreto e Camargo Jr, 2002).

Entretanto, não há como negar que toda pessoa traz consigo um componente de sofrimento subjetivo associado a sua doença, seja ela qual for, que pode atuar como entrave a adesão de ações preventivas, práticas de vida mais saudáveis e ao próprio tratamento. Então, poderíamos dizer que todo problema de saúde é em certa medida também mental e toda a saúde mental é também uma forma de produção de saúde. Neste sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica (Brasil, 2011-c).

A consolidação desta articulação precisa ser sustentada por práticas consistentes que permitam lidar com a complexidade que envolve o tema da saúde, considerando aspectos subjetivos que envolvem o processo saúde-doença; e a variedade de problemas do território, respaldadas pela gestão local e por políticas municipais que sejam capazes de produzir resultados positivos na qualidade de vida da população.

Tais situações descritas acima limitam a consolidação do PSF enquanto estratégia de reestruturação da atenção básica à saúde. Neste sentido, faz-se necessário incentivar transformações nas práticas das equipes, valorizando novos saberes, incorporando a modalidade de clínica ampliada (Campos, 2003), buscando uma postura

mais dialógica entre profissionais e gestores com sua clientela. Avanços importantes podem ser identificados na reorganização de serviços que apontam o acolhimento e vínculo como diretrizes operacionais para a materialização dos princípios do SUS (Gomes e Pinheiro, 2005).

Recentemente, o MS publicou a portaria GM nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica à saúde, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Tal documento reafirma a Estratégia Saúde da Família como prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, porém não exclui outras estratégias de organização, desde que estejam alinhadas aos princípios e diretrizes descritos nesta portaria. Define a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para o cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

> As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

Percebemos que esta nova política da atenção básica tem seus princípios e diretrizes em consonância com os fundamentos da Estratégia Saúde da Família, tornando os

modos de cuidado das UBS com ou sem a presença de equipes da Saúde da Família mais próximos.

Possibilitar o acesso universal e resolutivo; acolher os usuários na lógica de uma escuta qualificada capaz de oferecer respostas positivas aos problemas trazidos pelos usuários, promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção à saúde; ter um território adscrito, assim como realizar adscrição dos usuários a fim de promover o vínculo e responsabilização entre equipes e população garantindo a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado; trabalhar na lógica da clínica ampliada; coordenar a integralidade do cuidado através do trabalho em equipe, tanto no nível primário, articulando as ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, como no conjunto da rede de atenção; e estimular a participação dos usuários como forma de ampliar a autonomia destes no cuidado à saúde e para o exercício do controle social. Todos estes princípios fundamentam a nova política da atenção básica pressupondo uma organização do processo de trabalho centrado no usuário e não mais com foco em procedimentos.

O redirecionamento do modelo de atenção implica na necessidade de mudanças do funcionamento dos serviços e das práticas de trabalho das equipes, sendo a educação permanente e a estratégia do Apoio institucional os pilares descritos nesta portaria para favorecer a transformação da gestão, das práticas de cuidado, promovendo aproximação da concepção do trabalho com sua real execução.

> A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no

> processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa).
>
> Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde.
>
> A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Esta nova proposta confirma a intenção do MS em qualificar, ampliar e fortalecer a Atenção Básica e a ESF no âmbito do SUS e também no sentido de superar as dificuldades até então encontradas como obstáculo para sedimentação de um modelo que seja eficaz para os problemas de saúde da população.

1.1. Eixos da atenção prestada pela Estratégia Saúde da Família: acolhimento, vínculo e responsabilização dos casos.

O documento oficial do Ministério da Saúde sobre a política Nacional de atenção básica (Brasil, 2007-a) aponta a Estratégia Saúde da Família como eixo prioritário para reorganização da atenção básica. Parte deste documento enfatiza as características do processo de trabalho das equipes na atenção básica, dentre elas a "implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento".

A cartilha desenvolvida pela Política Nacional de Humanização (PNH) sobre o acolhimento nas práticas de produção de saúde (Brasil, 2010-c) entende o acolhimento como uma ação de aproximação, "um 'estar com' e um 'estar perto de', ou seja, uma atitude de inclusão". Neste sentido, propõe o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH/SUS:

> **Ética** no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. **Estética** porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. **Política** porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste "estar com", potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (p.6)

O acolhimento também é entendido como uma rede de conversações, abordado a partir de uma perspectiva comunicacional, que entende ser a conversa substância

principal das atividades de um serviço de saúde (Teixeira, 2003). Neste sentido, o acolhimento não se trata de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial, desempenhando papel fundamental na dinâmica organizacional dos serviços. Teixeira (2003) aponta que "todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades" (p. 12).

Quando Campos (1994) propõe ferramentas para a reforma dos modelos de Atenção, discorre sobre as noções de acolhimento e vínculo. Para o autor a noção de acolhida deveria ser entendida tanto como a abertura do serviço para a demanda como sua vocação para responsabilizar-se pelos problemas de saúde de uma região, combinando diferente técnicas e atividades que auxiliem na variedade dos problemas de saúde, assim como a inconstância dos recursos disponíveis e também o entrelaçamento da saúde com os aspectos sócio-econômicos e culturais.

Para Tesser et. al. (2010), o acolhimento se estrutura como um arranjo institucional que é difícil executar, pois se trabalha com demanda espontânea para ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da atenção básica no SUS de ser a principal porta de entrada do sistema, cumprindo com sua diretriz de universalidade. Ao mesmo tempo em que o acolhimento propõe uma abertura empática aos problemas e demandas trazidos pelos usuários, também pressupõe avaliação de risco e vulnerabilidade e eleição de prioridades que precisam ser negociadas com os usuários.

Operar com o conceito de acolhimento como uma ferramenta tecnológica de intervenção que qualifique a escuta, proporcione construção de vínculo, garanta acesso com

responsabilização e resolubilidade nos serviços de saúde pressupõe tanto uma mudança na organização destes serviços, quanto na postura dos profissionais e no próprio entendimento da população em relação ao atendimento de saúde na rede básica. Pois o modelo de atenção médico-centrado ainda prevalente nos serviços favorece a cristalização de certas posturas dos trabalhadores que tratam o usuário, ou mesmo seus colegas de trabalho de maneira impessoal, descompromissada e reduzidos a um objeto (Merhy, 1994).

Campos et. al. (2008) concluem que apesar da implantação da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional repercutindo mudanças no cenário brasileiro da atenção básica, o que predomina ainda na prática é a reprodução do modelo biomédico, fazendo-se necessário ampliar esforços continuados e sistemáticos para reformular esse tipo de prática e saber.

Alguns estudos relatam experiências da função do acolhimento em unidades básicas Brasil afora:

Para Franco et. al. (1999) o acolhimento é entendido como uma diretriz operacional do modelo técnico-assistencial orientado pelos princípios do SUS que propõe reorganizar os serviços consistindo em:

> 1- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população.
>
> 2- Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, equipe de

> acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde.
>
> 3- qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania. (p. 347)

Neste estudo, Franco et.al. (1999) relatam a aposta na implantação do acolhimento em um serviço de Minas Gerais que funcionava na lógica médico-centrada. Implantou-se uma equipe de acolhimento composta por profissionais de nível superior, por técnicos e auxiliares de enfermagem, responsáveis para fazer a escuta dos usuários. Os médicos ficaram na retaguarda, atendendo nos consultórios os casos encaminhados pela equipe de acolhimento. Abriram-se as portas da Unidade de Saúde, eliminando-se as fichas e as filas da madrugada, realizando atendimento a todos os usuários que procurassem pelo serviço. Também organizou-se a sala de espera, substituindo a recepção. Os autores concluíram que o acolhimento modificou radicalmente o processo de trabalho, tendo impacto significativo na reorganização do trabalho, principalmente sobre os profissionais não médicos que fazem a assistência. Também afirmam que essa transformação do processo de trabalho só foi possível por que houve abertura no processo de gestão que foi participativo e democrático, criando oportunidade para que a Unidade experimentasse um processo pedagógico.

Schimith e Lima (2004) realizaram estudo qualitativo com estudo de caso com objetivo de analisar o trabalho de uma equipe de saúde da família no Rio Grande do Sul no que se refere ao acolhimento dos usuários e a produção de vínculo, buscando caracterizar o modo de produção de saúde construído na prática. Para as autoras, o

acolhimento é uma ferramenta presente na recepção dos serviços, que estrutura a relação entre equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas dos usuários, resultando numa relação humanizada.

Os resultados deste estudo apontam o acolhimento como uma atividade de recepção que é realizada na maioria das vezes por auxiliares de enfermagem. Observa-se que a organização do trabalho centrada na figura do médico propicia o encaminhamento de usuários para o pronto-atendimento, sem consideração das necessidades dos mesmos. Também ocorre uma forma excludente de atendimento, com a assistência organizada com base na distribuição de fichas, sendo priorizado quem chega primeiro e não quem necessita mais, criando a cultura de chegar ao serviço de madrugada para tentar garantir o acesso.

Alguns usuários são classificados pelos profissionais como dependentes emocionais do serviço, porém sem o questionamento do por que desta atitude. Também aparece a desresponsabilização de parte da equipe em relação à orientação e acompanhamento de casos, além da visão de alguns trabalhadores sobre uma necessária relação de obediência do usuário com as ofertas da equipe e propostas do serviço. Tais achados apontam para uma dissonância entre o modelo de atenção proposto pelo PSF e o que realmente acontece na prática, desfavorecendo o acesso, o acolhimento, vínculo e a integralidade da atenção. Como considerações finais, as autoras afirmam ser necessário abrir espaços para novas formas de organização do processo de trabalho incluindo gestores, trabalhadores e usuários, ao invés de investir somente no crescimento do número de equipes de PSF.

Takemoto e Silva (2007) fizeram estudo qualitativo através de entrevistas semi-estruturadas e observação participante sobre as transformações no trabalho da enfermagem a partir da implantação do projeto Paidéia de saúde da família, implantado na rede básica do município de Campinas/S.P. em 2001. As autoras entendem o acolhimento não como uma atividade em si, mas como conteúdo de toda atividade assistencial, consistindo na busca constante de reconhecimento das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial.

Com o estudo, Takemoto e Silva (2007) realizaram uma revisão da produção recente sobre o acolhimento e pontuaram duas principais possibilidades de entendimento do termo: Uma seria o acolhimento como uma **postura** diante do usuário e suas necessidades, propiciando uma escuta às suas demandas, com uma contínua investigação e negociação das necessidades de saúde e os modos de satisfazê-las em todo o processo de atendimento. Outra seria o acolhimento visto como um **dispositivo** capaz de reorganizar o trabalho na Unidade de Saúde, objetivando atender a demanda espontânea para aumentar o acesso e minimizar o tempo de fila e espera.

Essas duas possibilidades de entendimento não são excludentes entre si, pois o fato do acolhimento ser uma atividade oferecida pela Unidade não impede que se estabeleça uma relação acolhedora em todos os espaços e momentos de atendimento. Entretanto, há que se tomar cuidado com o entendimento do acolhimento enquanto uma atividade do serviço, pois o fato de existir um espaço e uma equipe específicos para isso pode favorecer a desresponsabilização do restante da equipe, passando a ser apenas mais

um procedimento, perdendo, portanto, o potencial de dispositivo de gestão para reorganização do processo de trabalho.

Os resultados mostraram que a concepção do acolhimento apresenta suas particularidades em todas as unidades estudadas, o que afeta e modifica as formas de organização do trabalho nestes serviços. Em algumas UBS, o acolhimento era considerado uma atividade oferecida à população como um novo atendimento ao cardápio de ofertas dentro do centro de saúde. Apenas em uma UBS o acolhimento era entendido como uma postura, uma atitude, uma forma diferente de fazer em todos os setores da unidade diante as necessidades dos usuários.

Com o estudo, Takemoto e Silva (2007) constataram que o acolhimento, mesmo entendido como dispositivo[1] e funcionando sob lógica médico-centrada, rearranjou a prática de trabalho nas unidades, re-significou o trabalho (principalmente dos auxiliares de enfermagem), trazendo novas possibilidades para o cotidiano, incorporando algum grau de satisfação, segundo os entrevistados. Por outro lado, também constataram que os auxiliares de enfermagem são os principais responsáveis pelo acolhimento quando este é entendido como uma etapa do processo de trabalho, estando sozinhos para ouvir e dar algum tipo de resposta aos usuários. Neste sentido, quando se atribui um responsável deste

[1] As autoras utilizam o conceito de dispositivo como uma etapa do processo de trabalho que, neste caso, tem como objetivo atender à demanda espontânea, sendo por si só um processo reorganizador da prática assistencial. No nosso entendimento, um dispositivo é a criação de espaços que possam subverter as linhas de poder instituídas, sendo possível ser confirmado como tal somente *a posteriori*. (Onocko Campos, 2003)

procedimento ocorre o descomprometimento do restante da equipe, sobrecarregando uma categoria profissional que não consegue definir sozinha os diferentes tipos de demandas trazidas pelos usuários, seja por limites da competência técnica esperada dos auxiliares de enfermagem, seja pela falta de capacitação para operar o acolhimento, ou pela inexistência de alguns protocolos que orientem o atendimento de queixas comuns, ou pela própria organização do trabalho, que exige a avaliação médica para todos os atendimentos realizados por um auxiliar de enfermagem.

Em geral, as equipes consideram o trabalho de acolhimento muito complexo, que relaciona-se à exigência do trabalho em equipe, à necessidade de comprometimento do trabalhador com o usuário e ao sofrimento decorrente da responsabilidade por acolher (e supostamente dar resposta a) os problemas e as necessidades dos usuários.

Quando as equipes estão organizadas para trabalhar na lógica dos procedimentos, de forma mecânica e impessoal, restrita à produção de consultas, realizando o que Campos (2003) nomeia de clínica degradada (Onocko Campos, 2001), é muito difícil iniciar o trabalho de acolhimento, mesmo este sendo concebido como uma recepção melhorada. A dificuldade aumenta para os trabalhadores, que começam a aprender a escutar o outro, o que por si só traz uma implicação e uma responsabilidade para o trabalhador.

> Quando o serviço abre um canal de escuta com o usuário, abre uma possibilidade para que as pessoas tragam, para dentro do centro de saúde, as suas queixas, os seus problemas e as suas necessidades. Nem sempre é fácil ouvir. É mais fácil trabalhar com uma 'queixa-clínica', uma parte do corpo que dói, uma doença que precisa de medicamento. Quando abrimos

> um espaço para o diálogo com o usuário, por mais reduzido que seja, abrimos uma porta para que a 'vida lá fora' entre na dinâmica da unidade. (Takemoto e Silva, 2007, p.337).

Repensar as próprias práticas profissionais e atuar em consonância com os princípios do SUS se faz necessário no campo da saúde, a fim de acabar com o modelo queixa-conduta, tão arraigado nas Unidades Básicas de Saúde. Para isso, o primeiro passo é tomar consciência de sua própria postura profissional e os paradigmas que estão por trás do trabalho produzido nos serviços. Mas é preciso também criar espaços nas próprias equipes para que os profissionais possam movimentar os saberes dados *a priori*, pensando a supervisão ou o papel do apoiador institucional como favorecedor para recriar os contratos de trabalho (Onocko Campos, 2001).

Algumas fragilidades e contradições são apontadas no desenvolvimento do programa de Saúde da Família e da Reabilitação Psicossocial, entre elas a evidência do despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados à emoção e à subjetividade, sendo a medicalização dos sintomas a única possibilidade de diálogo entre profissionais e usuários (Brêda et. al., 2005). Cabe apontar que este despreparo se deve também a formação dos profissionais da saúde, ancorada ao paradigma curativo, não havendo espaços nas escolas de formação para abordar conteúdos emocionais e subjetivos suscitados pela relação entre profissionais e usuários (Ferrer, 2000).

Outro estudo qualitativo envolvendo a prática dos auxiliares de enfermagem foi desenvolvido por Camelo et. al. (2000). Os autores concluíram que existem diversas posturas e maneiras dos trabalhadores se comunicarem com os usuários que acabam por

conformar posturas polares de acolhida e não acolhida. Parece não haver nenhum projeto nas Unidades básicas deste estudo que orientem os profissionais para o acolhimento, sendo observado o tempo de acolhimento de cerca de cinco minutos. Neste sentido, os autores apontam para a necessidade de o acolhimento transcender o caráter de rotina do cotidiano, ou seja, que a relação de ajuda permeie todas as situações de atendimento, demandando uma ação contínua de formação, supervisão e estímulo para que se torne efetiva.

Ramos e Lima (2003) realizaram pesquisa qualitativa com usuários de uma UBS em Porto Alegre/RS a fim de conhecer a visão deste grupo em relação aos fatores que influenciam a qualidade do atendimento relativo ao acesso e acolhimento. Os usuários identificaram boa recepção, respeito, relação humanizada e bom desempenho profissional como fatores de qualidade do atendimento prestado, determinando a escolha do usuário sobre a utilização do serviço e a formação de um vínculo duradouro entre usuário e serviço. Observou-se que a forma de organização do serviço e a competência profissional da equipe foram fatores de grande importância, geradores de facilidades e satisfação por parte dos usuários.

Em outro estudo qualitativo, Lima et. al. (2007) objetivaram conhecer as opiniões dos usuários de UBS de Porto Alegre/RS em relação às suas necessidades e expectativas diante do atendimento prestado, a fim de avaliar este atendimento e repensar práticas profissionais, procurando intervir sobre a forma de organização dos serviços. Os autores constataram que a responsabilização do profissional em relação ao estado de saúde do usuário se constitui um dos elementos essenciais de um efetivo acolhimento, além de despertar sentimento de confiança em relação ao profissional que presta assistência. A

escolha pela UBS é influenciada pela forma como são recebidos, pela confiança na experiência dos trabalhadores, o tipo de atendimento ofertado, a capacidade e a competência dos membros da equipe e a resolubilidade desses serviços. Ou seja, nem sempre utilizam o critério de ir à UBS mais próxima de suas residências, como preconiza o modelo brasileiro do Programa Saúde da Família.

Para os usuários, vincular-se à Unidade de Saúde gera satisfação e segurança, uma vez que ele se percebe aceito e próximo dos cuidadores. No entanto, a responsabilização do profissional da saúde não deve ser encarada como uma relação de dependência, pois é necessário educar e estimular o usuários para o auto-cuidado, conferindo-lhe certo grau de autonomia.

Nesta revisão bibliográfica sobre a temática do acolhimento na atenção básica, identificamos que o assunto vem ganhando importância crescente no campo da saúde, porém percebemos que na grande maioria dos estudos o acolhimento é entendido e realizado como um procedimento, uma atividade do serviço combinada com algumas formas tradicionais de operar dos próprios serviços, como recepção, triagem, acesso, "tendendo sofrer uma série de deslocamentos que vão até o limite de esvaziá-lo de significado próprio, sendo apenas um nome novo para uma 'velha' atividade (em geral, algum tipo de pronto-atendimento)" (Teixeira, 2003, p.7), distanciando-se cada vez mais do seu sentido original e de sua potência na reformulação do modelo de atenção vigente e na resolubilidade das ações em saúde.

Quando Campos (1992, 1994, 2003) propõe o método Paidéia, reafirma que os sistemas de saúde tem a possibilidade de contribuir para a constituição do sujeito e para

reformular a gestão do trabalho. Para isso, trabalha com conceitos de Vínculo e responsabilização. A noção de vínculo proposta pelo autor (1994) também cumpriria com dois objetivos na reforma dos serviços públicos: um seria aumentar a eficácia das ações de saúde, supondo ser o vínculo essencial para instituição de uma prática clínica de qualidade e outro seria introduzir o controle social por parte dos usuários, realizado no mesmo momento em que os cuidados estão sendo produzidos.

Para o autor, o Vínculo é entendido como circulação de afeto (que pode ser negativo ou positivo), é algo que ata ou liga as pessoas indicando interdependência, relações com linhas de duplo sentido, compromisso dos profissionais com os usuários e vice-versa. Resulta da disposição em acolher por parte de alguns e da decisão em buscar apoio por parte de outros.

A construção de vínculo é entendida por Campos (2003) como um recurso terapêutico, não se tratando somente de uma preocupação humanizadora, mas também do estabelecimento de uma técnica que qualifique o trabalho na saúde.

Para que o vínculo se caracterize como algo positivo, os sujeitos devem acreditar que as equipes de saúde têm alguma potência, como a capacidade de resolver problemas de saúde. É importante que as equipes deixem claro quais são as suas diretrizes, explicitem seus valores e compromissos, assim, com o fortalecimento do vínculo é possível realizar uma clínica de melhor qualidade, ou uma clínica ampliada, em que há responsabilização dos profissionais pelas necessidades dos usuários, entendendo que a doença entra na vida dos sujeitos, mas não os reduzem aos sinais e sintomas produzidos por ela. (Campos, 2003).

Ainda segundo o autor, a construção do vínculo depende do modo como as equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em uma determinada região e também da forma como se encarregam de cada caso específico que necessite de atendimento singular.

Refletir sobre acolhimento, vínculo e responsabilização no campo da saúde pressupõe uma prática em que os profissionais da saúde operem com uma lógica diferente do modelo de atenção médico-centrado, onde o foco é a doença, seus sinais e sintomas e que não há espaço para a manifestação do sujeito.

Saber acolher, se vincular e se responsabilizar pelo tratamento de sujeitos que buscam os serviços de saúde para tratar de problemáticas não é uma tarefa simples. Os encontros entre profissionais e usuários envolvem desejos, necessidades, interesses, subjetividades, saberes e poderes, que singularizam e diferenciam cada encontro produzido.

Estar diante de um sujeito e se deixar interpelar pelas perguntas: quem é o usuário? O que busca? Quais são suas necessidades? Saber inclinar-se diante dos sujeitos considerando todo aparato teórico/prático que nossa formação nos permite, mas sem nos escravizarmos pela técnica e também sem nos apoderarmos dos problemas do outro, sofrendo como se fosse nosso!

Segundo Campos (1994):

> Um sistema público organizado tendo em conta as diretrizes do vínculo e de uma acolhida integral aos problemas de saúde, será sempre um modelo tendente a instituição de um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, que exigiria a presença de

> serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial. Ou seja, o sucesso deste modelo depende de um razoável equilíbrio dialético entre a autonomia e responsabilidade dos trabalhadores de saúde. Conflitos e tensão permanentes, canalizados para soluções criativas, para a superação dos velhos e resistentes impasses dos serviços públicos: ineficácia, burocratização, apropriação privada do espaço público, entre outros. (p. 64).

Por atuarem no território, as equipes de saúde da família se deparam cotidianamente com situações de violência e pobreza, condições que estruturam a conformação da vida social nas regiões periféricas das grandes cidades brasileiras no contemporâneo. Violência, exclusão e novas formas de sociabilidade exprimem a necessidade de novas estratégias de aproximação a essas comunidades:

> Um contexto em que vida e morte (tráfico, violência material e subjetiva) significam outra coisa e não a que estamos costumados a entender. Desejamos destacar a intensidade dessa experiência e a sua singularidade. O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas. (Onocko Campos, 2005a).

Estas questões marcam profundamente os encontros dos profissionais com os usuários, em que não está somente em jogo realidades tão diferentes, mas também a falta de necessidades tão básicas e as diferentes formas de sobrevivência nas grandes periferias.

A partir de uma leitura psicanalítica, entendemos que o trabalhador da saúde precisa acreditar no valor positivo do seu trabalho, necessita ter uma aderência narcísica à tarefa primária (Kaës, 1997) identificando-se positivamente com a missão da instituição que trabalha. Porém, vemos que em algumas regiões periféricas, onde não há recursos, há pouco (ou nenhum) investimento político, econômico e social e a população fica a mercê da violência, tráfico de drogas, entre outras questões, parece ser difícil para o profissional suportar este mal estar identificando-se positivamente com uma missão que parece não ser tão favorável. Onocko Campos (2005a) ressalta que quando o contexto de trabalho coloca entraves para a realização da tarefa primária, seja por falta de recursos humanos, materiais entre outros, os sujeitos utilizam-se de estratégias defensivas para atenuar o próprio sofrimento, dentre elas a burocratização, o desenvolvimento de estados passionais, somatizações, etc.

Se nos equipamentos de saúde acontecem processos de identificação entre profissionais e usuários, as equipes podem sentir-se como a população de área de abrangência: pobres, desvalida, desrespeitada; ou então, as equipes, para se defenderem, podem se fechar tanto que montam fortes barreiras a fim de evitar se colocar em contato com aquilo que tanto incomoda, podendo se tornar retaliadoras e agressivas com os usuários. (Onocko Campos 2005a).

Neste sentido, não haveria espaço para acontecer de forma qualificada o acolhimento, vínculo e responsabilização, o que mantém a assistência fragmentada, sem a formação de compromisso dos serviços com os usuários e sem a definição de prioridades para os problemas da comunidade.

Gomes e Pinheiro (2005) chamam atenção para a complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos dos grandes centros urbanos onde são implantadas equipes de saúde da família. É no cenário das grandes cidades brasileiras que a favela passa a existir e se constitui como principal ponto de contraste entre as desigualdades econômico-sociais. As autoras apontam que

> As favelas representam os fantasmas prediletos do imaginário urbano: focos de doenças e epidemias; sítio de malandros e ociosos, inimigos do trabalho duro e honesto; amontoado promíscuo de população sem moral; reduto anacrônico de migrantes de origem rural mal-adaptados à vida urbana, constituindo uma massa ignara a atrasar nosso desenvolvimento econômico e político; e covil de bandidos, zona franca do crime e do tráfico. Assim, a favela tem em si encarnada a imagem das 'classes perigosas', e é esta tradição que é continuamente reproduzida. (p.294-5).

É neste cenário e com este imaginário que equipes da Estratégia Saúde da família são implantadas em muitas regiões dos centros urbanos, sendo os principais representantes do Estado, tendo que lidar com o domínio de forças paralelas ao poder legal, pressões de moradores, polícia, poder público, medos e tensões, conflitos que andam na contramão da proposta do exercício da cidadania e democracia (Gomes e Pinheiro, 2005).

2. A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção à saúde mental no âmbito da atenção básica é componente essencial para que qualquer sistema de saúde funcione adequadamente (WHO e Wonca, 2008). Para tanto, é preciso considerar e refletir sobre as estratégias de Saúde da Família e de Reabilitação Psicossocial (Brêda et. al., 2005). Dados do Ministério da Saúde (2010-a) apontam que 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental, ou seja, estas equipes se deparam cotidianamente com problemas "da saúde mental" e por possuírem proximidade com as famílias e comunidade são consideradas um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados aos diversos tipos de sofrimento psíquico.

No entanto, não existem estudos de caráter nacional que apresentem índices de prevalência de transtornos mentais nos serviços de atenção básica, sendo necessário recorrer a várias pesquisas nacionais e internacionais. Dados do MS (2010-b) apontam que algumas comunidades atendidas pela ESF apresentaram prevalências de transtorno mentais comuns que variaram de 22,7% a 38%. O mesmo documento revela que estudos da década de 80 mostraram que 33% a 56% dos usuários que buscaram atendimento na atenção básica poderiam apresentar sintomas de transtornos mentais comuns. Dentre os problemas psicológicos na atenção básica, destaca-se a freqüência de depressão e ansiedade, conforme estudo da OMS, divulgado em 2001.

Onocko Campos e Gama (2008) destacam que para usuários portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente há uma política de saúde mental eficaz em andamento: a criação e ampliação de equipamentos substitutivos – tais como os CAPS – serviços residenciais terapêuticos e programas de transferência de renda como o "de volta

para casa" compõem uma rede de proteção, tratamento e reinserção social. Mas, para os usuários portadores de transtornos menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e a necessidade e o desafio de se construir uma rede de assistência competente com implantação de políticas públicas abrangentes na saúde mental.

Algumas ações têm sido realizadas com objetivo de incorporar, dialogar e ampliar as ações de saúde mental no campo da atenção básica. Em 2003, o Ministério da Saúde - através da coordenação geral de saúde mental e coordenação de gestão da atenção básica – lança um documento intitulado "saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários". Neste documento, algumas diretrizes gerais foram delineadas no sentido de incluir ações de saúde mental na atenção básica, propondo o Apoio Matricial da saúde mental às equipes de atenção básica, a formação como estratégia prioritária e a inclusão da saúde mental no sistema de informações da atenção básica como principais ferramentas.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da portaria GM nº154 de março de 2008 com objetivo de oferecer apoio às equipes de saúde da família no sentido de ampliar suas ações, aumentando sua resolubilidade.

> O Nasf é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da

> Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe (Nasf), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (Brasil, 2010-b, p.10/11)

A composição das equipes dos NASF deve ser feita por profissionais de diferentes categorias, sobretudo das que já estão contempladas dentro da equipe mínima do PSF para atuarem no apoio a estas equipes. A portaria do NASF abrange uma série de políticas nacionais, tais como a saúde mental, integração da pessoa com deficiência, da pessoa idosa, de práticas integrativas e complementares, entre outras.

No primeiro semestre de 2010, o ministério da saúde informou que existiam 1165 NASF em funcionamento no país com 6.895 trabalhadores. Destes, 2.123 eram trabalhadores do campo da saúde mental, ou seja, aproximadamente 30%. Se considerarmos todas as especialidades que podem compor o NASF, este dado pode indicar que dentre as possibilidades de contratações do NASF, há uma valorização por parte da gestão municipal e estadual para contratação de profissionais da saúde mental. (Brasil, 2010-b)

Os NASF não funcionam como porta de entrada do sistema, mas operam no apoio às equipes de saúde da família, com intuito de rever a prática dos encaminhamentos, objetivando um acompanhamento longitudinal. Cada NASF é responsável por um número

de equipes de saúde da família, tendo como pilar de atuação o apoio matricial, além de realizar articulações com serviços de referências existentes na rede.

O Apoio Matricial é um arranjo que possibilita oferecer retaguarda assistencial especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. Com a atividade do Apoio Matricial é possível ampliar possibilidades de realização da clínica ampliada e potencializar a integração dialógica e horizontal entre distintas especialidades e profissões (Campos, 1999, Campos e Domitti, 2007).

O trabalho com Apoio Matricial pressupõe a existência de uma equipe ou um profissional de referência, que se responsabilizam pela condução de um caso, ou seja, encarregam-se da atenção longitudinal; e dos especialistas, que possuem um núcleo de conhecimento e são responsáveis por oferecer o apoio matricial dentro da lógica da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias. Assim, "o apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores" (Campos e Domitti, 2007, p.401).

No entanto, a operacionalização do apoio matricial nos serviços não se dá sem uma série de obstáculos que muitas vezes impedem a criação de espaços dialógicos com compartilhamento de decisões, estabelecimento de ralações horizontais, construção de projetos terapêuticos integrados, personalização do sistema de referência e contra-referência. Campos e Domitti (2007) descrevem desde os obstáculos estruturais,

epistemológicos, políticos, comunicacionais, até os obstáculos subjetivos, culturais e de ordem ética.

Os obstáculos estruturais são aqueles determinados pela maneira como os serviços se estruturam: com crescente cultura das especialidades, elevando-se cada vez mais o grau de departamentalização e favorecendo ao extremo a fragmentação do cuidado. Já os obstáculos de ordem epistemológica baseiam-se no referencial adotado pelas especialidades e profissões para entender e trabalhar o processo saúde – doença, em geral seguindo a perspectiva biomédica. E os obstáculos de ordem subjetiva e cultural são aqueles relacionados à postura dos trabalhadores, que nos ambientes de trabalho altamente competitivos, tendem a cristalizar-se em identidades reativas induzindo a desconfiança dos outros e a defesa da concorrência alheia. Todo esse processo conspira contra o modo interdisciplinar, dialógico, com clínica ampliada e co-responsabilização que o apoio matricial pressupõe.

Algumas estratégias são descritas nos cadernos de atenção básica (Brasil, 2010b) para promover maior integração entre as equipes de atenção básica e os profissionais do NASF: O fortalecimento dos vínculos, considerando a escuta como facilitadora; a criação de espaços de apoio e suporte para os profissionais da ESF, com trocas e construções mútuas que possam auxiliar na condução dos casos e nas situações complexas vividas no cotidiano do trabalho; e humanização das relações entre os membros da própria equipe, favorecendo o estabelecimento de relações de respeito para consigo, com outros profissionais e com os usuários.

A presença de profissionais da saúde mental na atenção básica seguindo a lógica do Apoio Matricial auxilia na articulação com serviços especializados (como os CAPS), organizando o fluxo de atendimento e favorecendo relações mais horizontais entre equipes e especialidades.

Os profissionais da atenção básica deparam-se cotidianamente com usuários que chegam ao serviço apresentando problemas de diversas ordens (econômico-sociais, psicológicos, físicos), apresentando alto grau de comorbidade com coexistência de quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Também existem as situações de risco psicossocial[2] que exigem intervenção urgente das equipes e o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis – como hipertensão e *diabetes mellitus* – que pode exigir escuta ampliada dos aspectos subjetivos a elas vinculados. Isso tudo mostra a relevância de problemas que abrangem a saúde mental e reforça a importância de uma articulação das equipes da atenção básica com profissionais da saúde mental, a fim de qualificar a atenção e promover ações de prevenção e de promoção à saúde.

A criação do NASF de saúde mental permite ampliar o acesso aos cuidados de saúde mental na atenção básica dentro dos princípios da reforma psiquiátrica. Por ser uma estratégia relativamente nova, ainda não existem estudos para avaliar os impactos e as

[2] São considerados riscos psicossociais: Cárcere privado; abuso ou negligência familiar; suspeita de maus-tratos e abuso sexual de crianças e adolescentes, além de outras evidências de violência intrafamiliar; situações de violência entre vizinhos; situações de extremo isolamento social; situações de grave exclusão social (idoso ou pessoa com deficiência em situação de abandono, crianças e adolescentes em situação de risco pessoal ou social, população em situação de rua); indivíduos com história de múltiplas internações psiquiátricas, sem tratamento extra-hospitalar; uso de medicação psiquiátrica por longo tempo sem avaliação médica; problemas graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas; crises psicóticas; tentativas de suicídio; crises convulsivas e conversivas. (Brasil, 2010-b: cadernos de atenção básica)

transformações na prática da ESF, sendo importante o monitoramento e acompanhamento das ações pela gestão local e federal, além do investimento na educação permanente dos profissionais da atenção básica.

Alguns estudos anteriores a criação dos NASF apontam para dificuldades de desenvolvimento de ações de saúde mental integradas com a atenção primária. Segundo Nunes et. al. (2007) ainda é grande a lacuna existente entre as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que procura estimular práticas pautadas no território, articuladas com uma rede de serviços de saúde; e o que se observa na realidade concreta. Em estudo realizado com profissionais de saúde inseridos em Centros de Atenção Psicossocial e no Programa Saúde da Família do estado da Bahia, as autoras apontam várias razões que os entrevistados alegam para a não inclusão da Saúde Mental enquanto campo de atuação nas equipes de PSF estudadas, que podem se dividir em quatro grupos:

1) O desconhecimento acerca da Reforma psiquiátrica e a falta de capacitação em Saúde Mental dos profissionais e técnicos do PSF. 2) A não-identificação por parte da população de problemas em Saúde Mental como prioridades nas áreas estudadas. 3) A falta de condições para o atendimento de casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes. 4) A inexistência de uma rede em Saúde Mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de Saúde Mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.

As dificuldades para inclusão da Saúde mental no Programa Saúde da Família encontradas pelas autoras não refletem somente uma realidade local. Na pesquisa sobre

avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial do município de Campinas, Onocko Campos et. al. (2008), constataram que o tema da rede ainda é considerado um ponto crítico na Reforma psiquiátrica, em que há pouco diálogo e ações conjuntas entre os serviços substitutivos de Saúde Mental e as Unidades Básicas de Saúde.

Brêda e Augusto (2001) também realizaram um estudo em um bairro de periferia de Maceió, buscando no relato de portadores de doença mental, seus familiares e profissionais de saúde do PSF, compreender o cuidado prestado em saúde mental na atenção básica.

Os resultados revelam que o cuidado à pessoa com transtorno psíquico na Atenção Básica tem sido centrado na medicalização, com recursos de internação hospitalar freqüentes e atenção fragmentada. Os profissionais de saúde e os familiares têm reproduzido a lógica da internação psiquiátrica, reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção à saúde mental. O PSF então, não tem tido capacidade de mudar a lógica da atenção centrada no modelo biomédico e sua forma de cuidar não está condizendo com os princípios da Reforma psiquiátrica e Reforma Sanitária. Formas de abordagem baseadas na escuta, acolhimento e no vínculo são raramente utilizadas.

Gama e Onocko Campos (2009) realizaram pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva sobre o tema da saúde mental na atenção básica no período de dez anos (1997-2007). Os 45 artigos encontrados foram analisados e classificados em categorias temáticas. Os resultados encontrados apontam a existência de uma demanda expressiva de saúde mental na atenção básica, porém com uma política incipiente para este setor, constatando-se um distanciamento entre o que é preconizado pelas políticas públicas

e a realidade cotidiana dos serviços. A análise dos artigos revelou que as práticas de saúde mental no PSF ainda são pequenas e que os profissionais ainda não conseguiram superar o modelo biomédico, mostrando-se despreparados para incluir o universo da saúde mental em suas ações. Também apontam para a falta de conhecimento dos profissionais do PSF em relação à reforma psiquiátrica, o que colabora para não existência de uma estratégia para lidar com a saúde mental. Segundo os autores, esta falta de capacitação pode levar a indução de posturas inadequadas, com relações de poder muito desiguais: "ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico; expectativas de comportamento agressivo, entre outras" (p.123)

Por outro lado, alguns artigos tratam de dispositivos como estratégias para inclusão da saúde mental na atenção básica. Os dispositivos são entendidos como ferramentas que facilitariam as mudanças necessárias do modelo de atenção. O acolhimento, as equipes de referências, e o apoio matricial são exemplos citados como dispositivos, introduzindo-se os conceitos de vínculo, subjetividade e humanização. O tema da formação apareceu como necessidade urgente relacionada a estruturação da saúde mental na atenção básica, enfatizando cursos técnicos e de graduação, nos quais muitas vezes apresentam conteúdos descontextualizados de saúde mental na atenção básica.

3. A EXPERIÊNCIA PAIDÉIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS/SP

A cidade de Campinas tem mais de um milhão de habitantes, caracterizando-se como o terceiro município do estado de São Paulo em termos populacionais. Além disso, é pólo da região metropolitana de Campinas, possuindo um dos maiores centros tecnológicos do país. Neste sentido, apresenta complexidades e dificuldades de um município de grande porte, com crescimento desordenado de favelas, aumento da violência e pobreza que aprofundam ainda mais as desigualdades sociais.

O município de Campinas já contava com programas comunitários de atenção em saúde desde a década de 70. Posteriormente, com a criação dos Centros de Saúde, instalou-se uma rede de saúde razoável, com desenvolvimento de vários programas para o atendimento da demanda. Entretanto, diagnósticos realizados pela gestão municipal de 2001 apontaram que a rede básica do município apresentava diversos problemas que indicavam incapacidade de absorver a demanda e de atender às necessidades básicas da população: existia falta de recursos em regiões específicas, filas de espera, pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no território, equipes trabalhando isoladas e praticando uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde (Campos, 2003).

Diante deste cenário, no ano de 2001, a rede de saúde da cidade de Campinas implantou o projeto Paidéia de Saúde da Família, baseado no paradigma da complexidade, transversalidade e intersetorialidade. Este projeto traz uma série de modificações e complementações ao Programa Saúde da Família, voltadas para municípios de grande porte e ajustadas ao contexto sanitário de Campinas, alinhadas aos princípios de acolhimento, responsabilização e co-gestão (Campinas, 2009).

O termo Paidéia é antigo, clássico e significa o desenvolvimento integral do ser humano. O projeto de Saúde Paidéia propõe reconstruir o modo de pensar e trabalhar na saúde, reformulando a clínica a fim de englobar o sujeito que está doente, ampliando os espaços de atuação e as práticas de promoção à saúde para cuidar das pessoas considerando que estão inseridas em redes sociais. E o projeto Paidéia Saúde da Família propõe trabalhar com um conceito ampliado de família, considerando que esta é um grupo que co-habita um mesmo espaço. Busca ampliar as redes de apoio entre equipes, famílias e organizações. (Campos, 2003). Neste sentido, o projeto da Secretaria de Saúde de Campinas almejava cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente e fazê-lo respeitando as diferenças entre as pessoas e os grupos.

Baseando-se em Campos (2003), o Projeto Paidéia de Saúde da Família se apóia nas seguintes diretrizes:

- Clínica Ampliada: Considera o sujeito doente ou com possibilidade de adoecer e a família ou outros grupos visando superar a clínica tradicional, que considera somente a doença como objeto de atuação. Para o desenvolvimento de uma clínica ampliada é necessário considerar elementos biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde doença, ampliando e modificando o tipo de entrevista, a escuta e a intervenção terapêutica. Também é preciso estabelecer vínculo continuado entre as equipes e usuários ou famílias.

- Equipes de Referência (Equipes de Saúde da Família): equipes interdisciplinares e multiprofissionais responsáveis pelo atendimento básico integral a um determinado número de famílias sob sua responsabilidade.

- Adscrição de clientela: Seguindo o modelo do PSF, cadastrar as famílias com classificação de risco familiar e individual. A adscrição é fundamental para criação de vínculo entre a equipe de referência e as famílias.

- Acolhimento e responsabilização: consiste em escuta qualificada das demandas dos usuários com avaliação de risco, privilegiando os casos de maior gravidade ou sofrimento e não a ordem de chegada ao serviço. Pretende resolver os casos conforme a complexidade e capacidade do técnico que está fazendo o acolhimento, encaminhando os casos de maior complexidade para atendimento na própria UBS ou em outros equipamentos da rede de saúde.

- Sistema de Co-gestão: Seguindo as diretrizes da política do SUS, baseia-se na gestão participativa operando com sistema de co-governo (conselhos locais de saúde, colegiados de gestão e dispositivos variados, como oficinas, reuniões, assembléias) com a construção progressiva e compartilhada de projetos.

A cidade de Campinas possui uma rede de saúde com ampla cobertura de assistência, dividida em cinco distritos sanitários. Existem 61 Unidades Básicas de Saúde, aproximadamente uma para cada 20.000 habitantes. Os profissionais das Unidades Básicas estão organizados em Equipes de Referência, similares às equipes de PSF na adscrição de clientela e na definição do trabalho a partir das necessidades de seu território de abrangência. Porém são equipes ampliadas, já que além do médico generalista, da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, também fazem parte das equipes o pediatra, o ginecologista e o dentista, o que, por si só, torna mais complexa a configuração

de sua rede de saúde em relação aos demais municípios e aumenta a expectativa de resolutividade da Atenção Básica (Campinas, 2009).

Em relação à organização da atenção à Saúde Mental, Campinas foi uma das pioneiras na implantação de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, articulada à rede de Atenção Primária e com propostas de ações intersetoriais com as Secretarias de Assistência Social, de Educação, de Cultura, e com diferentes Organizações Não Governamentais (Ongs) e equipamentos sociais do território. O município possui uma equipe de Saúde Mental para cada 30.000 habitantes, presente em 30 Unidades Básicas de Saúde (UBS), para apoio às equipes de saúde da família no atendimento aos cidadãos portadores de transtorno ou sofrimento mental. Há na cidade cinco Centros de Convivência e dez Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): seis com funcionamento 24 horas por dia (CAPS III); dois especializados no cuidado ao adulto com dependência ou abuso de álcool ou outras drogas (CAPS AD); dois destinados ao atendimento de crianças e adolescentes (CAPS i) (Campinas, 2009). Além disso, a cidade possui: três enfermarias em hospital geral, sendo uma delas específica para internações breves de dependentes químicos; o atendimento móvel de urgência (SAMU) com psiquiatra; dois pronto-socorros psiquiátricos; um núcleo de oficina e trabalho (NOT) e 38 serviços de residências terapêuticas para egressos dos hospitais psiquiátricos (Campinas, 2009).

Apesar de o município contar com uma rede de saúde razoavelmente ampla para cobertura dos problemas de saúde da população, Campinas sofreu e vem sofrendo com o desmonte progressivo do Programa Saúde Paidéia. As gestões municipais que assumiram posteriormente à implantação deste programa não valorizaram e não incentivaram sua

continuidade, culminando na saída de muitos profissionais dos serviços da atenção básica que atuavam na ESF/ Programa Paidéia, sem que houvesse reposições necessárias. Atualmente, percebemos que a maioria das UBS conta com equipes incompletas, sobretudo com falta de médicos e Agentes Comunitários de Saúde; e muitos dos profissionais que ainda permanecem nas equipes entraram posteriormente à implantação do Programa Paidéia, perdendo, portanto, as capacitações e treinamentos oferecidos para atuar de acordo com os princípios e diretrizes deste Programa. Dados do MS (Brasil, 2012) apontam uma diminuição significativa do número de equipes de saúde da família implantadas em Campinas. Percebemos com a tabela 1, que nos anos 2003/2004 – período de expansão e consolidação do Programa Paidéia – a proporção de cobertura populacional estimada pelas ESF chegou a 45% nos meses 01 e 02 de 2004, permanecendo na faixa de 40%. Já nos anos 2010/2011, a cobertura populacional estimada pelas ESF não passou dos 35%, chegando aos 30,98% no último mês de 2011, como mostra a tabela 2.

Tabela 1: Credenciamento e implantação das Equipes de Saúde da Família no município de Campinas/SP, anos 2003/2004.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP

Competência: Janeiro de 2003 a Dezembro de 2004

			Equipe de Saúde da Família				
Ano	Mês	População	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2003	1	982.977	115	128	115	396.750	40,36
2003	2	982.977	115	128	115	396.750	40,36
2003	3	982.977	115	126	115	396.750	40,36
2003	4	995.024	116	127	116	400.200	40,22
2003	5	995.024	116	129	116	400.200	40,22
2003	6	995.024	125	129	125	431.250	43,34
2003	7	995.024	125	126	125	431.250	43,34
2003	8	995.024	127	121	121	417.450	41,95
2003	9	995.024	127	122	122	420.900	42,3
2003	10	995.024	127	122	122	420.900	42,3
2003	11	995.024	127	128	127	438.150	44,03
2003	12	995.024	130	129	129	445.050	44,73
2004	1	995.024	130	133	130	448.500	45,07
2004	2	995.024	130	133	130	448.500	45,07
2004	3	995.024	130	129	129	445.050	44,73
2004	4	995.024	130	128	128	441.600	44,38
2004	5	1.006.918	130	126	126	434.700	43,17
2004	6	1.006.918	132	128	128	441.600	43,86
2004	7	1.006.918	132	127	127	438.150	43,51
2004	8	1.006.918	132	127	127	438.150	43,51
2004	9	1.006.918	135	127	127	438.150	43,51
2004	10	1.006.918	135	127	127	438.150	43,51
2004	11	1.006.918	140	127	127	438.150	43,51
2004	12	1.006.918	140	127	127	438.150	43,51

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A ***Nota Técnica*** contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Tabela 2: Credenciamento e implantação das Equipes de Saúde da Família no município de Campinas/SP, anos 2010/2011.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP

Competência: Janeiro de 2010 a Dezembro de 2011

			Equipe de Saúde da Família				
Ano	Mês	População	Credenciadas pelo Ministério da Saúde	Cadastradas no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2010	1	1.056.644	151	108	108	372.600	35,26
2010	2	1.056.644	151	105	105	362.250	34,28
2010	3	1.056.644	151	105	105	362.250	34,28
2010	4	1.056.644	151	102	102	351.900	33,3
2010	5	1.056.644	151	94	93	320.850	30,37
2010	6	1.056.644	151	91	91	313.950	29,71
2010	7	1.056.644	151	92	92	317.400	30,04
2010	8	1.056.644	151	98	98	338.100	32
2010	9	1.056.644	151	99	99	341.550	32,32
2010	10	1.064.669	151	101	101	348.450	32,73
2010	11	1.064.669	151	102	102	351.900	33,05
2010	12	1.064.669	151	103	102	351.900	33,05
2011	1	1.064.669	151	102	101	348.450	32,73
2011	2	1.064.669	151	100	99	341.550	32,08
2011	3	1.064.669	151	100	99	341.550	32,08
2011	4	1.064.669	151	102	101	348.450	32,73
2011	5	1.064.669	151	100	99	341.550	32,08
2011	6	1.080.113	151	106	105	362.250	33,54
2011	7	1.080.113	151	103	103	355.350	32,9
2011	8	1.080.113	151	102	102	351.900	32,58
2011	9	1.080.113	151	100	100	345.000	31,94
2011	10	1.080.113	151	97	97	334.650	30,98
2011	11	1.080.113	151	99	99	341.550	31,62
2011	12	1.080.113	151	98	97	334.650	30,98

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A ***Nota Técnica*** contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Da mesma maneira, percebemos que nos anos de 2003/2004, o número de ACS implantados no município foi bem maior do que nos anos de 2010/2011, considerando ainda o aumento da população no decorrer dos anos. Nota-se com a tabela 3, que a proporção da cobertura populacional estimada para os ACS ultrapassou os 31% nos anos de 2003/2004, chegando a cair para 13,68% no último mês do ano de 2011, conforme mostra a tabela 4.

Tabela 3: Credenciamento e implantação de ACS no município de Campinas/SP, anos 2003/2004.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP

Competência: Janeiro de 2003 a Dezembro de 2004

			Agentes Comunitários de Saúde					
Ano	Mês	População	Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2003	1	982.977	0	504	506	504	289.800	29,48
2003	2	982.977	0	504	506	504	289.800	29,48
2003	3	982.977	0	504	511	504	289.800	29,48
2003	4	995.024	0	504	513	504	289.800	29,12
2003	5	995.024	0	504	543	504	289.800	29,12
2003	6	995.024	0	541	538	538	309.350	31,09
2003	7	995.024	0	541	538	538	309.350	31,09
2003	8	995.024	0	544	538	538	309.350	31,09
2003	9	995.024	0	544	530	530	304.750	30,63
2003	10	995.024	0	544	535	535	307.625	30,92
2003	11	995.024	0	544	535	535	307.625	30,92
2003	12	995.024	0	546	539	539	309.925	31,15
2004	1	995.024	2.488	546	542	542	311.650	31,32
2004	2	995.024	2.488	546	542	542	311.650	31,32
2004	3	995.024	2.488	546	542	542	311.650	31,32
2004	4	995.024	2.488	546	542	542	311.650	31,32
2004	5	1.006.918	2.517	546	546	546	313.950	31,18
2004	6	1.006.918	2.517	545	556	545	313.375	31,12
2004	7	1.006.918	2.517	545	553	545	313.375	31,12
2004	8	1.006.918	2.517	545	552	545	313.375	31,12
2004	9	1.006.918	2.517	556	552	552	317.400	31,52
2004	10	1.006.918	2.517	556	554	554	318.550	31,64
2004	11	1.006.918	2.517	550	499	499	286.925	28,5
2004	12	1.006.918	2.517	550	498	498	286.350	28,44

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A ***Nota Técnica*** contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Tabela 4: Credenciamento e implantação de ACS no município de Campinas/SP, anos 2010/2011.

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica - DAB

Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal

Unidade Geográfica: Município - CAMPINAS/SP

Competência: Janeiro de 2010 a Dezembro de 2011

			Agentes Comunitários de Saúde					
Ano	Mês	População	Teto	Credenciados pelo Ministério da Saúde	Cadastrados no Sistema	Implantados	Estimativa da População coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
2010	1	1.056.644	2.642	602	341	341	196.075	18,56
2010	2	1.056.644	2.642	602	332	332	190.900	18,07
2010	3	1.056.644	2.642	602	331	331	190.325	18,01
2010	4	1.056.644	2.642	602	323	323	185.725	17,58
2010	5	1.056.644	2.642	602	295	292	167.900	15,89
2010	6	1.056.644	2.642	602	285	285	163.875	15,51
2010	7	1.056.644	2.642	602	288	288	165.600	15,67
2010	8	1.056.644	2.642	602	301	301	173.075	16,38
2010	9	1.056.644	2.642	602	300	300	172.500	16,33
2010	10	1.064.669	2.662	602	295	295	169.625	15,93
2010	11	1.064.669	2.662	602	297	297	170.775	16,04
2010	12	1.064.669	2.662	602	299	296	170.200	15,99
2011	1	1.064.669	2.662	602	294	291	167.325	15,72
2011	2	1.064.669	2.662	602	288	285	163.875	15,39
2011	3	1.064.669	2.662	602	288	285	163.875	15,39
2011	4	1.064.669	2.662	602	294	291	167.325	15,72
2011	5	1.064.669	2.662	602	281	278	159.850	15,01
2011	6	1.080.113	2.700	602	299	296	170.200	15,76
2011	7	1.080.113	2.700	602	290	290	166.750	15,44
2011	8	1.080.113	2.700	602	288	288	165.600	15,33
2011	9	1.080.113	2.700	602	278	278	159.850	14,8
2011	10	1.080.113	2.700	602	268	268	154.100	14,27
2011	11	1.080.113	2.700	602	267	267	153.525	14,21
2011	12	1.080.113	2.700	602	261	257	147.775	13,68

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Obs: A ***Nota Técnica*** contém informações a respeito da origem dos dados e a descrição detalhada dos campos utilizados.

Partindo da conformação da Rede de Atenção Básica do município de Campinas e das concepções descritas acima, esta pesquisa pretende estudar o que é concebido por acolhimento, vínculo e responsabilização nas ações de saúde mental do Programa Saúde da Família deste município.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Investigar ações da Saúde Mental na Atenção Básica no que se refere aos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização dos casos, do ponto de vista dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. Pesquisar como as equipes da atenção básica se organizam em relação aos critérios para definição das demandas em saúde mental;

4.2.2. Investigar qual o entendimento das equipes em relação ao conceito de acolhimento e como se organizam para realizá-lo em relação à Saúde Mental;

4.2.3. Identificar quais critérios as equipes utilizam para encaminhar os casos da saúde mental para outros equipamentos da rede;

4.2.4. Identificar e descrever como os usuários da saúde mental se vinculam aos recursos existentes nas unidades básicas e no território adscrito.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, guiada pela teoria da hermenêutica crítica, com pesquisa de campo, utilizando-se grupos focais com os trabalhadores das UBS - incluindo-se agentes comunitários de saúde (ACS) - e usuários dos serviços de saúde. A partir das transcrições geradas pelo campo, construímos narrativas para posterior interpretação e análise.

Esta pesquisa recorre a alguns pontos da teoria hermenêutica de Gadamer (1997) e Ricoeur (1994). Considerando a hermenêutica como uma postura de interrogação do investigador - e não como um método a ser aplicado- tem como finalidade buscar a compreensão das coisas e assim restabelecer o sentido alterado ou inexistente, sendo sua tarefa esclarecer as condições sob as quais a compreensão é possível e não desenvolver e aplicar um procedimento para compreensão (Ayres, 2001).

Recorrendo à experiência hermenêutica como postura para desenvolvimento desta pesquisa, faz-se necessário resgatar algumas categorias elaboradas por Gadamer (1997). Para esse autor os preconceitos, longe de ter um valor negativo que devesse (e pudesse ser evitado pelo pesquisador), são a condição da compreensão, é o presente e os interesses do interprete que, elevados à forma de perguntas, fazem o destaque do objeto, tornando assim inevitável que toda nova interpretação possua certa aplicação. “Por isso os preconceitos de um indivíduo são, muito mais que seus juízos, a realidade histórica de seu ser.” (Gadamer, 1997, p. 416)

No entanto, Gadamer adverte que os preconceitos sempre dirão algo sobre a autoridade, conceito que não se fundamenta em um ato obediência cega, ou de submissão, mas segundo o autor, num ato de reconhecimento e conhecimento: "reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por conseqüência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia em relação ao nosso próprio" (p.419). A autoridade não se outorga, se adquire e relaciona-se com conhecimento. É algo que pode ser inspecionado, um momento de liberdade de escolha.

Também nossos preconceitos dirão algo sobre a tradição, que é uma forma de autoridade, um momento de liberdade de escolha, com múltiplas vozes. Se há o reconhecimento de pertença a uma tradição, a volta ao passado nunca será um exercício reprodutivo, pois quando busca compreender, compreende-se sempre de maneira diferente. Neste momento a categoria de clássico é importante, porque ele é aquilo que se conserva do passado como não passado, mediação histórica do passado com o presente, uma conservação na ruína do tempo que continua operante. O clássico se conserva porque se significa e se interpreta a si mesmo. É tão eloqüente que não é testemunha de algo passado, porém diz algo a cada presente como se o dissesse a ele particularmente.

Assim, através da minha vivência com participação em projetos de pesquisas e de temas já investigados, outros questionamentos e inquietações foram provocados. A experiência adquirida com a realização de vários grupos focais, o contato com o discurso dos trabalhadores, o processo de construção de narrativas e de condução de oficinas, repercutiu em mim um tema que há muito tempo me faz refletir sobre as práticas do trabalho na saúde: como a produção do cuidado vem se construindo nos serviços de saúde e

como são conduzidos os encontros entre profissionais e usuários. Neste sentido, a questão que faço é: Como as equipes da Atenção Básica recebem e tratam os usuários de Saúde mental?

A escolha do tema da saúde mental justifica-se pela constatação de que são inúmeras as demandas que batem na porta das Unidades Básicas e que são consideradas como casos da saúde mental; além do mais, as múltiplas realidades sociais existentes nas grandes metrópoles e as formas de configuração da vida de milhares de pessoas que vivem nas periferias, convivendo constantemente com a miséria, violência, etc. trazem para os serviços de saúde problemas que transcendem os aspectos considerados 'da saúde', e que não podemos descartar ou simplesmente ignorar, pois dizem respeito às formas encontradas para manter a sobrevivência. Interpelada por esta realidade, elevo meus preconceitos à forma de perguntas: Como os profissionais da Atenção Básica identificam o que são demandas de saúde mental? Como acolhem os usuários? Como estabelecem vínculos com estas pessoas? Quais critérios utilizam para encaminhar os casos para outros equipamentos de Saúde mental da rede? E os usuários, que percepções têm em relação ao acolhimento realizado na unidade? Como se vinculam com os recursos existentes nas UBS? E como se vinculam com os profissionais? Quais as percepções dos usuários em relação à resolubilidade do tratamento na Atenção Básica?

A partir destas questões levantadas o objeto se destaca. Este destacar caracteriza uma relação recíproca, sendo que aquilo que se destaca torna ao mesmo tempo evidente aquilo do qual se destaca. No caso deste estudo, não pretendo estudar de maneira isolada os

processos de acolhimento, vínculo e responsabilização, mas é minha intenção entender o contexto onde são produzidos.

Para Minayo (1996), a hermenêutica e a dialética possibilitam uma reflexão da realidade social, constituindo-se como processo ao mesmo tempo compreensivo e crítico de análise. A autora desenvolve seus argumentos na compreensão de práticas sociais de indivíduos em movimentos contraditórios. Já que nada se constrói fora da história, qualquer obra deve ser lida em função do contexto no qual foi produzido. Este contexto abrange indivíduos vivendo realidades diversas, inseridos em grupos distintos e pertencentes a classes e segmentos diferentes. E estas contradições devem aparecer nas interpretações como elementos de verdade do texto.

Minayo e Sanches (1993) consideram a abordagem qualitativa extremamente potente para trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, além de aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

Há que se considerar também, que no caso do Brasil, existe uma grande desigualdade social, diferentes condições socioeconômicas, com amplas características culturais e regionalismos, que interferem diretamente nas perguntas que o pesquisador pretende investigar (Minayo e Minayo-Gomez, 2003).

> O objeto, no caso da saúde é sempre o sujeito (seja como paciente seja como terapeuta), pois não se estuda nenhuma enfermidade em si mesma, mas nas pessoas que têm, tratam, sofrem, diagnosticam, interpretam,

> negam ou aceitam a situação que vivenciam em interação e interculturalmente. Não se pode pensar prevenção nem promoção da saúde sem levar em conta a participação dos indivíduos em sua dialética com a coletividade. (Minayo e Minayo-Gomez, 2003, p.134).

Considerando a complexidade do objeto desta pesquisa, a utilização da abordagem qualitativa nos permite uma compreensão maior dos fenômenos estudados.

Como mencionado acima, é no próprio momento do destaque do objeto que se situa o tema da aplicação. Para Gadamer (1997), o problema da aplicação está sempre, e desde o começo, definido pelo objeto. Seu destaque já opera uma aplicação, pois é no contexto desta última que se faz possível o destaque do objeto. Neste estudo, a escolha do objeto busca oferecer subsídios para as equipes de PSF e de Saúde mental em relação à organização e tratamento de transtornos mentais no território, conseqüentemente, propondo melhorar as Políticas Públicas no cenário brasileiro.

É importante salientar que a utilização da abordagem hermenêutica no campo das Políticas, Planejamento e Gestão de Programas e Serviços poderia possibilitar olhares e articulações com as especificidades desta área em relação aos complexos objetos de estudo, sempre levando em conta as conseqüências práticas das pesquisas, uma vez que há o comprometimento com as políticas públicas de saúde em que se busca, além de compreender, transformar as práticas, propor novas alternativas ou soluções. (Onocko Campos, 2005b)

No entanto, Gadamer diz que o esforço hermenêutico começa ao se deixar interpelar pela própria tradição, que é uma forma de autoridade, um momento de liberdade

de escolha. A Tradição nos fala com vozes múltiplas e não é homogênea; é uma volta ao passado motivada pelo presente e interesses do pesquisador. Esse movimento, que constitui dois horizontes (passado – presente), é que faz o objeto de estudo se destacar. Neste estudo, as questões que envolvem as ações de saúde mental na atenção básica, quanto aos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização me levaram à tradição da área, mapeando autores que abordam o tema da reabilitação psicossocial, a psiquiatria comunitária, o planejamento e gestão em serviços de saúde, a territorialização, e classicamente os temas da psicanálise e da Atenção Básica à saúde.

5.2. O Campo

O Campo desta pesquisa inclui seis Unidades Básicas de Saúde situadas nos distritos Sul e Sudoeste do município de Campinas/SP. A escolha desta cidade justifica-se pela complexidade e extensão do sistema de saúde do município e pelo seu percurso singular no processo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, Campinas já ultrapassou a marca de um milhão de habitantes e está dividida em cinco distritos sanitários que administram as redes de saúde de suas referências.

Ambos os distritos escolhidos possuem os piores indicadores socioeconômicos e estão definidos como áreas de periferia da cidade, com populações em grande parte

dependentes exclusivamente do SUS, com baixa escolaridade e renda familiar. (dados do IBGE, censo Demográfico 2000)[3].

Pelo fato de existir grande diversidade de indicadores socioeconômicos dentro de um mesmo distrito sanitário, adotaram-se alguns critérios e parâmetros para focalizar o estudo nas UBS que compartilhassem condições sociais semelhantes, que possuíssem também uma maior uniformidade do ponto de vista da estrutura física e de recursos humanos, buscando reduzir a influência de possíveis vieses secundários a esses fatores. Os critérios sociais de inclusão para o estudo foram assim estabelecidos:

- SUS dependência alta (acima de 70% da população);

- Proporção muito baixa de chefes de família com renda igual ou maior a 10 salários mínimos (até 7% das famílias);

- Proporção muito baixa de chefes de família com 15 anos ou mais de estudo (até 4% das famílias);

Em relação aos critérios para obter maior uniformidade em relação às estruturas físicas e de recursos humanos foram utilizados os seguintes parâmetros:

- Unidades de médio porte (que possuíssem entre 11 e 16 salas);

- Número de equipes de saúde da família entre 3 a 4 por unidade e com cobertura do território maior ou igual a 50%;

[3] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm

- Que possuíssem número de hora-trabalho de médico em PSF entre 6 e 8 horas diárias por 10.000 habitantes.

Oito unidades básicas de saúde preencheram esses critérios: UBS União dos Bairros, UBS Santa Lúcia, UBS Aeroporto, UBS Vista Alegre, UBS Dic III, UBS São Cristóvão, UBS São Domingos e UBS Carvalho de Moura.

Das oito unidades apenas duas, UBS São Cristovão e Santa Lúcia, encontravam-se naquele momento com problemas na gestão e ficaram impossibilitadas de participar do estudo. Desta forma, ambas foram excluídas da pesquisa uma vez que para tal seria necessária a interlocução freqüente com as gestoras destas duas unidades.

5.3. Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados de acordo com os objetivos do estudo, a partir de uma análise das instituições participantes, elegendo pessoas que se encaixavam nos interesses da pesquisa e também pelo interesse pessoal de cada um. Para Fontanella et. al. (2008), a escolha dos sujeitos que irão compreender a amostra do estudo deverá corresponder ao subgrupo que melhor atender os objetivos específicos da pesquisa. Neste estudo, os sujeitos escolhidos foram trabalhadores e usuários das UBS selecionadas. No caso do grupo de trabalhadores, optamos por realizar grupos focais somente com os ACS, criando uma categoria para estes trabalhadores.

Para os trabalhadores, procuramos incluir toda a variedade de profissões que atuam na AB, tais como psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, medicina, técnicos

de enfermagem, incluindo também pessoal da recepção dos serviços. O critério para participação na pesquisa foi que o profissional estivesse trabalhando nas UBS selecionadas há mais de seis meses no período de realização dos grupos focais, que tivesse envolvimento direto com a assistência aos usuários e apresentasse interesse e desejo em participar do estudo.

Para os ACS, o critério para participação na pesquisa foi que estivessem trabalhando nas UBS selecionadas há mais de seis meses no período de realização dos grupos focais e apresentassem interesse e desejo em participar do estudo.

Para os usuários, procuramos incluir adultos de ambos os sexos, que conhecessem a Unidade há mais de seis meses, que tivessem utilizado o serviço de saúde pelo menos três vezes no último semestre (antes da realização dos grupos), que estivessem realizando algum tratamento específico de Saúde Mental, incluindo também os que faziam uso de outros serviços da rede, como CAPS, Centros de Convivência (CECCOS); e que apresentassem interesse e desejo em participar do estudo.

5.4. Técnica de coleta da pesquisa de campo

Para a pesquisa de campo escolhemos a técnica de grupos focais, que vem sendo amplamente utilizada em pesquisas da área da sociologia, educação e saúde. Embasamos-nos em referenciais teóricos disponíveis sobre a referida técnica, mas, sobretudo, em experiência de pesquisa anterior (Onocko Campos et. al., 2008), o que

possibilitou a realização dos grupos focais de acordo com as adaptações e modificações da técnica sugeridas em Miranda et. al. (2008).

O grupo focal caracteriza-se por ser uma técnica de coleta de dados, composto por sessões grupais, com objetivo de obter informações a partir de discussões cuidadosamente planejadas, sendo facilitador da expressão de características psicossociológicas e culturais. (Westphal et. al., 1996). Permite que os participantes expressem suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica, num ambiente permissivo e não constrangedor. (Westphal 1992, Westphal et. al. 1996, Worthen et. al., 2005, Gatti, 2005).

O grupo focal permite atingir um número maior de pessoas ao mesmo tempo e tem a facilidade de obter informações com certo nível de profundidade em um período curto de tempo. (Westphal et. al., 1996). Além disso, a interação grupal tem potencialidade para modificar o curso do pensamento, sendo que as pessoas se influenciam pelos comentários dos outros. Muitas vezes as decisões são tomadas em conjunto, depois da troca de idéias, colocando as pessoas em situações reais de vida (Westphal, 1992). Ainda segundo a autora, no grupo, as pessoas ficam mais naturais e durante a interação, os participantes podem defender seus pontos de vista com mais espontaneidade.

Para o planejamento desses grupos é necessário definir sua categorização, sua composição e um roteiro de questões de interesse para a discussão. Segundo Westphal (1992), o critério de seleção dos participantes é intencional e se baseia na concepção de que a posição que o indivíduo ocupa na estrutura social se associa à sua construção social da realidade. Essa realidade está intimamente relacionada à forma como os indivíduos se

posicionam em relação às questões propostas. Nesse sentido, a autora defende que a composição dos grupos focais deve, preferencialmente, privilegiar a homogeneidade entre os participantes. Aqueles mais homogêneos permitem obter resultados mais ricos e aprofundados sobre o tema, na medida em que cada grupo elabora e esmiúça as questões em discussão a partir de seu lugar específico enquanto componente da trama social. Ademais, a homogeneidade é desejável para facilitar a interação grupal (Worthen et. al., 2005), ao passo que a heterogeneidade e as diferenças muito marcantes em termos de educação, papéis sociais ou autoridade podem inibir as relações interpessoais.

Apesar da composição do grupo ser usualmente definida por critérios de homogeneidade, o delineamento do estudo prevê que os dados sejam obtidos por mais de um grupo, com características diferentes para permitir a identificação e a compreensão de diferenças de percepção (Westphal et.al., 1996).

Westphal (1992), no entanto, diz que a opção pela homogeneidade ou heterogeneidade dos grupos vai depender dos propósitos do pesquisador e do contexto onde os encontros grupais forem realizados. Se, por exemplo, a variabilidade dos grupos for considerada pequena, procura-se trabalhar com aqueles mais homogêneos, mas, quando há indícios de conflito entre os grupos, este é um aspecto importante a ser considerado, devendo-se trabalhar com grupos heterogêneos.

Em nosso caso, optamos por separar o grupo dos agentes comunitários de saúde do grupo de trabalhadores, o que a princípio tal configuração parece ter reafirmado uma situação naturalizada da cisão entre os agentes e o restante da equipe. No entanto, levamos em consideração os critérios de homogeneidade da consigna ‘ACS’, baseando-nos também

em experiência de pesquisa anterior (Onocko Campos e Baccari, 2011), na qual diferenças de nível de escolaridade produziram situações institucionais de uso de poder que se refletiram no contexto grupal. A separação dos ACS do grupo de trabalhadores parece ter produzido um espaço de maior liberdade para os ACS. Os resultados da pesquisa parecem nos confirmar que trabalhadores em geral e ACS em particular podem sim ser considerados grupos de interesse diferentes. Fizemos uma escolha arriscada, mas que nos pareceu correta.

Para os grupos com trabalhadores, convidamos representantes das diferentes categorias profissionais citadas anteriormente. Já para o grupo de usuários, o critério de homogeneidade se deu pela consigna 'usuários' dos serviços, convidando representantes que preenchiam os critérios de seleção. Realizamos um total de nove grupos: três grupos focais com trabalhadores, três grupos focais com ACS e três grupos focais com usuários, sendo que cada grupo contou com diferentes representantes dos serviços pesquisados, como ilustra as tabelas a seguir. O período da coleta de dados aconteceu entre 14/05/08 a 30/05/08.

Tabela 5: Quadro geral dos Grupos Focais dos Trabalhadores

	Nº de convidados	Nº de participantes	Profissionais
Grupo Focal 01	12	10	5 Aux. de Enfermagem 3 Enfermeiros 2 Psicólogos
Grupo Focal 02	12	11	4 Aux. de Enfermagem 1 médico generalista 1 Pediatra 1 Psiquiatra 1 Ginecologista 1 Enfermeiro 2 Recepcionistas
Grupo Focal 03	12	06	2 Aux. de Enfermagem 2 T.O. 1 Enfermeiro 1 Psicólogo

Tabela 6: Quadro geral dos Grupos Focais dos Agentes Comunitários de Saúde

	Nº de convidados	Nº de participantes
Grupo Focal 01	12	13
Grupo Focal 02	12	12
Grupo Focal 03	12	13

Tabela 7: Quadro geral dos Grupos Focais dos Usuários

	Nº de convidados	Nº de participantes
Grupo Focal 01	12	09
Grupo Focal 02	12	07
Grupo Focal 03	12	09

Sobre o número de participantes, a literatura prevê entre 6 e 12 pessoas (Gatti, 2005; Westphal, 1992). No entanto, Gondim (2002) faz a ponderação de que deve ser medido de acordo com os objetivos da pesquisa e das características dos sujeitos. Para nossa pesquisa convidamos um total de 12 pessoas para cada grupo focal. De maneira geral, o comparecimento nos grupos foi dentro do esperado, contando com pelo menos metade dos convidados ou mais. Dos 06 serviços pesquisados, participaram 27 trabalhadores, 38 ACS e 25 usuários.

O roteiro dos grupos (anexo III) continha questões "disparadoras" para discussão dos processos sobre acolhimento, vínculo e responsabilização das ações de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, contemplando os objetivos específicos deste estudo.

Os grupos foram gravados em áudio, o que permitiu obter maior rigor nas informações coletadas e passaram pelo processo de transcrição, o que subsidiou o tratamento e interpretação do material empírico.

Pelo fato das Unidades Básicas se localizarem em regiões periféricas da cidade, fizemos um planejamento para execução dos grupos. Coube aos coordenadores das UBS a

priorização dos dias, horários e locais dos grupos, assim como a organização das equipes, a fim de garantir maior participação dos sujeitos sem sobrecarregar os serviços. Esta adaptação ativa que realizamos como grupo de pesquisa às possibilidades da rede pensamos que também se refletiu na boa participação que tivemos nos grupos focais.

Também contamos com a participação ativa dos coordenadores das UBS no processo de seleção dos sujeitos dos grupos focais. No entanto, a logística utilizada para entrega dos convites aos usuários apresentou diversos problemas, o que nos levou a refletir sobre a forma de chegarmos até os usuários, que deve haver um cuidado maior com esta população para garantir que participem da pesquisa. Percebemos também que não havíamos nos preparado para a presença no grupo dos usuários de crianças acompanhadas de seus pais.

A participação ativa dos coordenadores dos serviços se deu desta maneira por que eles faziam parte do chamado comitê de pesquisa[4], dispositivo criado para o Estudo Avaliativo mais amplo - já referido na introdução - do qual esta tese deriva. Este dispositivo foi criado com a intenção de confirmar nossa aposta no trabalho com pesquisa avaliativa e participativa. No entanto, cabe ressaltar aqui uma reflexão sobre um possível viés da pesquisa, ao deixar a escolha dos participantes sob responsabilidade dos gestores das UBS. No caso dos trabalhadores, o convite para participar dos grupos focais vindo da chefia pode ter refletido um significado de convocação, podendo decorrer disso uma posição de reverência aos pesquisadores, ora observada em algumas posturas adotadas nos grupos. Já

[4] Este comitê se definiu enquanto articulador entre serviços e Universidade, procurando propiciar o empoderamento dos diferentes grupos de interesses envolvidos no estudo.

no caso dos usuários, os coordenadores selecionaram – a partir dos critérios estabelecidos pela pesquisa – as pessoas que conheciam melhor, que possuíam vínculos mais afetivos com os serviços. Podemos inferir que esta escolha dos participantes parece ter produzido efeitos nos grupos, no sentido de que muitas falas dos usuários foram marcadas por uma posição de obediência ao serviço. Também observamos uma posição de reverência dos usuários em relação aos pesquisadores que conduziam os grupos, produzindo falas que criticavam o sistema de saúde municipal, mas elogiava cegamente os serviços de saúde públicos da Universidade da qual os pesquisadores fazem parte. No entanto, salientamos que a técnica de coleta de informações utilizada e a forma de condução dos grupos minimizaram os efeitos destas ações, não comprometendo os resultados da pesquisa.

Os grupos aconteceram em locais próximos das Unidades Básicas e que fossem de conhecimento geral da população e dos trabalhadores, como salão da igreja onde também acontecem grupos do Centro de Saúde, escola do bairro, etc. Essa decisão foi de grande importância, uma vez que cada grupo focal juntava pessoas de Unidades Básicas diferentes. No entanto, também tivemos que lidar com questões de estrutura destes locais, que nos trouxeram alguns problemas em relação a barulhos externos, dificultando o processo de gravação e, conseqüentemente, da transcrição do material.

A coordenação e a anotação dos grupos focais ficaram sob responsabilidade de membros do grupo de pesquisa saúde coletiva e saúde mental: interfaces, do qual faço parte. Cada grupo contou com um moderador, um observador e um anotador responsável por anotar o início de cada fala, o que auxiliou o processo de transcrição das gravações, minimizando os efeitos dos barulhos externos. Escolhemos fixar um trio de moderador,

anotador e observador para cada grupo de interesse. Assim, dividimos os pesquisadores em três trios: um responsável pela realização dos grupos de trabalhadores, outro responsável pela realização dos grupos dos ACS e outro responsável pela realização dos grupos de usuários. Foi no trio de usuários que estive mais envolvida, participando ora como coordenadora do grupo, ora como anotadora.

Para tentar garantir certa uniformidade na condução dos grupos focais, realizamos reuniões específicas para discussão do roteiro e criação de alguns consensos entre os pesquisadores, além de também abordar ações práticas fundamentais para o acontecimento dos grupos, como confecção e entrega de convites, termo de consentimento, aquisição de lanche, treinamento para operar gravadores, confecção de crachás, organização de caronas para locomoção dos participantes até o local dos grupos, entre outras.

A participação dos sujeitos nos grupos focais aconteceu de maneira muito intensa. Nos vários grupos observamos diversas afirmações a respeito da falta de espaços coletivos na rede para reflexão das práticas. Neste sentido, reconhecemos que os grupos atuaram como um espaço de reflexão muito valorizado pelos participantes, o que corrobora com nossa proposta de pesquisa-intervenção. O grupo dos ACS foi o que se apresentou mais disponível e interessado em participar das discussões, contando sempre com o maior número de pessoas em relação aos outros grupos. Nossa hipótese é que talvez este seja o grupo que tenha menos espaço para se colocar de uma maneira mais livre no próprio serviço.

Uma das adaptações da técnica de grupos focais sugeridas em Miranda et. al. (2008) que cabe ressaltar aqui se refere à postura que os moderadores dos grupos adotaram para condução dos mesmos, que se mostrou permissiva às argumentações dos sujeitos, aos embates e às polêmicas, oferecendo espaço para que os grupos pudessem aprofundar os assuntos, não restringindo as possibilidades de discussão quando já tinham a resposta a uma dada pergunta. Deste modo, os moderadores optaram por permitir que os participantes fizessem associações com assuntos que não estavam compreendidos no foco proposto, mas que poderiam ampliar a discussão e aprofundar as reflexões. Pensamos que esta maneira de abordagem dos grupos focais está intrinsecamente relacionada à metodologia empregada na pesquisa, de manter uma postura hermenêutica, o que possibilitou que opiniões e reflexões de um participante fossem retomadas e alinhavadas com outras análises e assim ampliadas sucessivamente por outros membros dos grupos, possibilitando aproximação do que Burke (1992) chama de "densificar" a narrativa,*"de modo que possam lidar não só com a sequência dos acontecimentos e com as intenções dos atores, como também com os modos de eles pensarem, argumentarem e posicionarem-se"* (Miranda et.al., 2008, p.267). Neste sentido, os grupos focais saíram do plano da descrição das práticas e alcançaram o plano da ação.

Consideramos que os grupos focais trouxeram informações relevantes em relação aos objetivos deste estudo, apontando diferenças existentes entre os grupos de interesse. Fontanella et. al. (2008) aponta que para os estudos com abordagem qualitativa o fechamento da amostra resulta de um balanço feito pelo pesquisador sobre o que valorizar no conjunto das informações obtidas em campo: as diferenças ou o que se repete.

Certamente essa escolha depende dos referenciais teóricos usados pelo pesquisador, da escolha do objeto e dos objetivos definidos para a pesquisa.

Aspectos éticos da pesquisa de campo:

Para realização dos grupos, os participantes receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II), que continha informações necessárias sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, além de explicitar a garantia da confidencialidade das informações e da privacidade dos sujeitos na divulgação dos resultados da pesquisa, assim como a liberdade para abandonar o processo a qualquer tempo, sem nenhum tipo de prejuízo. Após a leitura das informações e esclarecimento de eventuais dúvidas os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e levaram consigo uma cópia.

5.5. Tratamento e interpretação das informações coletadas em campo

A partir das informações coletadas através da pesquisa de campo foi utilizada a construção de narrativas, tal como proposta por Ricoeur (1994). Para o autor, as narrativas nada mais são do que "histórias não - ainda narradas", mas que se podem ser contadas é por que já estão inseridas no mundo pelo agir social.

O dispositivo dos grupos focais utilizado na pesquisa, assim como a maneira como os moderadores conduziram estes grupos, propiciou a criação de uma conversa em torno das vivências das práticas nos serviços. Estas discussões vividas nos grupos focais

foram construídas pelos seus participantes, que não haviam, até então, fixado na escrita as conversas que ficavam, em sua maioria, somente nos interiores dos serviços. Com a construção das narrativas, feitas a partir do agenciamento dos fatos, esses discursos ganharam vozes no mundo aberto pelo texto. Assim, a intenção não é de procurar verdades e sentidos por trás do texto, mas sim fazer um caminho da fala ao texto, trazendo à tona os principais argumentos colocados em relação às questões levantadas por esta pesquisa.

Para Ricoeur, (1994), a construção de modo narrativo é o que permite a superação da dicotomia entre compreender e explicar. A narrativa como representação do tempo e da ação humana não se ordena necessariamente de forma cronológica, numa descrição linear dos eventos, mas deve corresponder à experiência psicológica do tempo, sendo o encadeamento lógico dos fatos a sua característica fundamental. Para nós interessa o que os grupos construíram com as discussões, mantendo-se as divergências, ou seja, o que disseram a respeito de suas práticas nas UBS, no caso dos trabalhadores e ACS, e o que disseram em relação às suas vivências nas UBS, no caso dos usuários.

Assim, construímos uma narrativa para cada um dos grupos, cujo conteúdo foi composto pelos principais núcleos argumentais da discussão. Os núcleos argumentais compreendem o conjunto de frases que não se referem somente ao tema de interesse, mas que atribuem a ele alguma explicação (porque, para que, como).

Estas narrativas - escritas na primeira pessoa do plural, pois entendemos que a discussão foi produto do grupo - foram construídas pelos pesquisadores que atuaram como moderadores nos grupos focais, passando posteriormente por um processo de validação, em que outro pesquisador (que atuou como anotador do grupo), fazia a leitura da transcrição e

em seguida da narrativa, com objetivo de verificar se a construção narrativa estava fiel à voz daquele grupo, contendo todos os argumentos, consensos e dissensos em relação às temáticas abordadas (Onocko Campos, 2008; Onocko Campos e Furtado, 2008).

Novamente, recorremos a outro momento de re-validação do material empírico: Para cada grupo focal de trabalhadores, ACS e usuários, refiz a leitura da transcrição e em seguida da narrativa, com objetivo de revisar as argumentações em relação aos objetivos específicos desta pesquisa de doutorado. Neste sentido, busquei incluir em algumas das narrativas, descrições mais apuradas que apareceram nas transcrições sobre o processo de acolhimento; sobre os critérios de encaminhamentos dos casos de saúde mental; em relação às definições sobre o que seriam as demandas de saúde mental; sobre o vínculo entre profissionais e usuários e o processo de responsabilização dos casos; sobre a vinculação dos usuários aos recursos existentes nas Unidades básicas. Entendemos que este processo de validação e re-validação das narrativas já se configura um movimento hermenêutico de uma análise circular que passa pelo mesmo lugar, porém em altitude diferente.

Após este processo de re-validação das narrativas, seguiu-se com a análise preliminar do material de campo, que consistiu na construção de uma grade de análise para cada grupo de interesse (trabalhadores, ACS e usuários). Esta grade foi composta por três colunas que correspondiam aos grupos realizados e por cinco linhas que correspondiam aos eixos temáticos de interesse desta pesquisa (Definição de critérios para priorizar demandas em Saúde Mental; Conceito e organização do acolhimento em saúde mental; Critérios utilizados para encaminhamento dos casos de saúde mental; Vínculo entre profissionais e usuários e responsabilização pelos casos da saúde mental; Vinculação dos usuários aos

recursos existentes nas UBS e no território adscrito). No cruzamento dos grupos realizados com os eixos temáticos foram apresentados os núcleos narrativos de cada grupo referentes aos eixos temáticos. Denominamos este processo de "extração dos núcleos argumentais", que constituem a *"tessitura da intriga"* sobre determinado tema e que nos permite visualizar como os trabalhadores, ACS e usuários se posicionam frente às temáticas debatidas (Onocko Campos, 2008).

Assim, a partir de cada construção narrativa, realizamos uma primeira interpretação, considerando o material de cada grupo como uma narrativa. Em seguida, realizamos uma segunda volta hermenêutica, visando um diálogo dessas narrativas, considerando as vozes dos grupos de interesse. Em outro momento, foi realizada uma nova volta hermenêutica, visando à interpretação das narrativas com o contexto da produção sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização nas ações de saúde mental na Atenção Básica.

Entendemos que a interpretação é composta pela análise, que é necessária para a compreensão aprimorada dos fenômenos em curso, e pela construção, à maneira de uma narrativa (Onocko Campos, 2005b). Este movimento será fundamental para compreender os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização das ações de saúde mental na rede básica de saúde do município de Campinas.

Voltando para a questão hermenêutica, esta se aplica fundamentalmente à compreensão de textos. Se a compreensão é necessária para restabelecer o entendimento alterado ou inexistente do texto, o que é compreender? Para Gadamer, a compreensão não é uma comunhão de almas, mas participação num sentido comum que só é possível da parte

ao todo e do todo à parte, nunca é somente um comportamento subjetivo frente ao objeto dado. Também a compreensão não é um procedimento mecânico tecnicamente fechado, pois "nada do que se interpreta pode ser entendido de uma só vez e de uma vez por todas". O autor aponta que existe uma diferença insuperável entre autor e intérprete, que se dá pela distância histórica e pela existência do mundo do texto. Conclui que o leitor pode entender o autor melhor do que ele próprio se compreende, principalmente quando a imersão no texto provoca relevâncias e conhecimentos novos. Compreender acaba sempre sendo compreender-se! Assim, a compreensão é sempre um comportamento produtivo e nunca somente reprodutivo. E a análise torna-se circular, partindo do princípio hermenêutico, de um círculo não vicioso, mas de uma espiral, pois apesar de ser obrigado a passar pelo mesmo lugar, passa sempre em uma altitude diferente, de maneira que "quando se logra compreender, compreende-se sempre de maneira diferente" (Gadamer, 1997).

6. RESULTADOS

A seguir, apresentaremos os resultados da pesquisa separados pelos eixos temáticos de interesse deste estudo:

6.1. Definição de critérios para priorizar demandas em Saúde Mental

Os resultados apontam para a falta de critérios pactuados nas equipes das UBS para definir e priorizar as demandas de saúde mental que chegam às Unidades. Isto deflagra um problema anterior, observado nas narrativas dos trabalhadores, que é a falta de clareza do que seriam demandas de saúde mental. Identificamos que as equipes fazem uma confusão entre tristeza/ sofrimento e doença mental.

> *(...) Quando o paciente passa pelo acolhimento, colhemos a história dele e vemos se é um caso para a saúde mental. Por exemplo, se separou do marido e está triste, perdeu o emprego, a gente pondera e cada um usa o seu critério pessoal de avaliação. Na dúvida, levamos para reunião de equipe. Outros de nós achamos que o fato do paciente chorar no acolhimento não significa que ele é da Mental. Atualmente a equipe consegue filtrar melhor isso, consegue segurar melhor, acolher a demanda, acalmar, oferecer alternativas, como grupo de convivência, sem precisar levar para a saúde mental.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

> *Nós da enfermagem achamos que saber se um caso é ou não pra saúde mental nem sempre é simples. Durante o acolhimento, a gente percebe pela queixa, pela escuta, às vezes a pessoa está numa depressão muito grande (por causa de óbito, de problema físico, ou por causa de namorado). Mas quando chega uma coisa assim mais subjetiva, nos*

> *sentimos angustiados. É porque nesses casos não tem um protocolo `faz isso, faz aquilo, encaminha para tal lugar`... Quando ficamos na dúvida, encaminhamos para a saúde mental e uma avaliação é feita. Ou conversamos com a equipe da saúde mental, contamos o que está acontecendo e perguntamos o que pode ser feito.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

As falas acima ainda ilustram três questões importantes: a primeira é que na maioria dos serviços pesquisados são os técnicos de enfermagem os responsáveis por acolher e avaliar os usuários. A segunda questão – a meu ver conseqüência da primeira- é que fica evidente que estas pessoas responsáveis por receber os casos se utilizam de critérios pessoais para avaliar os pacientes, ou seja, uma avaliação realizada apenas por referencial subjetivo, com falta de embasamento clínico. E a terceira questão refere-se à menção da falta de protocolos para os casos de saúde mental – também referenciado em outras falas-, algo que na visão dos profissionais de enfermagem auxiliaria na avaliação dos casos, no entanto, este instrumento não seria eficaz para avaliação de casos em saúde mental, uma vez que se trata de queixas subjetivas e muitas vezes inespecíficas, em que a escuta qualificada do profissional de saúde seria mais adequada no momento de receber, acolher e direcionar as ofertas do serviço.

> *Consideramos que existem demandas que nos trazem muito mais dificuldades e diante delas ainda estamos tentando construir modelos de atendimento. São as questões relacionadas à adolescência, à dependência química, às vítimas da violência, etc.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Para alguns Agentes Comunitários de Saúde, a implantação do Programa Saúde da Família contribuiu positivamente para o acesso dos usuários nos serviços de saúde, além da oferta de um atendimento com a visão mais ampla dos problemas dos territórios que os médicos de família possuem, e também do próprio trabalho dos ACS. No entanto, acreditam que as pessoas precisam sempre mais do que o serviço possa oferecer, pois faltam consultas, profissionais, vagas e nem sempre as demandas são somente da saúde. Para os ACS, as populações têm aumentado significativamente com as invasões e com isso aumentam os problemas emocionais, que são complexos: *"(...) as pessoas estão estressadas, precisando de psiquiatra e a demanda ainda é muito grande"*. (narrativa de ACS, grupo 1)

Outros ACS dizem não trabalhar mais com equipes de referências e acreditam que o Centro de Saúde atualmente se transformou em um pronto socorro, porta aberta, que atende a tudo que chega, só se diferencia do PS por que atende a população de determinados bairros.

Identificamos que é unânime entre os trabalhadores a relação que fazem dos problemas mentais com as questões econômicas e sociais que se apresentam nestes territórios, como a alta vulnerabilidade social e as precárias condições de vida.

> *Temos um incômodo: o trabalho na saúde mental no posto de saúde tem uma dissociação grande da teoria com a prática. Há uma questão social delicada e, a questão da psiquiatria mesmo, a gente acaba vendo muito pouco. O que mais atendemos no C.S. de saúde mental é depressão reativa decorrente das condições de vida, condições familiares, uma*

> *carência total influenciada por questões sociais. Por exemplo, tem uma pessoa que diz que o marido bebe, ela apanha dele, o filho foi preso, a filha foi assassinada, então, como é que ela não vai estar deprimida? Como não vai estar ansiosa? A gente medica, é uma resposta muito pequena aos problemas, então é um pouco frustrante por que você não vê melhora que poderia ver num paciente psicótico, por exemplo. Acaba sendo um trabalho maçante, um entra e sai de pacientes que atendemos com queixas muito parecidas e que não vemos alternativas para tratar. Por isso, ficamos felizes quando atendemos um psicótico.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Percebe-se com a fala acima que, além da associação feita dos problemas mentais com as condições econômicas e sociais, as ofertas de algumas equipes de saúde se fundamentam praticamente na medicação dos sintomas, algo percebido como ineficaz pelos próprios trabalhadores, que não conseguem propor alternativas para estes casos. Já em outros serviços as queixas relacionadas às questões sociais são direcionadas para profissionais da saúde mental não médicos, como ilustra a fala a seguir:

> *Consideramos que a prática nos ensina muito. Com a experiência aprendemos a direcionar os casos. Mesmo não sabendo muita coisa sobre psiquiatria, aprendemos que tem casos de saúde mental que não precisam nem passar pela enfermeira, por que são demandas ligadas as questões sociais. Do acolhimento devem ir direto para o psicólogo e ajudamos no caso, na maioria deles notamos que, realmente, não eram casos para psiquiatra.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Em alguns dos serviços estudados se faz uma avaliação de risco para priorizar os casos mais graves quando a demanda de usuários está muito grande. Para os trabalhadores esta priorização dos casos auxilia na organização do serviço, mas por outro lado, dizem que isso cria uma *"lógica complicada"*, na qual tira o foco da prevenção e promoção e acaba por excluir aqueles usuários que precisam de monitoramento para que não adoeçam. Além do mais, estes trabalhadores sentem que esta conduta induz um comportamento na população de que quem reclama mais, recebe mais fácil.

Por fim, as equipes identificam como casos de responsabilidade da saúde mental: distúrbios de aprendizagem (na visão deles relacionado com questões emocionais e desestruturação familiar), queixas escolares, laudos de perícia do INSS (na visão deles os peritos só aceitam laudos feitos por psiquiatras), casos de violência, com intenção suicida e demandas relacionadas ao uso abusivo de álcool.

6.2. Conceito e organização do acolhimento em saúde mental

Na visão dos trabalhadores, o acolhimento acontece de maneira variada nos Centros de Saúde estudados: Em algumas Unidades ele é realizado mediante distribuição de senhas, ficando um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem disponíveis para o atendimento. Nessa dinâmica, quando aparecem casos considerados da saúde mental, faz-se uma avaliação e dependendo da queixa, o encaminhamento acontece primeiro para o generalista avaliar melhor a parte clínica, ou, o caso é levado para reunião de equipe que solicita visita domiciliar por parte dos Agentes de Saúde. Estes ficam responsáveis por

coletar mais informações da dinâmica familiar, e se for um caso grave, de urgência, a equipe da UBS entra em contato direto com o psiquiatra do CS de referência.

Em outra Unidade, os profissionais afirmam que o acolhimento acontece o dia todo, mas existe um horário específico no período da manhã e da tarde para acolher casos não agendados:

> *A gente tem que ter o senso, tem que perceber que a necessidade do paciente começa ali na recepção, a gente tem o acolhimento, com médico disponível às 7 horas ou às 13h, então, fora desse horário a gente tem que saber se esse paciente tem condições de voltar, se ele chegou lá às dez horas da manhã. Então, a avaliação clínica já começa na recepção, que é a base. Uma recepção bem feita faz um Centro de Saúde legal, flui. Nós, da recepção, somos orientados para não mandar ninguém embora, todos serão acolhidos, mas nem sempre pelos médicos, muitas vezes, esses usuários serão acolhidos pelo pessoal da enfermagem.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Também afirmam que qualquer profissional pode realizar o acolhimento, mas formalmente quem o faz são os auxiliares de enfermagem:

> *Nós, auxiliares de enfermagem, escutamos o que os pacientes dizem. Mesmo quando pode ser mais demorado, como alguém dizendo que vai se matar, a gente escuta, mesmo sabendo que tem uma fila enorme lá fora.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

A partir da escuta dos auxiliares de enfermagem, eles direcionam o caso para discussão na reunião de equipe que acontece toda semana, ou passam o caso para o matriciador, que vai até a Unidade a cada quinze dias e ai discutem juntos se encaminham o paciente para terapia comunitária, ou para o grupo de artesanato, ou para outro grupo, porém deixando bem explícito que tentam todas as alternativas possíveis antes de encaminhar para o psiquiatra. Estes auxiliares de enfermagem também procuram resolver algumas situações no próprio acolhimento, uma delas refere-se a pegar assinatura do médico para pedido de exame, outra seria checar os resultados de exames, pois afirmam ser desnecessário marcar consulta com o médico só para pedidos e checagem de exames, e se não houver queixa muito significativa do usuário, fazem orientações e deixam marcada uma consulta com o médico após seis meses, em média.

Na outra Unidade em que também o acolhimento funciona com hora marcada existe um número determinado de vagas disponíveis para atendimento. Já em outra Unidade, o acolhimento é descrito a partir da fila da recepção:

> *Quando a pessoa chega, perguntamos o que ela quer e direcionamos para a enfermagem da equipe, que é quem faz o acolhimento. O acolhimento é pra todo mundo. Nele, a enfermeira ou a auxiliar de enfermagem vai acolher a queixa, colher a história, perguntar o que a pessoa sente. Às vezes chegam casos mais críticos (alcoólatra que chega brigando, alguém desesperada com crise de choro), a gente procura levar a pessoa para uma sala, tenta apaziguar. Chegam também muitos usuários poliqueixosos, que estão sempre na unidade, sempre com a mesma coisa, a gente já conhece a turma; achamos que essas pessoas são*

> *carentes, então procuramos conversar, brincar com elas. (...) nós funcionários também ficamos atentos, às vezes chega alguém precisando de acolhimento, de uma conversa, e nós também fazemos.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Algumas Unidades não possuem recepção e transferiram esta função para as equipes que realizam diretamente o acolhimento propiciando uma escuta mais qualificada no primeiro contato com os usuários. Estes trabalhadores identificam muitas demandas sociais, as quais não terão condições de resolver e isso os deixa angustiados. Nestes casos, pedem ajuda ao Serviço Social e tentam ajudar os usuários a pensar em outros caminhos da rede para que suas demandas sejam atendidas.

Os trabalhadores apontam entraves na organização do trabalho que dificultam a realização de um acolhimento decente, como a precariedade de espaço físico nos serviços e falta de recursos humanos:

> *Faltam salas para atendimento e muitas vezes o profissional fica parado e o paciente fica esperando por falta de espaço para realizar o atendimento. Outras vezes o acolhimento tem que ser realizado nos corredores o que causa vários problemas e situações constrangedoras. Para realizarmos bem este acolhimento precisamos de espaço físico adequado e de Recursos Humanos suficientes.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Ainda em relação aos entraves para realização do acolhimento, as auxiliares de enfermagem - que são quem mais realizam o acolhimento – sentem-se insatisfeitas, com

pouca autonomia para desenvolvimento de seus trabalhos e desvalorizadas pelo restante da equipe. Afirmam que os profissionais de nível superior possuem sala para atendimento (mesmo que de maneira precária), têm limite de agenda e acesso a escrita nos prontuários. Já elas têm que atender tudo o que chega ao CS sem um espaço físico adequado (recorrem a corredores e estacionamento), e queixam-se da falta de tempo para atualizar os prontuários com informações relevantes que escutam nos acolhimentos:

> *(...) Nós não temos um espaço físico para realizar nossa clínica, para conversar com o paciente e pegar as informações necessárias, na maior parte das vezes, fazemos isto no corredor e até no estacionamento. Não dá para fazermos anotações nestes espaços. Muitas vezes somos capacitadas para pesquisar problemas complicados como, por exemplo, a violência doméstica. No entanto, é um tema que não dá para abordar sem privacidade. Outras vezes coletamos dados muito importantes, mas não passamos para o prontuário porque acabamos esquecendo. Estamos retomando esta questão da anotação no prontuário, pois isto valoriza nosso trabalho.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Os usuários conhecem o acolhimento e descrevem como ele acontece nas Unidades onde são atendidos:

> *Quem nos recebe no posto é a recepção e ai vamos pra enfermeira que chama acolhimento, ver o que ela pode fazer pela gente (...). São elas que definem se precisamos ou não de uma consulta médica e qual especialidade iremos passar. Quando precisamos pegar medicação não temos que necessariamente passar pelo médico. A enfermeira conversa*

com a gente faz a receita e só leva para ele assinar. Elas ajudam a gente com essa triagem, dão espaço para a gente falar dos nossos problemas, perguntam se estamos tomando o remédio direitinho nos dias e horários corretos, verificam nossa pressão. Se elas acharem necessário, nos encaminham para o médico. (narrativa de usuários, grupo 1)

Quando chegamos ao posto com algum problema, primeiro passamos pela recepção, que define se vamos passar com o enfermeiro. Este, por sua vez, vai escutar nosso problema e decidir se passamos pelo médico ou não. Muitas vezes, o enfermeiro conversa com o médico que nem nos examina e já passa o remédio, ou manda pro pronto socorro ou marca uma consulta. Esse é o modo como funciona o acolhimento, mas quando o caso é grave chamam o médico. (narrativa de usuários, grupo 2)

O acolhimento é quando você precisa de uma consulta médica no mesmo dia. Em um dos postos, a senha é entregue às 7hs e a médica vai atender das 8hs às 9hs só as pessoas do acolhimento, mas isso não quer dizer que ela vai atender todo mundo, por que tem um limite. (...) às 13hs abre de novo senha para o acolhimento, quem precisar será atendido no período da tarde. No outro posto, quem dá a senha é o guarda, mas se chega caso grave passa na frente. Temos que chegar de madrugada, por que as 7hs já não tem mais senha. E mesmo com a senha, na maioria das vezes somos atendidos depois das 10hs. A tarde é praticamente impossível conversar com alguém do posto, caso a gente tenha algum problema de saúde e não tenha consulta agendada. Achamos que todo mundo que

> *chega ao posto de saúde, seja às 4 horas da manhã ou ao meio dia, tem que ser atendido, pelo menos pelo acolhimento de um auxiliar de enfermagem.* (narrativa de usuários, grupo 2)

> *Quando a gente chega no posto, quem nos recebe é o guarda e, para marcar consulta, a recepcionista.* (narrativa de usuários, grupo 3)

Nas falas acima é recorrente dizer que quem os recebe no serviço são as recepcionistas e/ou o guarda, que acabam desempenhando uma função de triagem, elegendo quem irá ter acesso ao serviço (seja pela entrega de senha, seja por uma avaliação inicial da queixa do usuário). Alguns usuários reclamam da burocracia para se ter acesso ao serviço (senhas, números de cores diferentes, filas) e referem que prefeririam ser atendidos diretamente pelo médico ao invés de conversar primeiro com a enfermeira, pois na visão deles, o médico é que irá resolver seus problemas.

Também é descrito na fala dos usuários a situação rotineira de quem faz o acolhimento recorrer ao médico para assinatura e liberação de receitas medicamentosas, sem que os usuários passem em consulta médica para avaliação. Esta prática é criticada pelos usuários que sentem ineficácia no atendimento gerando insegurança em procurar a Unidade Básica para determinadas situações de saúde:

> *Quando a gente precisa de alguma coisa urgente, é melhor ir direto no hospital, porque chega lá no posto eles querem te passar com a enfermeira, aí joga para um, joga para outro, até que a enfermeira diz que vai te fazer a receita. Mas cadê o médico? Nem conversar com ele ela*

conversou... Como é que pode atendimento assim? (narrativa de usuários, grupo 3)

6.3. Critérios utilizados para encaminhamento dos casos de saúde mental

Assim como não existe clareza dos critérios para priorizar as demandas de saúde mental que chegam às UBS, também não são claros os critérios utilizados para encaminhamentos dos casos considerados da saúde mental. Em relação aos encaminhamentos que ocorrem para fora das UBS, parece que os critérios são definidos somente pelas instituições que recebem os encaminhamentos:

> *Os critérios de encaminhamento para outros equipamentos são muito bem definidos pelos próprios serviços, pois eles geralmente trabalham com problemas muito específicos. Quando vamos encaminhar, pensamos na complexidade do caso, fazemos uma análise do caso, pensamos no benefício do paciente e na capacidade do serviço de recebê-lo.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

> *Utilizamos como critério para encaminhar os usuários a gravidade do caso. Geralmente, os psicóticos não compensados, que não saem de casa, bipolar que tem crises freqüentes.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

> *Se o que o paciente precisar couber nas nossas ofertas, fica com a gente. Se a necessidade for mais especifica, a gente encaminha. Se é um psicótico em surto ou crise, encaminhamos pro Caps, cuidamos apenas*

> *dos psicóticos diagnosticados há mais tempo, os crônicos. Mas os critérios que usamos pra fazer os encaminhamentos não são tão claros, às vezes é confuso, tanto que uns encaminhamentos vão e voltam, vão e voltam. Inclusive para o próprio Caps.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Todos os trabalhadores referem vários serviços especializados para os quais encaminham os usuários: CAPS III, CAPS AD, SADA (Serviço de Atenção às dificuldades de aprendizagem), CAPSi, hospital Cândido Ferreira (para casos de internação), PA, ambulatório do hospital da PUC, CEAMA, Centros de Convivência e equipamentos de assistência social. Já os usuários, reconhecem os encaminhamentos para o CAPS, outras UBS referenciadas para saúde mental e centros de convivência.

O CAPS III é o serviço mais citado para encaminhamentos dos casos e para alguns trabalhadores existem usuários que circulam bem nos dois espaços:

> *Os pacientes crônicos da saúde mental ficam no Caps, às vezes eles vêm para o Centro de Saúde, já estamos acostumados com alguns deles e quando eles estão dando muito trabalho, interferindo no serviço (quando estão muito alterados), ligamos para o Caps e eles vêm buscar.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Para estes trabalhadores os encaminhamentos funcionam sempre como algo a mais para o usuário, que não perde a referência com a UBS onde é atendido:

> *(...) todos esses encaminhamentos nunca são sem volta; o encaminhamento funciona como uma proposta a mais, mas não tira o*

> *papel da unidade básica, que é referência para o usuário. Assim, por exemplo, a criança é encaminhada para o SADA, mas continua no grupo de crianças.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Em relação aos encaminhamentos que acontecem dentro da própria UBS, os resultados apontam uma tendência ao isolamento das equipes e/ou profissionais da saúde mental com as equipes de PSF, permanecendo uma lógica de transferência de responsabilidade ao invés de uma co-responsabilização pelos casos. Parece não haver muita integração entre as equipes de saúde mental e as equipes de PSF na discussão dos casos e construção de projetos terapêuticos singulares. Estes são pensados somente nos casos de maior gravidade, quando mobilizam toda a equipe; e mesmo assim, parece que não há continuidade destes projetos.

> *Numa de nossas equipes, tem uma enfermeira que colhe a história de vida dos pacientes e quando ela percebe que é da saúde mental, encaminha para a psiquiatra. Esta fica com os casos mais graves e quando o paciente estabiliza é encaminhado para o clínico. Também é dividido com o psicólogo.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

> *Quando a enfermagem nota alguma coisa diferente, agenda triagem com a saúde mental, que é feita em grupo. A saúde mental também recebe encaminhamentos de fora e demandas espontâneas, que entram pela triagem em grupo. Há cinco vagas semanais de triagem para a terapia ocupacional, cinco vagas para psicólogo de adulto e quinzenalmente abre-se a triagem para crianças.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

O Apoio Matricial é referido por trabalhadores de algumas UBS como forma de encaminhamento de casos da saúde mental. No entanto, percebemos que a descrição feita da prática do Apoio em saúde mental difere da sua proposta inicial de implantação:

> *No matriciamento, existe uma quantidade muito grande de casos, o que dificulta a discussão em profundidade, acaba virando 'passação de caso'. Há sempre certa tensão entre uma tendência da equipe em se livrar do caso encaminhando-o para a mental e uma verdadeira co-responsabilização do caso. No início, a discussão estava muito centrada numa espécie de triagem, para determinar se o caso era da mental ou não. Percebemos que isto já melhorou muito e as equipes já discriminam melhor a este respeito. Quando tem dúvidas levam para a reunião de equipe e é por isto que é importante o profissional da mental não ficar isolado e participar das reuniões. Avançamos também no diagnóstico dos problemas, estamos com mais potencial para identificar os casos, no entanto ainda não sabemos o que fazer.* (narrativa trabalhadores, grupo1)

Alguns ACS dizem que são solicitados para realização de visitas domiciliares e acompanhamento de casos para discussão com a equipe e definição sobre o encaminhamento necessário:

> *(...) a enfermeira chama para discutir um caso porque a pessoa tentou suicídio, por exemplo, fazemos visita e acompanhamos a família, nós sempre vamos até a casa da pessoa, conversamos, já temos intimidade, passamos pro médico, para a equipe, para ele dar encaminhamento, é uma parte legal do trabalho.* (narrativa ACS, grupo 1)

> *Na nossa unidade, por exemplo, um caso que vai passar para saúde mental antes precisa da visita da agente para saber o contexto, conhecer o paciente, qual nível de ajuda ele pode contar na família, as condições de moradia. Daí o caso é discutido na reunião, para saber o que vamos fazer com aquele paciente, usamos muito da reunião para discutir os casos.* (narrativa ACS, grupo 2)

Entretanto, esta prática de discussão conjunta de casos não é recorrente em todos os serviços. Para ACS de outros serviços não é comum a equipe se empenhar e se envolver com os casos em que eles trazem informações importantes coletadas nas visitas. Também acontecia dos serviços não contarem com equipe ou profissional de saúde mental, o que deixava os ACS com sentimento de impotência perante o trabalho, uma vez que levavam ao serviço problemas encontrados nas visitas, sendo a única perspectiva da equipe fazer o encaminhamento para outro Centro de Saúde referenciado, com agendamento de consulta para dois ou três meses de espera. Contudo, esta prática foi se alterando na medida em que profissionais da saúde mental foram contratados.

Percebemos com a fala dos ACS o quanto é difícil para eles lidarem com demandas de saúde mental. Alguns sentem respaldo maior, pois contam com ajuda de um matriciador para realização de visitas ou acompanhamento de casos. Outros dizem trabalhar sozinhos, sem respaldo da equipe da UBS. Outros ainda referem o CAPS como o local para atendimento ou retaguarda dos casos de saúde mental:

> *Com o surgimento do CAPS, alguns pacientes passaram pra lá de uma forma, que agora não dão mais nenhum trabalho pra gente, porque o*

> *CAPS acolhe dia e noite, sem parar, contudo deveríamos acompanhá-los pois eles são nossos também.* (narrativa ACS, grupo 3)

> *A gente tem uma dificuldade tremenda nas questões da saúde mental. (...) não sabemos se estamos preparados para isso, a sorte é que temos o CAPS que nos apóia, mas para alguns de nós o CAPS nem sempre dá a cobertura necessária, alguns pacientes ficam desassistidos, não são do CAPS nem do CS.* (narrativa ACS, grupo 3)

Nota-se que estas duas falas dos ACS se opõem à fala dos trabalhadores, quando afirmam que mesmo encaminhados os usuários não perdem a referência com a UBS.

Os usuários entendem que os encaminhamentos acontecem por falta de profissionais na UBS (psiquiatra, psicólogo) e também pela gravidade da situação. Reclamam da demora para se conseguir uma consulta com o especialista e relatam que muitas vezes os dias e horários disponibilizados para consulta ficam inviáveis para comparecer, uma vez que estes serviços ficam longe de seus bairros, além da necessidade de faltar do trabalho para se consultarem.

> *(...) Quando eles (CS) não dão jeito, nos encaminham, principalmente quando é o caso de alguma especialidade, como por exemplo, 'nefro', 'neuro', psiquiatra, 'reumato'... O problema é que os encaminhamentos são muito demorados, leva até um ano pra gente ser atendido.* (narrativa de usuários, grupo 2)

> *No posto precisamos de psiquiatra, quando temos problemas psicológicos ou psiquiátricos, além do remédio às vezes nos encaminham para o CAPS pra fazer alguma terapia, algum tratamento, ou pro Centro de Convivência.* (narrativa de usuários, grupo 1)

> *Às vezes a gente chega passando mal e não tem o que ninguém fazer. A coordenadora fala "gente, hoje não tem médico, vai lá para o Ouro Verde". O Que ela pode fazer? O médico foi embora, o psiquiatra também foi embora já faz meses, e até agora não foi colocado outro no lugar. A gente sabe que eles lá no posto não são culpados se tem a vaga ou se não tem.* (narrativa de usuários, grupo 3)

É interessante observar nesta última fala que na visão dos usuários os trabalhadores não são culpados pela falta de alguns profissionais na UBS, no entanto, eles se culpam por isso, pois acreditam que não há profissionais por que não existe adesão às atividades ofertadas:

> *Ao invés de mandar para o Pronto Socorro preferiríamos que tivéssemos psiquiatra e psicólogo em um dos postos, mas temos o grupo de terapia e se ninguém freqüenta, porque teria psiquiatra? Se for pra escrever receita é melhor ir ao Pronto socorro, pois para termos psicólogo e psiquiatra temos que contribuir, participar.* (narrativa de usuários, grupo 2)

6.4. Vínculo entre profissionais e usuários e responsabilização pelos casos de saúde mental.

Os trabalhadores reconhecem que o trabalho na atenção básica propicia o estabelecimento de um vínculo mais duradouro com os usuários e seus familiares, além de possibilitar melhor conhecimento da dinâmica familiar, das condições de vida e o contexto do território onde essas pessoas vivem.

> *Nós, que trabalhamos na Atenção Básica, achamos gratificante poder estabelecer uma relação duradoura com o usuário, aprofundar o vínculo, conhecer a família, e sentir que há confiança e reconhecimento do nosso trabalho. (...) Cotidianamente vamos conhecendo os usuários do serviço, seus familiares, o tipo de problema que possuem, a maneira como reagem aos problemas, etc. E procuramos considerar o contexto deles no tratamento.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

> *No Centro de Saúde temos proximidade e vínculo com o usuário, temos que saber a história dele, saber onde ele mora, temos que analisar a pessoa num contexto. O acompanhamento é feito de perto. Apesar da população ser muito grande, acabamos conhecendo os usuários, especialmente os que dão mais problemas. E normalmente, são sempre as mesmas famílias que usam o serviço com maior freqüência, o que também ajuda a conhecer bem essas pessoas.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Este contato mais próximo com a população, na maioria das vezes, fica a cargo dos ACS, o que na visão dos trabalhadores, acaba por gerar algumas dificuldades pelo fato deles também residirem no mesmo território onde trabalham:

> *Habitar no território, como é o caso dos agentes de saúde, traz alguns problemas relacionados a privacidade e a sensação de que a jornada de trabalho é constante pois a população traz demandas na residência do trabalhador em horários noturnos e finais de semana.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

> *As agentes de saúde têm um papel muito importante, geralmente são elas que mais sabem da realidade dos pacientes, elas visitam para ver a dinâmica familiar, além de morarem no próprio território.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Alguns ACS dizem que se sentem incomodados com o fato de serem abordados pelos usuários fora do horário de trabalho para demandas do CS, porém outros ACS alegam não se importar, pois dizem que conseguem contornar a situação com os usuários mesmo que fique um "clima" ruim entre eles por um tempo.

Entre as tarefas descritas pelos ACS, enfatizam que são eles que possuem vínculo maior com os usuários, sabem da realidade vivida na comunidade e acabam sentindo-se valorizados por este trabalho:

> *Tem paciente que precisa ser ouvido, de carinho, de atenção, olhar nos olhos; não que outro profissional não consiga fazer isso... Nós ajudamos a levar até o outro profissional o que está acontecendo e como é a*

> *realidade ali na comunidade, porque os outros profissionais não estão ali naquela vivência... Os outros profissionais, com o tanto de demanda que têm, talvez não tenham esse tempo de ouvir mais; nós temos um tempinho maior.* (narrativa de ACS, grupo 1)

> *As pessoas gostam muito das coisas que fazemos e da atenção que a gente dá, a simplicidade... Isso para eles (usuários) é muito importante, eles sentem uma coisa conosco, devido à atenção, carinho, e ao fato de conversarmos com eles, saber ouvi-los, informá-los. Não sabemos por que, mas às vezes parece que eles gostam mais de conversar conosco, que dentro da Unidade Básica.* (narrativa de ACS, grupo 2)

> *(...) Tem hora que a gente tem que fazer meio o trabalho de psicóloga, ouvir. Só ouvir, deixar a pessoa chorar, deixar a pessoa sorrir e levamos o caso para equipe, para o psicólogo.* (narrativa de ACS, grupo 3)

Os ACS afirmam que a aproximação e vínculo estabelecido com os usuários cria certa cumplicidade que faz com que muitas vezes eles saibam informações relevantes que nenhum profissional da UBS conseguiria saber no atendimento. Isso faz com que se sintam valorizados perante a equipe, sendo que em algumas UBS a presença dos Agentes nas reuniões de equipe é indispensável:

> *Hoje nós somos fundamentais para a equipe de referência, nós já somos respeitadas pelas enfermeiras e pelos médicos, eles reconhecem o nosso trabalho e se sentem necessidade vão conversar com a gente, então nossa voz na equipe é bem importante.* (narrativa de ACS, grupo 1)

Embora os ACS digam que faz parte de suas atribuições ouvir o que os usuários tem a dizer, muitos deles sentem-se incomodados por que não sabem o que fazer com o que escutam, sentem dificuldade de orientar, não estão preparados para lidar com pessoas portadoras de transtornos mentais, sentem medo de se aproximar delas e ficam receosos de serem responsabilizados pela equipe se algo acontecer com usuários da saúde mental:

> *Com esses casos da mental, algumas de nós nos envolvemos até onde podemos. Pois algumas achamos que não temos um preparo para estar fazendo um acolhimento ou o atendimento de um paciente que tenha problema mental, podemos até conversar, mas temos casos que não achamos que seja para estar se envolvendo, não nos vemos com preparo para trabalhar com casos de saúde mental. De jeito nenhum, mesmo com a chegada da equipe de saúde mental na nossa unidade. Algumas até nos assustamos com os psicóticos e não temos habilidade nenhuma para lidar como esse tipo de problemas, aliás, várias de nós achamos que não é nossa função. (...) mas quando os casos não são graves assim, dá pra lidar. Os chorosos... sabemos ouvir. Também pode ser que algum paciente nos conte alguma coisa e nós orientamos para ir falar sobre isso com o psicólogo. Ouvir e até dar essa orientação podemos, mas não poderíamos ir ao fundo do caso, não mais do que isso.* (narrativa de ACS, grupo 2)

> *A gente tem uma dificuldade tremenda nas questões da saúde mental. (...) Temos medo de qualquer coisa que pode acontecer com eles (usuários) e*

sermos responsabilizados. Não sabemos se estamos preparados para isso. (narrativa de ACS, grupo 3)

Algumas equipes dizem que exercitam a ampliação da clínica, não ficam restritos aos seus núcleos profissionais. No entanto, certas situações causam discussões e confusões nas equipes, principalmente em relação aos limites de atuação de cada área e o papel de cada profissional dentro da equipe. Afirmam que quanto mais nova e sem vínculos é uma equipe, mais ocorrem estas confusões:

> *Percebemos que quando se trabalha em equipe e existe uma confiança entre os profissionais, há uma responsabilização da equipe pela atuação de cada um. Desta forma, a equipe vai se organizando e dividindo tarefas de acordo com a demanda existente e a qualificação de cada profissional.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Em relação ao acompanhamento dos casos da saúde mental, os resultados mostram que na maioria das vezes são os profissionais da saúde mental que se responsabilizam pelos casos, embora em algumas UBS os trabalhadores afirmem que não existe um profissional específico de referência, pois o usuário tem um trânsito no serviço:

> *Em relação aos pacientes da saúde mental, quando eles chegam na Unidade, acabam passando por todos: a enfermeira que tria, o generalista que avalia e os que estão um pouco mais graves acabam sendo acompanhados pela psiquiatra, mas depois voltam para o clínico. Mas também passam com o psicólogo, com a T.O. Então, a gente acaba sempre dividindo, não tem uma pessoa específica que se responsabiliza pelo caso.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Já em outros serviços, a responsabilização pelos casos acontece de maneira informal, nas discussões de reunião de equipe e o profissional que se torna referência é aquele que atendeu pela primeira vez e formou um vínculo, ou é aquele que conhece melhor a família, ou que tem uma proximidade maior com o usuário. Entretanto, estão sempre dividindo esta responsabilidade com os próprios usuários:

> *Sempre tentamos trazer uma parcela da responsabilidade para o usuário, seja de vir na consulta, seja de procurar vaga na escola ou freqüentar o centro de convivência. Achamos que isso é responsabilização e utilizamos esta estratégia com freqüência.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Em outras UBS, a responsabilidade dos casos fica a cargo das equipes e/ou profissionais da saúde mental, sem haver trocas com outros profissionais. Observamos que estas Unidades não trabalham com equipes do PSF, estão organizadas por Programas, o que dificulta trocas e realização de reuniões de equipe para discussão de casos:

> *No caso da saúde mental, quem se responsabiliza pelos casos é a equipe de saúde mental mesmo... Sentimos que ainda não existe uma troca com o restante da equipe. A reunião de equipe seria fundamental para o nosso trabalho, mas um dos Centros de Saúde funciona por programas e a reunião é de programa e não de equipe, o que acaba dificultando a comunicação. Para discutir os casos, a comunicação tem que ser profissional com profissional, o que acaba desresponsabilizando a equipe e a Unidade, porque aí, o caso é de um profissional e não da equipe, nem da Unidade.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Em relação à construção de projetos terapêuticos individuais, identificamos que esta prática não é constante nos serviços pesquisados. As equipes afirmam que só nos casos mais graves, que mobilizam muito as equipes, ou demandas consideradas difíceis, como casos de violência, dependência química, adolescentes, é que se pensa na construção de um projeto terapêutico. Atribuem a dificuldade de se trabalhar com PTI às próprias condições de vida dos usuários e falta de recursos nos territórios:

> *Temos certa dificuldade em planejar nosso trabalho e em estabelecer projetos terapêuticos. Pensamos que esta dificuldade pode estar relacionada à maneira como a subjetividade do usuário se constitui nos territórios em questão. A precariedade do existir, os baixos salários, a luta pela sobrevivência, vão impondo um imediatismo das ações que impede o aparecimento de planejamento futuro. Isto acaba refletindo no próprio cuidado com o corpo e com a saúde. Muitas vezes prevenção, educação e promoção não fazem muito sentido para estas pessoas. A entrada para o trabalho no tráfico de drogas tem muita relação com esta falta de perspectiva.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

> *"Em relação a fazer projetos para os usuários, na prática mesmo, a sensação que a gente tem é que nada vai mudar, por que não tem condições. Por exemplo, o cara precisa de um emprego, às vezes são pessoas que bebem, usam crack e nem chegam ao C.S., quem vai é a mulher que apanha, então, se não partir do interesse do próprio sujeito o caso não anda".* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

O Apoio Matricial é referido pelas Unidades estudadas como uma "ponte" entre os serviços – UBS e CAPS – onde acontece a divisão de responsabilidades dos casos da saúde mental, principalmente nas UBS que só possuem um profissional de saúde mental. No entanto, a maneira como os trabalhadores entendem e organizam o trabalho do Apoio Matricial recai na lógica de transferência de responsabilidade ao invés de uma co-responsabilização pelos casos:

> *Entendemos que o matriciamento é assim: vem um profissional de uma determinada especialidade para discutir com você os casos, pra que você aprenda um pouco daquela especialidade, aprenda o que fazer, para que ele também trie os casos que devem ir para especialidade, que podem ficar lá e ser tratados lá". (narrativa de trabalhadores, grupo 2)*

> *"O apoio é para toda a equipe, profissionais médicos e não-médicos, mas não temos tido a aderência dos clínicos ao apoio matricial. Tem um horário específico que o psiquiatra está lá; nesse horário fazemos as discussões de caso, a construção dos Projetos Terapêuticos, atendimento em conjunto de usuários mais graves, e o grupo de medicação (que o psiquiatra faz junto com o enfermeiro e o psicólogo). Da forma como está hoje, o apoio serve mais como um 'tapa buraco' para a falta de psiquiatra na equipe. Achamos que ainda não há a apropriação da equipe pelos casos da saúde mental. Já no outro Centro de Saúde, o apoio começou sendo apenas para os médicos clínicos para discutir medicação e outras questões médicas, era uma conversa de médico para médico. Hoje o matriciamento é só com a enfermagem, apesar de toda a equipe*

> *poder utilizar esse espaço. O psiquiatra que faz o matriciamento falta bastante.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Algumas equipes reclamam da falta de perfil dos profissionais que fazem o Apoio Matricial e em outras situações, equipes alegam que a falta de psiquiatra na rede obrigou o psiquiatra do CAPS de referência a fazer algumas horas nas UBS:

> *Entendemos que se o apoio fosse dado por um psiquiatra seria mais resolutivo, pois ele falaria "Pra esse caso dá esse e esse remédio.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

> *Aqui na região é muito difícil ter psiquiatra nos Centros de Saúde. Tem vaga mas não tem escolha, então acabou se tornando uma condição: o psiquiatra do Caps tem que fazer oito horas semanais no Centro de Saúde.* (narrativa de trabalhadores, grupo 3)

Os usuários, de maneira geral, reclamam da falta e da alta rotatividade de profissionais médicos e de saúde mental nos serviços, o que dificulta a criação de vínculo, o conhecimento de seus problemas de saúde e a continuidade do tratamento:

> *Achamos que falta psicólogo e psiquiatra no posto e não gostamos quando estes profissionais saem com freqüência, pois contamos nosso problema na primeira sessão e quando voltamos, já é outro profissional e ai temos que começar tudo de novo, ficamos sempre na primeira sessão e isso não resolve nossos problemas!* (narrativa de usuários, grupo 2)

Também se queixam da divisão por equipes. Acreditam que o médico que está no serviço deve atender a todos que chegam. Além do mais, nem sempre os usuários sentem empatia pelo médico que atende na sua equipe de referência:

> *Os médicos mudam muito, uma hora era uma que atendia em 2 minutos ai entrou outro médico que é muito bom e parece que já querem tirá-lo da nossa equipe; quando a gente tá acostumando, gostando que ele tá acompanhando, aí muda de novo.* (narrativa de usuários, grupo 1)

> *Em um dos postos umas das equipes não tem médico, não gostamos desta questão de equipes, se tem um médico dentro do posto ele tem que atender.* (narrativa de usuários, grupo 1)

> *Às vezes temos mais empatia por um médico que atende na equipe diferente da nossa e isso é ruim, por que gostaríamos de ser atendidos por ele, pois nos sentimos melhores, mais acolhidos.* (narrativa de usuários, grupo 2)

É interessante observar nas falas dos usuários a importância que eles atribuem à consulta médica e ao relacionamento estabelecido com este profissional. Na visão de muitos usuários, o médico é o único profissional que irá resolver seus problemas de saúde.

> *Médico bom é aquele que parece irmão da gente, te cumprimenta, abraça, escuta, é um tipo de psicólogo, nem parece que é médico. Pergunta se tem problema na família, pede os exames vê o resultado, orienta para continuar a medicação.* (narrativa de usuários, grupo 1)

> *Um de nós acha que não adianta discutir com os funcionários, eles estão aqui para trabalhar, mas não são médicos, quem tem que atender são os médicos, quem vai curar é o médico e não os funcionários!* (narrativa de usuários, grupo 1)

Os usuários geralmente sabem quem os atende nas Unidades Básicas de Saúde. É unânime entre eles esperar mais atenção do profissional médico durante as consultas. Ao mesmo tempo eles têm a percepção de um bom atendimento por parte do pessoal da enfermagem e dos profissionais da saúde mental.

> *Na maioria das vezes, sabemos por quem seremos atendidos no posto, é sempre o mesmo médico e nós conhecemos, tá sempre marcadinho no cartão e achamos isso excelente, os médicos orientam pra fazermos as coisas certas, mas tem alguns médicos que nem olham pra cara da gente e já dão remédio, mas quando ele pergunta se esta sentindo bem, se vai precisar aumentar a dose do remédio é bom. Se o exame dá alterado, a enfermeira liga pra gente.* (narrativa de usuários, grupo 1)

> *Todos nós conhecemos os médicos que nos atendem, mas, muitas vezes esperamos mais atenção durante a consulta. O enfermeiro dá mais atenção que o médico, que muitas vezes não ouve a queixa, não esclarece, não tira a dúvida; e eles têm que esclarecer, principalmente sobre o medicamento, mas ninguém esclarece. Um de nós lê a bula, às vezes, a balconista da farmácia, que é auxiliar de enfermagem, ajuda a esclarecer.* (narrativa de usuários, grupo 2)

> *Quando vamos à consulta com o médico, falamos sobre nossa doença. Esperamos um bom atendimento e também que nossos problemas sejam solucionados. (...) Tem médico que nem olha na cara da gente, não diz o que a gente tem e já passa remédio. Tem médico que é uma delicadeza: conversa, escuta, é assim muito amigo, conversa de outro assunto, tem um diálogo. Não está ali como um robô, só para te dizer: "olha, você está isso e aquilo, precisa parar de comer isso e tchau, acabou sua consulta". Eles têm que ser mais prestativos. Têm que escutar, perguntar como a gente está, se tem insônia, se tem falta de apetite, se faz caminhada, o que faz em casa... E tem questões pára-médicas, que a gente pára na frente do médico e quer saber: "por que eu tive que fazer cesárea, porque o outro teve problema do coração, esse problema que eu tive é hereditário?". São coisas que a gente precisa saber. O médico tem que analisar a nossa saúde, a nossa mentalidade. E mesmo assim, ele pode perguntar de tudo, mas eu só vou falar sobre o que eu quiser falar com ele. Para a gente se abrir, vai depender do médico, não é com qualquer médico que a gente fala, você não vai se abrindo só porque ele é médico: tem que ter confiança...* (narrativa de usuários, grupo 3)

Ao mesmo tempo em que os usuários requerem mais atenção e um atendimento melhor por parte dos profissionais dos serviços, acreditam que quem segue as orientações prescritas nas consultas acaba por ter um atendimento de melhor qualidade. Neste sentido, a razão pelo bom o mau atendimento estaria a cargo dos próprios usuários:

> *Achamos que as pessoas que seguem direitinho as recomendações são mais bem tratadas do que as que não tomam os remédios direito, não participam de algum grupo indicado, etc. Por isso, para alguns de nós, a culpa pelo mau atendimento no posto é dos próprios pacientes, pois se fizerem o tratamento que o médico manda certinho, eles vão ficar contentes e nos atenderão bem.* (narrativa de usuários, grupo 2)

6.5. Vinculação dos usuários aos recursos existentes nas UBS e no território adscrito.

Vários grupos que acontecem nas UBS são mencionados pelos trabalhadores como atividades relacionadas à saúde mental. Entre eles estão: grupo de convivência, Lian Gong, grupo de alcoolismo, grupo de relaxamento, de caminhada, de artesanato, grupo de crianças, de pais, de adolescentes, de mulheres, de geração de renda e terapia comunitária. Os grupos são realizados em sua maioria fora das Unidades Básicas de Saúde, pelo fato de não haver espaço físico e, segundo os trabalhadores, são realizados sempre por um profissional (psicólogo, T.O., enfermeiro) junto com um agente de saúde.

Na visão dos ACS, existem os grupos mais fechados, que acontecem dentro da UBS e é coordenado por um profissional de saúde e existem os grupos que são realizados em espaços da comunidade, que são mais abertos e quando iniciam até contam com a participação de alguns profissionais, mas depois de um tempo ficam sob responsabilidade dos ACS:

> *Temos certeza que a maioria dessas atividades grupais é feita por nós agentes, algumas são feitas pela psicóloga ou pela enfermagem, porém eles tentam montar grupo dentro do centro de saúde só que não deslancha. Achamos que faltam os profissionais participarem, se o restante do pessoal entrasse seria bem mais, poderia aumentar mais esses grupos, contudo fica muito em cima apenas dos agentes*. (narrativa de ACS, grupo 2)

> *Quanto à comunidade, temos parcerias com a igreja, a escola, a associações de bairros e o Tear das Artes, mas quem participa destas atividades em grande maioria somos apenas nós, tirando as campanhas de vacinação. As atividades que os outros profissionais participam são os grupos que ocorrem dentro da unidade, alguns grupos existem não porque querem, mas porque não tem consulta pra todo mundo, chegam a ser uma consulta coletiva.* (narrativa de ACS, grupo 3)

A maior dificuldade para se manter o funcionamento dos grupos é a falta de adesão dos usuários, que segundo os trabalhadores, não tem o hábito de cuidar da prevenção, querem que seus problemas de saúde se resolvam rapidamente e vivem no que eles chamam de "cultura de troca":

> *Percebemos que há uma baixa adesão da comunidade aos grupos propostos, no geral. Identificamos a existência de uma cultura de troca, se a gente faz um grupo e fornece um "ticket" (leite, cesta básica) então as pessoas participam, do contrário é mais difícil. Alguns grupos como o*

> *de caminhada e de convivência tem uma boa adesão, mas também oscilam muito.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

> *Tivemos o grupo de caminhada e também se tentou fazer várias vezes, mas não teve adesão, tem no começo, mas depois vai sumindo. O primeiro encontro é uma festa, vai um monte de gente, depois... Acreditamos que as pessoas vão saindo dos grupos, tanto por falta de tempo ou por não quererem ir, como também por ser um aspecto cultural: esperam uma resposta imediata, querem tudo para ontem.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Os profissionais acreditam que as pessoas destas comunidades querem as coisas prontas e não percebem a importância de suas participações em algumas ações para realização de conquistas, tais como apropriação de espaços públicos para formação de centros de convivência, ou mesmo os Conselhos Locais de saúde. Alguns trabalhadores percebem que aquilo que se propõe em conjunto com a comunidade cria maior adesão, por que as pessoas encaram como algo sendo deles também.

A maioria dos ACS também acredita que a população participa pouco das atividades e se movimenta pouco para conquistar espaços na comunidade. Alguns ACS apontam a falta de recursos destes territórios como um dos aspectos da baixa iniciativa das pessoas:

> *Sobre o apoio da comunidade, parte de nós achamos que encontramos espaços em alguns lugares na comunidade, mas de modo geral as pessoas só reclamam, ninguém se organiza para melhorar o bairro, a*

> *comunidade. Outra parte de nós achamos que temos sim certo apoio da comunidade, da associação, mas não temos espaços para fazer mais coisas para a população, pois não temos nenhum espaço para lazer na região.* (narrativa de ACS, grupo 1)

> *Não achamos que a comunidade toma iniciativa na nossa parceria, inclusive temos dificuldade de trazer pessoas para o espaço de grupo, apesar de nos esforçarmos. Já fizemos convites no computador, e entregamos na mesa dos outros profissionais pra eles falarem pro paciente, porque o paciente quando convido não vai, porque eu sou agente de saúde, mas se uma médica mandar, aí bom, quando o médico manda por escrito pro Lian Gong as pessoas vão, mas mesmo assim os grupos estão morrendo. Achamos que as pessoas estão acostumadas a fazer tratamento, não pra se prevenir, que não tem tempo pra parar pra prevenção, só o conseguem quando já é um caso pra cura mesmo.* (narrativa de ACS, grupo 3)

Os próprios usuários dizem conhecer os grupos e atividades que acontecem na comunidade, porém grande parte deles referem não participar, seja por falta de tempo ou por falta de interesse mesmo. Entretanto, outros usuários gostam de participar de muitas atividades propostas e as consideram parte do tratamento:

> *A maioria de nós não participa de nenhuma atividade na comunidade, pois não temos tempo. Sabemos do lian gong, ginástica estrutural, grupo de caminhada, passeios, que são atividades com pessoal do posto. Mas as pessoas não divulgam essas atividades, sabemos delas pelos cartazes que*

> *ficam no próprio posto; o psicólogo e psiquiatra de um dos postos encaminham, mas perto do posto não tem nada de lazer é um bairro esquecido. Se a gente quiser algum lazer, temos que ir para o centro da Cidade. Quando os médicos encaminham nem sempre as pessoas vão, porque são preguiçosas, mas tem caso que a pessoa com depressão participou de atividades e hoje não toma mais remédios.* (narrativa de usuários, grupo 2)

> *Além de passar na consulta e pegar remédio, nós fazemos outras atividades lá no postinho. Participamos do lian gong, da caminhada, do AA, da terapia em grupo e psicologia. Na comunidade, participamos da hidroginástica, de cursos e oficinas, que são alternadas, cada hora é uma coisa diferente. O posto também faz uma associação com o Centro de Atenção à Cidadania. Lá tem orientação para idosos, brinquedoteca, musculação. Achamos que essas atividades ajudam na questão psicológica, de saúde mental, depressão. Porque você ocupa a sua mente e o seu corpo, aí pára de ficar dizendo que tem medo disso e daquilo. Achamos que essas atividades fazem parte do nosso tratamento e nos sentimos muito bem fazendo: é como um calmante, um relaxante. (...) vai de cada um querer se vincular, fazer uma atividade...* (narrativa de usuários, grupo 3)

Os usuários referem que conhecem o conselho local de saúde e sabem que as reuniões acontecem todo mês. No entanto, dizem que nunca conseguem que seus problemas

sejam ouvidos e passados adiante. Por isso, quando apresentam alguma queixa, falam diretamente com o coordenador do Centro de Saúde:

> *O Conselho Local faz reunião mês a mês, mas não resolvem nada, o coordenador é quem resolve. Coordenador é pra dar as ordenadas e pra resolver os problemas conforme é preciso resolver, mas quando a gente queixa eles podem fazer o que quiser conosco. Nós não nos sentimos escutados para nossos problemas, o presidente do bairro não retorna, não tem vereador da nossa região, então se tem convênio ou consegue vaga na Unicamp tem que erguer as mãos pro céu. Nós nem sabemos quem é o conselheiro (...)* (narrativa de usuários, grupo 1)

> *Quando percebemos que algo não está indo bem no posto, alguns de nós costumamos sempre conversar com a coordenadora, mas o problema do posto é realmente a superlotação...* (narrativa de usuários, grupo 3)

Algumas equipes apontam que os grupos são pensados de acordo com a necessidade das demandas que chegam às Unidades Básicas de saúde e mesmo assim é necessário considerar que existem pessoas que não se sentem à vontade em participar de grupos, principalmente quando é um grupo específico da "saúde mental" ou que seja necessário expor um problema.

E muitos usuários acabam por confirmar a fala dos profissionais, quando dizem que não participam das atividades grupais por que não gostam de expor seus problemas. Mas outros usuários referem gostar dos grupos por que percebem seus problemas pequenos se comparados aos das outras pessoas. Também os usuários referem que quem passa em

consulta com as equipes de saúde mental é visto com preconceito pelas outras pessoas. De qualquer maneira, os usuários se culpam pelo fato das atividades propostas pela UBS não vingarem:

> *Em um dos postos tem grupo de terapia, que é pequeno, está nascendo agora, uma psicóloga está ajudando a implantar. Mas muitas pessoas não participam por que não gostam de expor seus problemas, ficam com medo de falar de suas vidas, o grupo está vazio; alguns de nos achamos que o grupo é melhor que individual, pois você vê seus problemas tão pequenos na frente dos outros e isso faz muito bem pra cabeça. Pensamos que muitas vezes os grupos propostos pelo posto não vão para frente por culpa dos próprios usuários, que não se motivam para participar, não se interessam, não se informam e acabam desmotivando até os funcionários.* (narrativa de usuários, grupo 2)

> *Percebemos que a pessoa que passa pelo psicólogo é vista com preconceito: o filho de uma de nós resistiu muito dizendo que não era louco, quando começou o tratamento. Mudou de psicólogo duas vezes e ai, ele abandonou. Depois foi encaminhado para o Caps AD, mas quando notou que não era só pegar remédio com psiquiatra, desistiu, o tratamento foi oferecido, ele é que não quis.* (narrativa de usuários, grupo 2)

Também os profissionais referem que existem as pessoas que procuram o serviço por que querem se tratar, mas existem as pessoas que precisam de ajuda e/ou tratamento, mas nunca chegam até o serviço:

> *Encontramos pacientes mais abertos, com a intenção, por exemplo, de parar de beber e com interesse em participar de um grupo de alcoolismo. Mas tem um monte de paciente que nem chega no C.S. Quem chega é a esposa, a mãe...* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Para casos assim, os ACS referem fazer uma busca ativa, na qual fazem visitas domiciliares e tentam levar estas pessoas para a UBS:

> *Os usuários que tem dificuldade em aderir ao tratamento, a gente tenta ganhar na conversa, vamos tentando conquistar, mostramos que queremos ajudar, que estamos preocupados com eles, pois eles querem atenção mesmo, embora existam aqueles que não vem mesmo. Tem pacientes que não conseguem, tem algum problema que não consegue chegar no centro de saúde. Em uma das equipes nós estamos montando um esquema: primeiro vai a Agente, depois a auxiliar, que é mais próxima desse paciente, depois a enfermeira e se mesmo assim não vier, o médico vai visitar ele mesmo; fazemos um esquema mesmo de ir buscar esse paciente, fazemos visita surpresa, vamos sem avisar. É como se fôssemos atrás, onde ele estivesse.* (narrativa de ACS, grupo 1)

Os CAPS e os Centros de Convivência são equipamentos mencionados pelos trabalhadores que fazem parcerias com as UBS. No entanto, algumas equipes sentem a necessidade de aproximação com serviços e setores que não são específicos da saúde:

> *Estamos percebendo também a importância de nos aproximar de outros serviços que não são específicos da área da saúde e fazer parcerias, pois o trabalho com a comunidade é muito complexo. Sabemos que a área da*

> *saúde recebe demandas diversificadas, muitas delas relacionadas mais a problemas sociais, como necessidades básicas de alimentação e moradia. Acreditamos que há um vínculo muito forte entre o problema mental e a questão social. Porém, percebemos que as outras áreas também são muito limitadas e muitas vezes não tem a maleabilidade que desenvolvemos na área da saúde. Muitas vezes achamos que nosso papel é dar conta de tudo, depois refletimos e voltamos para nosso foco. Reconhecemos que a intersetorialidade é uma diretriz a ser alcançada, mas ainda estamos muito distante dela.* (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Estas equipes dizem vivenciar um dilema no dia-a-dia, pois o trabalho na atenção básica ao mesmo tempo em que produz autonomia para os profissionais (no trabalho com prevenção, informação, atividades comunitárias), gera certa dependência nos usuários, pelo fato destes territórios serem desprovidos de outros equipamentos sociais, de educação, cultura, lazer, tornando a Unidade Básica receptora de toda e qualquer demanda.

Observamos que é unânime entre as equipes de saúde utilizar medicamentos para abordagem de problemas de saúde mental relacionados às questões de vulnerabilidade social e econômica. Algumas equipes até questionam esta prática, reconhecem que não fazem avaliações freqüentes dos usuários crônicos, e até conseguem visualizar outras abordagens possíveis para estes casos, mas não colocam em prática:

> *Percebemos que existe uma tendência à medicalização da população, tanto por parte dos profissionais como também dos próprios usuários que muitas vezes exigem ser medicados (...), principalmente no caso dos*

psicofármacos, como alívio para os problemas sociais. Identificamos que em muitas situações o paciente teria outros recursos para lidar com a situação, antes de tentar a medicação. Achamos que a situação é muito complexa porque não adianta pensar em desmedicalização se não oferecermos outras possibilidades, alternativas de tratamento. A questão é esta: O que dar em troca da medicação? Pensamos que poderíamos ser mais rigorosos na prescrição de um psicofármaco, isto é, avaliar melhor se não haveria outra opção antes de introduzi-lo porque depois é difícil reverter o processo. Às vezes nos perguntamos se conseguiríamos dar conta de todo este sofrimento, caso não houvesse a medicação. (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Um de nós, considera que medica um pouco mais do que deveria nos casos em que as queixas envolvem problemas sociais, econômicos. Acaba utilizando desse recurso por falta de outros. A medicação acaba sendo uma saída um pouco mais eficaz, mais imediata, já que as questões sociais não vão se resolver ou vão ser muito demoradas, mas achamos que as medicações psiquiátricas que temos são bem pobres. (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Se tivéssemos mais tempo para conversar e avaliar não medicalizaríamos tanto. Ainda com relação a esta questão, reconhecemos que não são realizadas avaliações regulares da medicação para os pacientes crônicos. (narrativa de trabalhadores, grupo 1)

Além de fazer grande uso de psicofármacos, algumas equipes não temem em dizer que fazem a troca das receitas sem que o usuário passe em uma consulta com o médico. Geralmente esta troca é realizada no acolhimento, onde o profissional da enfermagem refaz a receita e pega a assinatura do médico para liberação do remédio:

> *Os usuários crônicos que fazem uso de medicação, nós trocamos receitas. Agora, se ele faz um ano que está só trocando receita, passa por consulta. Por exemplo, pacientes com medicação psiquiátrica, dependendo da gravidade, varia de 2 em 2 meses à 4 em 4, 6 em 6, uma vez por ano. Mas raramente a gente troca uma receita que está a mais de um ano, sem ver, sem avaliar o paciente.* (narrativa de trabalhadores, grupo 2)

Esta prática de troca de receitas parece ser bem conhecida entre os usuários, que a descrevem como uma rotina do serviço:

> *No caso de medicação, como a fluoxetina, por exemplo, a receita vale pra 1 ou 2 meses e então quando não temos consulta, temos que passar na enfermagem pra ela pedir pro médico assinar a liberação da receita.* (narrativa de usuários, grupo 1)

Os usuários, de maneira geral, percebem e mencionam a importância de ter profissionais que os escutem quando apresentam problemas emocionais, ou de nervoso, como costumam chamar. Referem os ACS e os profissionais da saúde mental como os mais próximos quando precisam de ajuda e apontam que o tratamento destes profissionais é mais eficaz que os remédios prescritos:

Quando temos problema de nervoso o posto ajuda, conversa, fica conosco, principalmente os agentes de saúde. Um de nós foi encaminhado para o Tear das Artes, 5 vezes por semana ele vai lá onde tem psicólogas que ajudam muito, mais que o medicamento, antes ficava sem fazer nada e piorava o problema, hoje não, parece que o tempo passa mais rápido, a comunicação com outras pessoas ajuda muito; alguns de nós gostaria muito de conhecer esse espaço. (narrativa de usuários, grupo 1)

Achamos que o atendimento em saúde mental é muito importante para os nossos bairros, seja para crianças ou seja para adultos. Às vezes a gente vai no posto, mas não vai se abrir para qualquer um, por isso achamos que seria necessário ter mais profissionais de saúde mental para nos atender, para termos mais chances de ter esse campo aberto. Se tivesse um profissional da saúde mental, ele poderia sentar para conversar com o paciente... Mas são poucos, eles tinham que ser bem agraciados, ter carreiras bem encaixadas no posto de saúde. Com as psicólogas do posto é bem melhor. Porque com outros médicos, você chega lá, eles olham para a sua cara, falam "toma dipirona" e vão embora. (narrativa de usuários, grupo 3)

Um ponto importante levantado pelos usuários diz respeito à privacidade deles no momento dos atendimentos, o que parece não ser um fator relevante para os profissionais:

Uma coisa que achamos importante mudar no posto é o respeito à nossa privacidade. Uma de nós, ao invés de conversar no corredor, prefere

esperar por dias até que o profissional possa ter um tempo para conversar de portas fechadas. Mas aí sempre tem alguém, principalmente os próprios profissionais, que abre a porta, interrompe. (narrativa de usuários, grupo 3).

7. DISCUSSÃO

O fato dos usuários possuírem acesso aos serviços da atenção básica não garante que suas queixas e seus problemas de saúde serão tratados adequadamente. Starfield (2002) aponta que a idéia de uma porta de entrada acessível é fundamental para que profissionais capacitados ajudem as pessoas a entender se os problemas de saúde que apresentam são sérios suficientes para demandar uma ajuda especializada ou não. No entanto, estar diante desta porta de entrada implica alguns desafios especiais aos trabalhadores quando as demandas trazidas pelos usuários são vagas, muitas vezes sem sinais e sintomas específicos e as manifestações das doenças influenciadas sobremaneira pelo contexto social, trazendo aos profissionais da atenção básica maneiras diversificadas para defrontar-se com as formas de apresentação das doenças, diferente dos profissionais especialistas, que estão acostumados a receber pacientes com diagnósticos mais elaborados, em estágios mais avançados da doença e afastados do contexto social dos territórios (Starfield, 2002).

As práticas de saúde ainda calcadas no modelo biomédico e tão fragmentadas nos serviços pressupõem uma separação da "saúde física" e da "saúde mental", dificultando ainda mais a comunicação entre os profissionais da atenção primária e os usuários no que se refere ao entendimento de queixas inespecíficas que chegam aos serviços. A ausência de diagnósticos para um grupo de sintomas como tristeza, ansiedade, fadiga, diminuição da concentração, preocupação somática, irritabilidade, insônia, dores de cabeça e no corpo, nervosismo, problemas gástricos e estados geral de mal-estar na Classificação Internacional das Doenças (CID- 10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais - DSM IV levou a criação de algumas denominações tais como: Sofrimento difuso (Fonseca et. al.

2008), nervoso (Fonseca, 2009), distúrbios psiquiátricos menores (Costa et.al., 2002; Tavares et.al. 2011), transtornos mentais comuns (Ludermir, 2008; Bandeira et.al. 2007) e problemas psiquiátricos menores (Avanci, 2007). Tais códigos são utilizados para nomear e classificar manifestações de sofrimentos que não se limitam somente a um conjunto de sinais e sintomas físicos, mas que se relacionam com questões da vida, sejam elas familiares, sociais, culturais e econômicas. Entretanto, Gama e Onocko Campos (2009) chamam atenção para uma reflexão aprofundada destas novas categorias mais abrangentes, pois corre-se o risco de patologizar todos os estados afetivos, "psicologizando" todas as formas de sofrimento, o que acaba por não contribuir na atenção aos problemas mentais.

Segundo a Organização Mundial de saúde, os transtornos mentais comuns são freqüentes na população geral e em pacientes da clínica médica, mas são pouco identificados, referidos ou tratados e tendem a ser subestimados pelos profissionais de saúde (WHO, 1994). Ainda, o relatório sobre políticas e práticas para saúde mental na Europa, desenvolvido pela WHO em 2008, enfatiza a importância da atenção primária na prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais comuns e aponta que na maioria das políticas nacionais de saúde mental dos países europeus, os clínicos gerais são os responsáveis por identificar, diagnosticar e tratar os casos de transtornos mentais comuns, somente encaminhando para serviços especializados aqueles considerados graves (mas sem perder seu papel de referência). Porém, o relatório aponta também dificuldades vivenciadas por alguns países, como a falta de treinamento adequado dos clínicos gerais e médicos de família para detecção e tratamento destes transtornos.

Esta cisão entre "saúde mental" e "saúde física" fomenta importantes debates sobre as crescentes especializações das ações em saúde que possuem alto poder mecanicista e uma tendência em reduzir e fragmentar a complexidade do real, cada vez mais produzindo práticas reducionistas e desconectadas de seu contexto, conseqüência do paradigma ainda operante na sociedade ocidental. Saforcada e De Lellis (2006) assinalam que pensar a saúde mental como uma especialidade seguindo o mesmo raciocínio de outras, tais como a oftalmologia, a cardiologia, a gastroenterologia, etc. levaria a pensar que toda enfermidade mental é uma manifestação patológica de um órgão ou sistema. Porém, na contramão do pensamento reducionista, estes autores mapeiam novas correntes do pensamento que estabelecem a saúde-doença como

> *Un proceso multidimensional cuyas manifestaciones se expresan en diversos niveles o contextos de observación, y cuya diversidad de concepciones está relacionada con el sistema axiológico que prevalece en cada cultura y momento histórico". (p.106) Neste sentido, "resulta necesario reflexionar sobre el concepto de salud mental, comenzando por señalar que no hay ninguna manifestación del proceso de salud que pueda ser no-mental en su etiología, en su evolución y en su desenlace*[5]. (p. 108)

[5] "Um processo multidimensional cujas manifestações se expressam em diversos níveis ou contextos de observação, e cuja diversidade de concepções está relacionada com o sistema de valores que prevalece em cada cultura e momento histórico". (p.106) Neste sentido, "é necesario refletir sobre o conceito de saúde mental, começando por assinalar que não há nenhuma manifestação do processo de saúde que possa ser não-mental em sua etiología, em sua evolução e em seu desenlace."

Considerar a integração da saúde mental nas ações gerais de saúde pressupõe um atendimento com visão mais integral do processo saúde-doença e isto têm sido uma diretriz de documentos oficiais, como a declaração de Alma –Ata sobre Atenção Primária de Saúde de 1978, a carta de Otawa, a declaração de Bogotá para a promoção da saúde, entre outros, que sugerem a capacitação de profissionais da atenção básica para lidar com ações que incluam a saúde mental tanto direta como indiretamente em todas as problemáticas de saúde, fundamentalmente como sentido de prevenção, promoção e proteção da saúde das populações. (Saforcada e De Lellis, 2006)

Os resultados desta pesquisa apontam para a dificuldade dos profissionais da atenção básica em definir e identificar demandas relacionadas aos chamados transtornos mentais comuns, além da associação destas com questões de alta vulnerabilidade econômico-social, desencadeando respostas medicalizantes. Fonseca et.al. (2008) acreditam que a maior parte dos profissionais de saúde não estão preparados para acolher e cuidar destas demandas e acabam por classificar essa clientela como pacientes poliqueixosos, psicossomáticos, histéricos e pitiáticos. Para tanto, os autores acima citados indicam como necessário haver uma melhor compreensão por parte dos profissionais - que sustentam os saberes médicos e psicológicos - dos diferentes códigos culturais das classes populares. Por outro lado, parece haver inclusão de questões da saúde mental em diversos grupos das Unidades, inclusive muitos com participação de profissionais considerados da saúde mental.

A maioria dos estudos encontrados aponta relação entre os transtornos mentais comuns, sofrimento difuso e distúrbios psiquiátricos menores com situações de pobreza e

desvantagens sociais, indicando que as populações que vivem em situações precárias, sob grande influência da violência, com baixa escolaridade e com elevado índice de migração estariam mais suscetíveis a apresentar queixas somáticas inespecíficas como forma de expressar o sofrimento advindo destas situações limítrofes. (Costa et.al. 2002; Fleck et.al. 2002; Maragno et.al. 2006; Martin et.al. 2007; Bandeira et.al. 2007; Ludermir 2008; Fonseca et.al. 2008; Fonseca 2009)

Tais situações limítrofes infelizmente tendem a ser cada vez mais crescentes em todo o mundo, onde a produção de ricos e riquezas propicia um aumento proporcionalmente maior de pobres e pobreza, desequilibrando ainda mais a balança social. Bauman (2005) aponta que a sociedade moderna produz seres humanos refugados, redundantes, desprovidos de seus empregos, de seus projetos de vida, de seus pontos de orientação, do controle de suas vidas, despidos, assim, de auto-estima, dignidade, do sentimento de serem úteis e de possuírem um lugar social próprio.

Estas pessoas "refugadas" habitam nas cidades como estrangeiros, e ao mesmo tempo em que se misturam e se confundem aos demais nas ruas, têm seus espaços delimitados e demarcados por muros, câmeras e outras barreiras físicas e socialmente impostas a eles, que são considerados como um risco à sociedade (Bauman, 2009). Neste sentido, compartilhar espaços, experiências com aqueles considerados refugados, estrangeiros é algo incomum, que quando ocorre, é vivenciado demasiadamente com medo de expor-se às diferenças culturais, sociais, econômicas, e talvez, carregado de certa culpa social, traduzida muitas vezes por ações de compaixão e benevolência ao próximo.

Ora, não estariam os profissionais da atenção básica situados nas grandes periferias das cidades se esbarrando cotidianamente com estas pessoas que Bauman (2005, 2009) chama de refugados e estrangeiros? E o que fazer diante de tantas limitações econômico-sociais e culturais que transcendem os aspectos considerados da saúde? Como ouvir e entender as queixas trazidas diante tamanha barreira cultural? O que propor a estas pessoas que procuram os serviços de atenção primária em busca de ajuda para sobreviver?

Estas questões rodeiam a prática assistencial na atenção básica, ora de maneira camuflada, quando as demandas trazidas pelos usuários são traduzidas pelo modelo biomédico, transformando-se em uma queixa – clínica com desfecho medicamentoso e de consumo de procedimentos e ações médicas; e ora de maneira escancarada, quando se abre a possibilidade de uma escuta mais qualificada, que pode gerar maior sensação de impotência entre os trabalhadores quando não existem respostas imediatas aos problemas trazidos.

Na pesquisa, os resultados mostram que na maioria dos serviços são os técnicos de enfermagem os responsáveis por acolher os usuários que chegam ao serviço; e eles dizem que cada um utiliza *"o seu critério pessoal de avaliação"* para identificar se o caso é ou não "da saúde mental". Também apontam para a falta de protocolos que poderiam auxiliá-los nestas situações.

Onocko Campos (2005a) faz uma importante discussão sobre o reconhecimento positivo da dimensão técnica do trabalho em saúde e seus efeitos na prática, porém longe de realizar uma leitura tecnicista da saúde. A autora aponta que os conhecimentos técnicos teriam duas funções produtoras de eficácia nas práticas de saúde, sendo uma específica na

produção de saúde dos usuários e a outra importante na produção de saúde dos próprios trabalhadores:

> Digamos que o trabalhador de saúde que não conte com razoável formação técnica será submetido a mais um fator de sofrimento, a angústia que provoca o "nada saber", ou, no dizer de Oury, o fato de não estar advertido. Quando a insegurança técnica é grande, toda demanda é amplificada, não é possível discernir em relação a riscos e urgências. Tudo se torna tão intenso que, para aplacar essa angústia, tudo acaba por ser banalizado, caracterizando uma das formas da burocratização. Também, essa insegurança está por trás dos mecanismos que perpetuam certos usos do poder na instituição, como, por exemplo, o excessivo poder médico: se eu nada sei, suponho que outro saiba, delego a ele o saber e o poder... Por esses argumentos todos, consideramos os trabalhadores menos qualificados, do ponto de vista técnico, mais vulneráveis a sofrimento psíquico no contexto dos equipamentos do SUS. (p.579)

Esta leitura permite-nos identificar o quão expostos estão os técnicos de enfermagem na "porta" de entrada dos serviços de atenção básica, principalmente quando se tornam responsáveis pelo acolhimento. Somam-se a isso os tipos de demandas inespecíficas trazidas pelos usuários.

Alguns estudos (Costa et.al. 2002; Maragno et.al. 2006; Avanci et.al. 2007; Tavares et.al. 2011) apontam para utilização do *Self Report Questionarie* (SRQ-20) na detecção de problemas de saúde mental. Segundo Tavares et.al. (2011) este instrumento foi validado no Brasil por Mari e Williams (1986) e é recomendado pela OMS como um

método para identificar distúrbios psíquicos menores em nível de atenção primária, pois permite a detecção precoce de sinais e sintomas que comprometem a saúde mental, revelando-se um instrumento com boa especificidade nos seus resultados. Este questionário contém vinte perguntas sobre problemas e sintomas que tenham ocorrido nos últimos trinta dias e utiliza como ponto de corte para suspeição de distúrbios psíquicos menores sete ou mais respostas positivas. (Tavares et.al. 2011)

Pensamos que a identificação e avaliação de problemas relacionados à saúde mental não se esgota nunca com a utilização de um instrumento com perguntas fechadas, pois as manifestações de uma doença ou um sofrimento nunca serão únicas e iguais para todas as pessoas. A capacidade técnica do profissional (Onocko Campos, 2005a) e a clínica empregada nestas situações é que constituiriam a mola propulsora para um melhor entendimento das demandas, proporcionando um acolhimento mais eficaz com melhor direcionamento das necessidades dos usuários. No entanto, tal instrumento poderia ser adotado e utilizado pelos profissionais da atenção básica como um guia norteador para auxiliar na identificação de distúrbios menores, tomando-se sempre o cuidado de não ficar refém do instrumento, transformando a conduta clínica em uma mera aplicação e preenchimento de um questionário, pois isso induziria a uma prática reducionista e fragmentada. Gama e Onocko Campos (2009) chamam atenção para o cuidado na aplicação de testes em larga escala na população, pois muitas vezes, na tentativa de detectar precocemente transtornos leves, corre-se o risco de produzir estigmatização na população.

Os trabalhadores da atenção básica identificam como casos de responsabilidade "da saúde mental" os distúrbios de aprendizagem e queixas escolares, laudos de perícias do

INSS, casos de violência, tentativas de suicídio e problemas associados ao uso abusivo de álcool. O Documento oficial do Ministério da Saúde sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (2003) sugere que algumas situações de risco sejam incorporadas à avaliação clínica na atenção básica, indicando alguns exemplos: situações de exclusão social, como pacientes egressos de internação psiquiátrica, idosos em situação de abandono; transtornos mentais severos e persistentes; casos de tentativa de suicídio; situações de violência; problemas clínicos relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas e abuso e dependência de benzodiazepínicos. Brêda e Augusto (2001) também destacam a alta prevalência de casos de depressão na atenção básica. Entretanto, existem poucos estudos de prevalência de transtornos mentais na atenção básica no contexto brasileiro (Mari et. al. 1987, Maragno et. al. 2006, Fortes et. al. 2008), o que certamente contribuiria para delinear ações mais eficazes por parte do planejamento em saúde.

Considerando as dificuldades apontadas pelos trabalhadores em identificar demandas de saúde mental relacionadas aos transtornos mentais comuns ou distúrbios psiquiátricos menores, apontamos como necessário melhorar a qualificação dos profissionais da atenção básica a partir da incorporação de questões de saúde mental durante a formação de todos os profissionais da saúde (tanto de nível técnico como de nível superior). Também se faz necessário incluir a atenção primária como lócus de formação para especialistas em saúde mental na intenção de ampliar seu núcleo de atuação e dialogar com os problemas inespecíficos que recaem nas UBS, como apontam Tófoli e Fortes (2007) com experiência precursora de formação em apoio matricial na cidade de Sobral/CE. E para os trabalhadores já inseridos na prática profissional, haveria que se

investir em cursos de educação continuada assim como capacitações, além de também promover transformações nos modelos de gestão (Onocko Campos, 2003, 2005a) dos serviços de atenção primária.

A função Acolhimento

Os resultados apontam o acolhimento entendido e operado pela maioria das equipes como mais um procedimento das Unidades, distanciando-se da sua proposta inicial de uma ação de aproximação (Brasil, 2010c) e de uma rede de conversações presente em toda atividade assistencial (Teixeira, 2003). Quando as equipes descrevem como o acolhimento acontece nos serviços estudados, percebemos o quão burocratizado ele se torna, com distribuição de senhas, fichas, filas, horários específicos com número de vagas determinadas; e como os trabalhadores o aproximam de uma espécie de triagem para definir o acesso aos serviços, ficando a escuta dos problemas trazidos pelos usuários em segundo plano. Desta forma, a cultura que se cria na população é de ser necessário chegar ao serviço de madrugada para conseguir atendimento, estando ao avesso da proposta do acolhimento, que enquanto ferramenta de organização do serviço é exatamente o que propõe reverter! Esta forma de organização do acolhimento capturada pelo modelo biomédico também não abre muito espaço para o atendimento das demandas espontâneas, priorizando o acesso de quem chega primeiro ao invés de quem precisa mais. Tal achado parece corroborar com os estudos de Schimith e Lima (2004).

Identificamos em todos os serviços estudados que o pessoal da enfermagem (enfermeiros e auxiliares) se incumbe da responsabilidade pelo que chamam de acolhimento direcionando os casos considerados da saúde mental para outros profissionais (equipe de saúde mental da própria Unidade, matriciador, profissional de referência em outro Centro de Saúde) ou para discussão na reunião de equipe, porém percebe-se que na maioria das vezes a intenção é de encaminhamento do caso e não de se responsabilizar pelo caso junto com outro profissional.

Esta falta de co-responsabilização pelos casos acolhidos se fundamenta pela organização dos serviços e pela cultura do trabalho em equipe ainda fragmentada e guiada pelo modelo médico hegemônico, no qual o papel do médico é o fundamental para resolução dos problemas de saúde apresentados. Esta visão é percebida principalmente na voz dos auxiliares de enfermagem e dos usuários, embora na prática, com as narrativas, percebemos que as equipes compostas por psicólogos, terapeutas ocupacionais são bem atuantes nos casos considerados da saúde mental.

Os auxiliares de enfermagem sentem-se desvalorizados pelo restante da equipe com relação ao seu trabalho, quando comparam as ferramentas que dispõem com a das outras categorias profissionais, embora desempenhem um papel fundamental na escuta que oferecem aos usuários que chegam ao serviço. Tal achado se parece com os resultados de Onocko Campos e Baccari (2011) que identificaram como principal fonte de sofrimento em técnicos e auxiliares de enfermagem de um CAPS III a desvalorização do trabalho pelos colegas de equipe, decorrente da ausência de reconhecimento de sua competência. Já Takemoto e Silva (2007) apontam que o acolhimento, mesmo funcionando em uma lógica

médico-centrada, com baixa autonomia e resolubilidade da enfermagem, rearranjou a prática destes profissionais, re-significando o trabalho, trazendo novas possibilidades para o cotidiano e incorporando algum grau de satisfação na sua atuação profissional.

Os trabalhadores da enfermagem também se queixam das condições precárias para realização do procedimento de acolhimento, com falta de espaço físico adequado e também de recursos humanos. Estes parecem ser problemas comuns dos equipamentos públicos de saúde, que possuem pouco investimento em mobiliários adequados para os serviços prestados e muito menos em planos de carreiras para os profissionais. Em estudo anterior (Ferrer e Onocko Campos, 2009) constatamos esta mesma insatisfação por parte de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III), gerando desmotivação e descontentamento com o trabalho realizado. Verificamos que a nova portaria da Atenção Básica - GM nº 2.488 de 21/10/2011 (Brasil, 2011b) apresenta um tópico exclusivamente tratando da infraestrutura dos equipamentos da AB e sua manutenção, descrevendo as responsabilidades das ações dos municípios e o Distrito Federal para oferecer um bom funcionamento destes serviços, o que demonstra certa preocupação em padronizar os serviços a fim de garantir o mínimo necessário às suas instalações e manutenção dos recursos físicos existentes.

Percebemos que o acolhimento é entendido pelos usuários como uma etapa necessária para se conseguir uma consulta médica na Unidade ou como uma barreira para se chegar até o médico. É como se o acolhimento fosse uma pré-consulta (e em alguns casos não deixa de ser mesmo!) onde a enfermagem define a necessidade de passar com o médico, utilizando este espaço inclusive para troca de receitas medicamentosas, porém sem

uma avaliação médica. Os usuários até apontam o acolhimento como um espaço de escuta aos seus problemas e de orientação, mas não deixa de ser uma forma de controlar o acesso àquilo que é mais esperado: a consulta com o médico. Se o acolhimento fosse realizado da maneira como foi proposto, talvez os usuários vivenciassem este momento de chegada ao serviço de forma mais positiva percebendo a importância disto para resolução de seus problemas de saúde. Cabe ressaltar a falta de espaço físico adequado para o acolhimento inicial dos usuários mencionada nas narrativas dos trabalhadores, que também contribui na total falta de *setting* para escuta.

Sobre os encaminhamentos

O documento oficial do Ministério da Saúde sobre a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica (2003) enfatiza a importância da responsabilização compartilhada de casos pela equipe da atenção básica e com serviços da rede com objetivo de evitar a lógica dos encaminhamentos. Para tanto, propõe o arranjo do Apoio Matricial como estratégia de organização das ações de saúde mental na atenção básica.

O Apoio Matricial é um arranjo organizacional e também uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que objetiva favorecer retaguarda especializada para equipes e profissionais visando ampliação da clínica com construção compartilhada de saberes e integração dialógica entre especialidades e profissões. Favorece ainda a diminuição dos encaminhamentos, trabalhando-se na lógica da co-responsabilização

pretendendo-se produzir maior resolubilidade na atenção à saúde. (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007)

Particularmente, o arranjo do Apoio Matricial foi experimentado na rede da cidade de Campinas/S.P. a partir de 2001 com a implantação do Programa Paidéia Saúde da Família, que apresentava algumas adaptações ao modelo proposto pelo Ministério da Saúde. No entanto, os resultados apontam diferenças substanciais entre aquilo que foi proposto e a prática realizada atualmente. Percebemos que existe uma compreensão distorcida por parte de alguns profissionais, que entendem o apoio matricial como uma forma de encaminhamento com total transferência de responsabilidade, ou que acreditam que o matriciamento baseia-se em discussões pontuais para determinadas categorias profissionais (por exemplo, de psiquiatras para clínicos gerais). Também observamos queixas em relação ao perfil do profissional que oferece o apoio: na visão de alguns trabalhadores o apoio deve ser realizado apenas por psiquiatras a fim de sanar a falta destes profissionais na atenção básica, mas sobretudo por que pensam que o apoio matricial é uma orientação prescritiva de medicações psiquiátricas. Tais dificuldades para se trabalhar com a lógica do apoio matricial devem-se também a maneira como os serviços estão organizados, ao modelo de atenção operante, a cultura dominante das especialidades impondo padrões de subjetividade que vão à contramão da interdisciplinaridade e do conhecimento compartilhado.

Em contrapartida, identificamos algumas falas que apontam a realização do apoio matricial com maior regularidade de encontros, de maneira mais integrada com participação de ACS, enfermeiras, médicos e profissionais da saúde mental. Observamos

que nestes casos parece haver maior co-responsabilização das ações, que são definidas em conjunto, na reunião de equipe. É interessante apontar a fala dos ACS quando dizem que fazem visitas domiciliares para os casos suspeitos ou para acompanhamento das famílias, além da inclusão dos ACS nas reuniões de equipes, o que é sentido por eles como uma valorização do trabalho realizado.

Figueiredo e Onocko Campos (2009) realizaram estudo sobre Apoio Matricial em saúde mental na mesma rede de atenção da pesquisa ora realizada. Os resultados deste estudo apontam que a introdução do Apoio Matricial operou mudanças nas equipes, no sentido de *"fazer com que a saúde mental saísse do núcleo especializado para transitar no fazer das equipes"* (p.134), desencadeando um processo em que os encaminhamentos à saúde mental passam a ser mais discutidos em equipe, criando maior co-responsabilização. No entanto, a prática do Apoio Matricial não conseguiu operar mudanças na forma de gestão dos serviços, tampouco conseguiu superar o modelo de atenção do pronto-atendimento. As autoras evidenciam diferenças de abordagem nas equipes das UBS que possuem profissionais de saúde mental e nas que não possuem tais profissionais: Nas primeiras existe maior dificuldade em modificar a maneira automática de encaminhar os usuários pelo acesso facilitado aos profissionais da saúde mental, reafirmando a força do modelo instituído. Nas segundas, aparecem critérios mais apurados que norteiam a avaliação de risco e uma maior autonomia no acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico, acionando o apoio matricial após terem esgotado todas as alternativas possíveis e após avaliação da necessidade de um atendimento especializado.

Ainda, as autoras referem à formação insipiente ou inespecífica dos profissionais da atenção básica para lidar com casos de sofrimento psíquico, o que também é salientado nas narrativas dos trabalhadores, inclusive os ACS.

Voltando aos nossos resultados, identificamos que os encaminhamentos que acontecem para dentro da UBS indicam uma tendência à total transferência de responsabilidade para os profissionais da saúde mental, corroborando com os achados de Figueiredo e Onocko Campos (2009). Percebemos que as equipes de saúde mental que atuam nas UBS pouco se integram com as equipes da ESF, havendo muito pouca discussão conjunta dos casos e construção de projetos terapêuticos singulares, somente para os casos que mobilizam muito as equipes. Isso demonstra o quanto os profissionais ainda estão fechados em suas especialidades, com muito pouca integração de saberes e trabalhando na lógica do pronto-atendimento.

Os trabalhadores afirmam que a definição dos encaminhamentos se dá pelas instituições que irão receber os casos e também afirmam que não existem critérios claros para se encaminhar ou não um usuário, o que deixa transparecer mais uma vez a confusão que fazem em relação ao que atender ou não na rede básica. Percebemos que os CAPS são os locais mais encaminhados pela atenção básica no que se refere a saúde mental, porém mesmo sendo um serviço territorial e próximo das UBS, ainda existe falta de clareza por parte dos trabalhadores das UBS sobre o que é o CAPS e o que é feito lá. Em pesquisa anterior (Onocko Campos et.al. 2008) os profissionais dos CAPS apontaram que a maioria dos trabalhadores das UBS não sabia sobre os CAPS, qual sua proposta dentro do território

e qual clientela atendida. Parece que tal situação se confirma com os resultados desta pesquisa.

Ainda, para os trabalhadores das UBS estudadas os encaminhamentos funcionam sempre como um *"algo a mais"* para os usuários, sem tirar o papel de referência da UBS. Porém, na visão dos ACS, os usuários que são encaminhados para os CAPS acabam ficando sob responsabilidade daquele serviço, ou, muitas vezes, ficam desassistidos, não sendo nem do CAPS, nem da UBS. Tal situação deflagra a falta de encaminhamentos com referências e contra-referências, deixando os usuários à deriva no emaranhado institucional da rede de saúde.

É interessante observar nas narrativas dos trabalhadores como eles definem e utilizam o critério de gravidade dos casos, pois afirmam que cuidam, por exemplo, dos casos mais crônicos, como psicóticos diagnosticados há algum tempo. No entanto, quando se deparam com usuários em crise, ou pessoas que não saem de casa, encaminham para o CAPS! Neste caso, parece que os casos encaminhados são aqueles que demandam mais trabalho e mais esforço das equipes das UBS; quando o usuário está estabilizado, mesmo sendo um caso grave, pode ser acompanhado na própria UBS!

A maioria dos usuários entende que os encaminhamentos acontecem para sanar a falta de profissionais nas UBS, dentre eles os psiquiatras. Reconhecem os CAPS, centros de convivência e UBS referenciadas em saúde mental, mas reclamam muitas vezes por estes serviços estarem situados longe de suas residências, dificultando o acesso a eles. Ramos e Lima (2003) apontam que o acesso geográfico dos usuários aos serviços de saúde é um fator importante, sendo mais facilitado quando os serviços estão localizados próximos

as suas residências. Para as autoras existe uma estreita relação entre acesso geográfico e acolhimento, sendo fator decisivo na escolha do serviço para os usuários a forma como são recebidos e a resolubilidade destes. Interessante apontar como os próprios usuários culpam-se pela falta de profissionais nas UBS, pois afirmam não haver adesão às atividades oferecidas. Voltaremos às atividades oferecidas pelas UBS mais adiante!

Vínculo entre trabalhadores e usuários

Os ACS são apontados como a categoria profissional que estabelece maior vínculo com os usuários na atenção básica. Isto parece ser vivenciado por eles (ACS) de maneira contraditória, pois ao mesmo tempo em que se sentem incomodados pelo fato de serem abordados continuamente pelos usuários, por residirem no mesmo território, também se sentem valorizados por conhecer a realidade e os problemas da comunidade e pelo trabalho que desenvolvem de acompanhamento e escuta dos usuários. Neste sentido, adquirem voz e reconhecimento de algumas equipes para tomada de decisões na condução dos casos. Entretanto, dizem sentir certo mal estar quando tem que lidar com pessoas portadoras de transtornos mentais e também por não saber o que fazer com os problemas que escutam dos usuários.

Tal sentimento de desamparo e solidão gerado pelo trabalho dos ACS pode advir pela forma de organização do trabalho, que se mostra fragmentada, com pouca integração entre a equipe de profissionais, dando-se a impressão de que o que acontece para fora das UBS fica somente sob responsabilidade dos ACS. Uma maneira de atenuar esta

situação é relatada na narrativa dos ACS, quando referem fazer visitas em conjunto com o apoiador matricial, o que gera maior segurança, dividindo-se responsabilidades.

Trapé (2010) em seu estudo sobre a interface entre os ACS e a saúde mental sugere que a prática dos ACS se dá a partir de um *sincretismo clínico.* Para o autor a noção de sincretismo corresponde à capacidade criativa do ser humano, sendo um termo positivo para analisar a clínica dos ACS,

> uma vez que eles se utilizam de bases analíticas de diferentes correntes, sejam leigas ou científicas, para entender, nomear, explicar e operar elementos e fenômenos concretos que demandam diariamente nas diferentes unidades de saúde e que por vezes geram estranhamento. (p. 116)

A partir das narrativas dos trabalhadores percebemos dificuldades no desenvolvimento do trabalho em equipe, aparecendo certa tensão entre manterem-se restritos em seus núcleos de saberes, buscando preservar a identidade profissional e disciplinar; e atuarem no campo de saberes comuns às disciplinas (Campos, 2000), como o campo da saúde mental, da reabilitação psicossocial, que de certa forma se faz como uma exigência perante a realidade existente nos serviços.

Em relação à responsabilização pelos casos da saúde mental, chamamos atenção às falas dos trabalhadores quando dizem que não existe um profissional de referência por que os usuários mantêm certo trânsito na Unidade Básica, ou que a responsabilização acontece de maneira informal, de acordo com a convivência entre usuários e trabalhadores. A impressão que nos dá é de que a partir do momento que o

usuário se insere no serviço, vai passando pelo cardápio de ofertas de cada profissional e das atividades da UBS, porém sem haver uma consideração se estas ofertas ajudam a resolver as necessidades de saúde dos usuários e sem a construção conjunta de um projeto terapêutico individual. Este parece existir somente para os casos considerados difíceis e que demandam muito do serviço como um todo. Ressalta-se que no momento da pesquisa um dos Centros de Saúde era organizado por Programas, o que dificultava ainda mais o trabalho em conjunto com as equipes da ESF.

A partir das narrativas dos usuários é possível perceber a dificuldade de estabelecimento de vínculo duradouro com as equipes, assim como a inexistência de um acolhimento dialogado, presente em toda atividade assistencial. Os usuários queixam-se da alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos e psicólogos, sugerindo que estes deveriam possuir planos de carreira na atenção básica. Ao mesmo tempo, culpam-se pela não permanência dos profissionais nos serviços, alegando que seus pares não cooperam para o bom funcionamento do CS, gerando certo conformismo com tal situação. Traverso-Yépez e Morais (2004) em estudo da percepção de usuários sobre os serviços públicos de Natal/RN constataram que existe uma aceitação implícita dos usuários em relação à baixa qualidade do serviço público pelo fato deste ser oferecido à população carente, o que justificaria o descaso na qualidade da assistência. Essa situação acaba por ser naturalizada pelos usuários, que passam a reconhecer o serviço recebido como um favor ou uma doação e não como um direito.

Outra questão levantada pelos usuários é a queixa pela divisão por equipes de referência, pois avaliam que muitas vezes não têm empatia com o médico que os atende,

além do mais não entendem o porquê de não serem atendidos mesmo quando existe médico na UBS que é referência para outros usuários, ou seja, pertence à outra equipe. Acreditamos que a lógica de trabalho pautada em equipes de referência é eficaz e colabora na construção de vínculo do profissional com os usuários, no entanto, poderia haver maior flexibilidade na atribuição destas referências, levando-se em consideração o respeito à escolha do usuário de querer ser atendido por determinado profissional.

Teixeira (2005) ao escrever sobre o encontro entre profissional-usuário afirma que a relação de empatia – iniciada na primeira impressão positiva do encontro- é um ponto essencial para a realização adequada do trabalho em saúde. Segundo o autor, há uma *assimetria constitutiva* nestes encontros, pois uma das partes está em busca de uma satisfação de necessidades, enquanto presumi-se que a outra parte detém os meios para satisfazê-las, oferecendo apoio. E a partir do momento em que se estabelece uma zona comum neste encontro, reconhece-se seu sucesso nos resultados afetivos que dele sobressai, favorecendo a criação de uma relação de confiança, tão necessária à relação terapêutica.

Verificamos que os usuários atribuem uma grande importância ao relacionamento estabelecido com o médico e reclamam por mais atenção no momento das consultas, queixando-se do tratamento recebido. Neste sentido, seguindo a descrição dos atendimentos feita pelos usuários não caberia dizer que há tempo para criação de uma relação de confiança.

Gadamer (2006) nos convoca a refletir quando escreve um ensaio sobre o tratamento e diálogo. Para o autor há sempre uma distância na relação médico-paciente, no qual o paciente encontra-se em estado de necessidade, desprotegido. Para diminuir tal

distância é preciso que médico e paciente "encontrem um solo comum, no qual possam se entender" (p.42) tendo como base o diálogo, visto como o único elemento que pode cumprir esta função. Mas, o próprio autor assinala que o acesso ao diálogo entre médico e paciente não é algo fácil no mundo moderno, que é o mundo da ciência. Nele, só é possível tratar de uma parte, o próprio paciente é perguntado sobre o que lhe falta ou onde lhe falta alguma coisa. Neste sentido, "toda grande aparelhagem do diagnóstico médico compõe-se hoje em tratar de encontrar algo faltante" (p.44), embora

> a saúde depende de muitos fatores e, no final, encontra-se não somente a saúde, mas a reintrodução do paciente na sua antiga posição na vida cotidiana. Somente isso é a plena 'recuperação', que, com certeza, freqüentemente ultrapassa as possibilidades e competências do médico. (p.44/45)

Segundo a experiência dos usuários, não existe muito espaço para o diálogo com a maioria dos médicos, que continuam negligenciando a complexidade do processo saúde-doença, não atribuindo valor à experiência subjetiva do usuário assim como sua inter-relação com condicionantes biológicos, culturais, psicossociais, ambientais que envolvem todo o processo. Essa abordagem pode desencadear conseqüências negativas na relação profissional-usuário, na medida em que não há comunicação satisfatória, o tempo da consulta é limitado, não há disponibilidade do profissional para ouvir o usuário (o que decorre também pela falta de preparo para escutar e dialogar com o paciente), e além do mais, o uso recorrente de uma linguagem técnica por parte dos profissionais dificulta a compreensão dos usuários, principalmente aqueles com baixo nível de instrução.

E mesmo diante desta realidade, os usuários afirmam que os médicos são os únicos profissionais que resolverão seus problemas de saúde, desenvolvendo, em muitos casos, uma relação de obediência ao profissional, que acaba simbolizado como o único detentor do saber sobre seu corpo, sua doença. Neste sentido, os usuários acreditam que quem segue as orientações prescritas na consulta tende a ter um atendimento de melhor qualidade. Em estudo sobre a percepção de usuários e trabalhadores sobre acesso, acolhimento e vínculo na atenção básica de Fortaleza/CE, Coelho e Jorge (2009) encontraram resultados similares. Segundo as autoras, a ideologia de que as consultas médicas resolverão os problemas de saúde dos usuários baseia-se no modelo queixa-conduta, centrado na figura do médico como responsável absoluto pela saúde do usuário. A fim de reestruturar esta situação, as autoras propõem reorganizar o processo de trabalho, com objetivo de deslocar o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, além de qualificar a relação entre trabalhador - usuário, que deve se pautar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Coelho e Jorge (2009) constatam também que a visão do atendimento ainda é pautada por uma rotina de procedimentos realizada de forma mecânica, sem reflexão sobre a escuta do usuário. Além do mais, existe uma distância entre profissionais e usuários expressa pelas dificuldades em lidar com questões da subjetividade e também associada a uma posição de superioridade dos profissionais sobre os usuários.

Segundo Traverso-Yépez e Morais (2004), o baixo comprometimento do usuário em relação ao seu tratamento é a principal conseqüência do distanciamento observado na relação entre profissional e paciente. O tratamento acaba sendo imposto, na

maioria das vezes, de forma verticalizada, sem a consciência crítica de que o usuário é sujeito de seu corpo, tendo autonomia para decidir sobre sua vida. Com isso, não se responsabiliza por parte de seu tratamento, traduzindo em ações de 'falta de adesão'. Os profissionais, por sua vez, têm dificuldade de perceber o porquê deste baixo comprometimento, apesar de óbvio. As autoras concluem ser necessário ampliar as relações dialógicas, assim como a valorização da experiência subjetiva dos usuários nas práticas de saúde, como forma também de gerar possibilidades de reflexão e construção de novos significados por parte dos usuários em relação aos seus direitos, a participação e papel como agentes de mudanças no sistema de saúde, criando espaços para o desenvolvimento da cidadania e participação crítica.

Acima de tudo, percebemos que os usuários pedem por mais respeito - condição mínima e necessária para o início de qualquer relação - seja na recepção do serviço; na espera pelo atendimento; durante as consultas, incluindo a questão da privacidade, algo que parece não ser considerado pelos profissionais.

Os grupos e os recursos existentes nas UBS e no território

As ofertas de grupos existem nas UBS e não são poucas. Existe claramente uma divisão entre os grupos que acontecem dentro da UBS e os que acontecem em espaços da comunidade, sendo os primeiros considerados grupos mais fechados e conduzidos por trabalhadores de nível universitário; e os segundos, considerados grupos mais abertos conduzidos por ACS. Também percebemos posicionamentos diferentes dos profissionais,

ACS e usuários em relação aos grupos: Segundo os profissionais são os usuários os responsáveis pelo insucesso dos grupos. Já os ACS argumentam que os profissionais não se vinculam aos grupos por muito tempo e transferem toda a responsabilidade da condução para eles, que não possuem formação suficiente para coordenar certos tipos de grupos. Os usuários, por sua vez, se colocam na posição de culpados pela não adesão aos grupos, referindo-se a seus pares como preguiçosos, desmotivados ou ocupados demais.

Ocorre que as práticas grupais têm sido realizadas na atenção básica sem muitos questionamentos, sem reflexões e com pouco ou nenhum embasamento teórico. Muitos dos chamados 'grupos' nada mais são do que palestras ou informes sobre um tema específico, ou uma consulta coletiva, maneira encontrada pelas equipes para minimizar a demanda reprimida. Os próprios ACS reconhecem essa função dos grupos quando mencionam: "*alguns grupos existem não porque querem, mas porque não tem consulta pra todo mundo, chegam a ser uma consulta coletiva".* Neste sentido, fica difícil cobrar adesão dos usuários para que participem de algo do qual não compartilham um sentido comum, pelo contrário, é vivenciado como algo chato, penoso ou um momento em que se tem que dividir a atenção do profissional com mais um monte de pessoas!

Os grupos são dispositivos potentes para se trabalhar com uma série de problemáticas que recaem na atenção básica, mas para disparar esta potência é necessário que ele seja um espaço pensado, protegido, refletido, cuidado e conduzido por pessoas que tenham minimamente um embasamento teórico sobre grupos. Não basta dizer que os grupos são pensados de acordo com as necessidades da demanda, como aponta a narrativa de trabalhadores.

Dependendo de como os grupos se configuram (se mais abertos ou fechados) é necessário pensar seus objetivos, a função do coordenador, o *setting*, assim como refletir sobre seu funcionamento, suas características e os papeis desempenhados pelos seus participantes. Estes são alguns aspectos imprescindíveis para um funcionamento positivo dos grupos e para que as pessoas que deles participam possam compartilhar um sentido comum, produzindo inclusive novos sentidos sobre seus sofrimentos e suas vidas.

Alguns usuários referem gostar dos grupos que participam e das atividades que fazem em espaços da comunidade ou nos Centros de Convivência (CECCOS). Consideram como parte do tratamento e avaliam estes momentos, associados à escuta psicológica, como mais eficaz que os remédios que tomam. Por outro lado, existem os usuários que não gostam de participar de grupos que sejam específicos da 'saúde mental', pois além de não sentirem-se à vontade para expor seus problemas para pessoas da própria comunidade, sentem-se estigmatizados pelos seus pares pelo fato de estarem em tratamento 'da saúde mental'. De qualquer maneira, faz-se necessário levar em consideração todas essas questões antes de indicar os grupos e/ou atividades para os usuários.

A partir dos resultados percebemos o quanto estes territórios são desprovidos de equipamentos sociais e locais comunitários que possam oferecer lazer e diversão às pessoas e famílias que ali vivem. Muitas vezes, as atividades que existem surgem através dos equipamentos de saúde (CS, CECCOS, CAPS), que não raro se apresentam como a única presença do Estado na comunidade. Identificamos que os Centros de Convivência (CECCOS) são equipamentos importantes e valorizados pelas equipes e pelos usuários que freqüentam estes espaços, mas não são conhecidos pela população em geral. Também os

trabalhadores afirmam a necessidade de avançar com parcerias de outros setores, mas a intersetorialidade ainda está longe de ser construída.

Um recurso importante existente e mencionado nas narrativas dos ACS é a busca ativa de pessoas ou famílias em situações de risco que não chegam ao serviço da atenção básica. Este trabalho feito pelos ACS torna-se fundamental nestes territórios desprovidos de condições básicas para sobrevivência, mas tem que ser refletido, avaliado e realizado com cuidado, para que o serviço não exerça uma função meramente higienista, moralista, com abuso de poder, reproduzindo ações semelhantes àquelas tristemente já conhecidas no interior das instituições totais.

Outra questão importante que aparece nos resultados diz respeito à medicalização de sintomas relacionados à vulnerabilidade econômica e social. A maioria das equipes das UBS estudadas utiliza deste recurso como a única forma de tratar destas questões. Apenas em uma UBS esta prática é refletida pelas equipes, que também não conseguem visualizar saídas alternativas à medicação. Percebemos que os usuários que fazem uso de psicotrópicos acabam tomando estes medicamentos por longo tempo sem uma re-avaliação médica. Como já mencionamos anteriormente, existe a prática de renovação de receitas realizada durante o procedimento de acolhimento, que já está instituída nos serviços.

Consideramos que esta prática é alimentada pela dificuldade e o despreparo que os profissionais da atenção básica têm para lidar com situações da vida, da subjetividade, transformando o sofrimento em sintomas; pela falsa realidade de que toda demanda precisa ser resolvida rapidamente e que para todo problema apresentado é necessário dar uma

resposta imediata, o que tem a ver com a lógica da eficiência dos serviços; pelo modelo de atenção médico-centrado ainda prevalente nas UBS; pelos interesses econômicos das indústrias farmacêuticas; dentre outros fatores de ordem política, econômica e de organização social. Neste sentido, urge a necessidade de aprofundar os estudos e reflexões sobre a questão da medicalização, apontando para outras possibilidades de ofertas e cuidado, estimulando a capacidade crítica de tomada de decisões por parte dos usuários em relação ao seu corpo e a sua vida, criando maior autonomia e co-responsabilização destes para com o tratamento.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos os serviços de atenção básica fundamentais no tratamento e reabilitação de pessoas com transtornos mentais. Percebemos que há um reconhecimento da potência destes serviços no atendimento desta população com investimentos na criação de políticas públicas que fortaleçam e ampliem as redes de apoio dos territórios, de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica.

No entanto, não basta somente o esforço para criação de políticas públicas e leis, tampouco o esforço de pessoas que estão à frente dos serviços e que possam produzir ofertas condizentes com as necessidades de saúde dos usuários se não houver mudanças quanto ao modelo de atenção vigente, conseqüentemente, mudanças na formação dos profissionais da saúde, tanto de nível técnico como de nível superior. O ensino fragmentado e cada vez mais centrado nas especialidades ajuda a promover práticas reducionistas e dificuldades de se trabalhar em equipes, quando na realidade se faz necessário ampliar o diálogo da rede de saúde - dos serviços de atenção básica com os CAPS, os CECCOS, as residências terapêuticas, entre outros – além do diálogo e parceria com outros setores, promovendo de fato a intersetorialidade.

Percebemos que é grande e complexa a demanda de saúde mental existente nos territórios das grandes cidades brasileiras, tal como a pesquisada; e que a procura por atendimento na atenção básica também se constitui como grande. As desigualdades econômico-sociais decorrentes das modulações do capitalismo nas sociedades modernas contribuem na geração de problemas mentais comuns; e afetam núcleos e estruturas familiares, relações interpessoais, transformando constantemente a maneira como as pessoas vivem nas periferias ou nos bolsões de pobreza.

Diante da dificuldade dos trabalhadores em definir e avaliar demandas relacionadas à saúde mental faz-se necessário investir na ampliação de temas de saúde mental na formação geral dos profissionais da saúde, como também incluir a atenção básica na formação das especialidades da saúde mental.

No que se refere ao acolhimento, pensamos que traria avanços significativos no entendimento das necessidades dos usuários se este fosse realizado como sugere suas formulações teóricas. Também sugerimos que o procedimento de acolhida da chegada dos usuários no serviço não se centre na pessoa do auxiliar de enfermagem, mas que possa ser realizado em dupla ou trio, sendo composto pelo auxiliar de enfermagem e mais outro profissional (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, entre outros). Desta forma, busca-se minimizar os intermináveis encaminhamentos dos casos, garantindo maior resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários neste espaço, potencializando este momento.

Quanto aos encaminhamentos faz-se necessário promover discussões com os trabalhadores da AB a fim de pactuar alguns critérios de atendimento e encaminhamento para que a definição de aceite dos casos não fique pautada somente pelos critérios das instituições que recebem os casos encaminhados. Também é primordial tencionar junto às equipes a função de coordenação dos casos da Atenção Básica, algo que parece não existir nos serviços pesquisados. Além do mais, é necessário resgatar a essência do Apoio Matricial, pois concluímos que nas UBS onde ele é realizado de acordo com seus princípios, promove transformações positivas na prática dos serviços, criando maior co-

responsabilização pelos casos e maior integração dos profissionais nas discussões dos casos.

Em relação ao vínculo entre profissionais e usuários, este só é possível acontecer se não houver tanta rotatividade dos trabalhadores, como apontaram as narrativas dos usuários. Para isso é necessário criar mecanismos de fixação dos profissionais nos serviços de atenção básica, assim como garantir um número adequado de equipes de PSF para os serviços conforme recomendado pela portaria GM nº 2.488 de 21/10/2011. Entretanto, também é preciso refletir sobre os encontros dos trabalhadores com os usuários, das relações desiguais de saber-poder que podem provocar distâncias insustentáveis em qualquer tentativa de relacionamento, da clínica operante pautada pelo modelo de queixa-conduta, situações em que obviamente o vínculo estará ameaçado.

Sobre as atividades e recursos existentes nas UBS e nos territórios, pensamos ser necessário refletir melhor sobre as ofertas, pensando nas necessidades dos usuários e também na possibilidade de realização das atividades, assim como o grau de comprometimento dos profissionais envolvidos. Isso certamente contribuiria para diminuir a evasão dos grupos e outras atividades propostas pelos serviços.

Também é necessário promover ações mais críticas em relação à intensa medicalização do sofrimento que ocorre na atenção básica, incentivando uma política para o uso mais racional da medicação já nos cursos de formação dos profissionais. Aliado a isso pensamos ser igualmente importante estimular a idéia de negociação da dose, além da inclusão da voz do paciente na decisão de seu tratamento. Para estas intervenções em que o usuário se torna sujeito de seu tratamento é preciso transformar as posturas profissionais a

fim de se tornarem apoiadores e não tomadores de decisões da vida das pessoas que atendem.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avanci JQ, Assis SG, Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. Psicologia: teoria e pesquisa. 2007 jul-set; 23(3): 287-94.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2001, 6 (1): 63-72.

Bandeira M, Freitas LC, Carvalho Filho JGT de. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. J Bras Psiquiatr. 2007 56(1): 41-7.

Bauman Z. Vidas desperdiçadas. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. 170p.

Bauman Z. Confiança e medo na cidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 94p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental. 2ª. ed. revista e atualizada, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde: Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. ASTEC, área Técnica de Saúde Mental. Programa Permanente de capacitação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, 2002-c.

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental: Relatório de Gestão 2003 – 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de saúde mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Circular conjunta nº 01/03 de 13/11/2003.

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental: Saúde Mental no SUS, Boletim Informativo da Saúde Mental. IV, n. 18, 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

Brasil. Ministério da Saúde do Brasil e SIM/CII/SMS de Campinas, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 7ª Edição Especial, Ano V, nº 7, junho de 2010. Brasília, 2010-a. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 25p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília : Ministério da Saúde, 2010-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. 5ª reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010-c. 44 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. SIAB: Meta e evolução das equipes de Saúde da Família. Disponível em http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php. Acessado em 30/11/11-a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html. Acessado em 13/12/2011-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação - Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 20072010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011-c, 106 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em : http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php . Acessado em 14/03/2012.

Brêda MZ, Augusto LGS. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2001, 6(2): 471-480.

Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev Latino-am Enfermagem**.** 2005 maio-junho; 13(3): 450-2.

Burke L. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: Ed. Unesp, 1992.

Caetano R, Dain S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2002, (12)1: 11-21.

Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: Estudo em Unidades Básicas de Saúde no município de Ribeirão Preto. Rev. Latino-am. Enfermagem. 2000 ago. v.8, n.4, p.30-37.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, base de dados. 2009. Disponível em: http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/

Campos FE de, Aguiar RAT de, Oliveira VB de. O desafio da expansão do Programa de Saúde da Família nas grandes capitais brasileiras. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2002, (12)1: 47-58.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro. 2007 fev; 23(2): 399-407.

Campos GWS, Gutiérrez AC, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de saúde da família. In: Campos GWS, Gurrero AVP (orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Campos GWS. Saúde Pública e Defesa da Vida. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1992. 231 p. v. 1

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: Cecilio LCO (org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.

Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R. (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. S.P.: Hucitec; 1997.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 1999, 4(2):393-403.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5(2): 219-230.

Campos, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed Hucitec; 2003. 185p.

Campos, GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2ed. SP: Hucitec, 2005. 236p.

Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva. 2009; 14(supl.1): 1523-1531.

Coimbra VCC, oliveira MM, Vila TCS, Almeida MCP. A Atenção em Saúde Mental na estratégia Saúde da Família. Revista eletrônica de Enfermagem. 2005, 07(01): 113-117. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm

Costa JSD, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP de, Fuchs SC. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. Rev. Bras. Epidemiol. 2002 5(2): 164-73.

Favoreto CAO, Camargo Jr KR de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2002, (12)1: 59-75.

Ferrer AL, Onocko Campos R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial de Campinas/SP: um estudo hermenêutico - narrativo sobre o sofrimento psíquico dos trabalhadores. Cadernos Brasileiros de saúde mental. 2009 out-dez; 1(2): 9-22.

Ferrer AL. Profissionais da saúde e reflexões sobre a formação profissional, a prática de trabalho e os sentimentos gerados frente aos processos de morte no hospital. [Monografia de conclusão do curso de graduação em Terapia Ocupacional]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2000.

Ferrer AL. Sofrimento Psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

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

Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, Camey S. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(4):431-8.

Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 3ª ed. São Paulo: Ed. Artmed; 2004. 405p.

Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev. APS. 2008 jul-set; 11(3): 285-94.

Fonseca MLG. Diferenças culturais entre profissionais de saúde e clientela acerca do nervoso: da distância à compreensão da diversidade. Rev. APS. 2009 out-dez; 12(4): 468-77.

Fontanella JB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública. 2008, jan. 24(1): 17-27.

Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr. [periódico na Internet]. 2008 Mar, 30(1): 32-37.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EL. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de saúde pública. 1999; 15(2):345-353.

Freud S. Construções em análise (1937). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, V. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

Gadamer H-G. Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis: Editora Vozes. 1997, 731p.

Gadamer H-G. O caráter oculto da saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2006. 176p.

Gama CAP, Onocko Campos R. Saúde Mental na Atenção Básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2009 out/dez; 1(2):112-31.

Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005. 77p.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vinculo: praticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – comunicação, saúde e educação. 2005, mar/ago 9(17): 287-301.

Gondim SMG. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. Revista Paidéia Cadernos de Psicologia e Educação. 2002, 12(24): 149-162.

Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, Vidal JP (orgs.). A Instituição e as Instituições. S.P.: Casa do psicólogo livraria e editora. 1997, p. 1-39.

Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta Paul Enfermagem, 2007; 20 (1): 12-7

Ludermir AB. Desigualdades de classe e Gênero e saúde mental nas cidades. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2008; 18(3): 451-67.

Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César, CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2006 ago; 22(8): 1639-48.

Mari Jair de Jesus, Iacoponi Eduardo, Williams Paul, Simões Oziris, Silva João Batista Teodoro. Detection of psychiatric morbidity in the primary medical care setting in Brazil. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 1987 Dez. 21(6): 501-507.

Martin D, Quirino J, Mari J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(4): 591-7.

Mastermann M. The Nature of a Paradigm. In: Lakatos I, Musgrave A. Criticism and The Growth of Knowledge: proceedings of international colloquium in philosophy of science. London: Cambridge University Press, 1970.

Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira M JB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface – comunicação, saúde, educação. 2004/2005 set-fev, 9(16): 9-24.

Merhy EL. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecilio LCO (org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Ed. Hucitec.1996. 269p.

Minayo MCS, Minayo-Gomez C. Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHAG (orgs.). O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cadernos de Saúde Pública. 1993 jul./set. 9(3): 239-262.

Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos R. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec. 2008. p. 249-277.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. Cadernos de Saúde Pública. 2007 out. 23(10): 2375-2384.

OMS. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001, 173 p.

Onocko-Campos R, Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial.Cienc Saude Coletiva. 2011;16(4):2051-8.

Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (Orgs.) Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e efeitos de narratividade. S.P: Hucitec. 2008. 428p.

Onocko Campos R, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(6): 1090-1096.

Onocko Campos R, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Gurrero AVP (orgs). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Onocko Campos R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate. 2001 maio/ago. 25: 98-111.

Onocko Campos R. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. SP: Hucitec, 2003. p. 122-149.

Onocko Campos R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2005a 10 (3): 573 – 83.

Onocko Campos R. Pesquisa qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. Pesquisa Qualitativa em Saúde – múltiplos olhares. Campinas, S.P.: Ed. Unicamp, 2005b. p.261-71.

Onocko Campos, R. O exercício interpretativo. In: Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (orgs.). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec. 2008. p. 278-299.

Onocko Campos R. (coord.) Estudo Avaliativo de Arranjos e Estratégias invadoras na organização da Atenção Básica à Saúde. Relatório científico final. Mimeo. Junho de 2009.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2003 jan-fev. 19(1): 27-34.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos** de Saúde Pública. 2004 mar-abr. 20(2): 438-446.

Ricoeur P. Interpretação e ideologias. Tradução de Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora. 1990. 172 p.

Ricoeur P. Tempo e narrativa. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes. Martins Fontes. 1994. 327 p.

Saforcada E, De Lellis M. Políticas de salud mental o lo mental en las políticas de salud? In: De Lellis, Martín. Psicología y políticas públicas de salud. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 2006. p. 95-123.

Santos MS, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des) construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. Ciência e Saúde Coletiva. 2006, 11(1): 53-61.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública. 2004 nov-dez. 20(6): 1487-1494.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726p.

Takemoto MLS, Silva EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2007 fev. 23(2): 331-340.

Tavares JP, Beck CLC, Magnago TSBS, Greco PBT, Prestes FC, Silva RM da. Produção científica sobre os distúrbios psíquicos menores a partir do Self Report Questionnarie. R. Enferm. UFSM. 2011 jan-abr; (1) 1: 113-23.

Teixeira RR. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. R.J: IMS-UERJ/ABRASCO. 2003. p.89-111.

Teixeira, R R. Humanização e atenção primária à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3):585-97.

Tesser CD, Campos GWS, Neto PP. Acolhimento (des) medicalização social e gestão do cotidiano em equipes de saúde da família. In: Tesser CD. Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Editora Hucitec. 2010.

Tesser CD. Saúde da família: expansão, aprofundamento e desafios. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.11, pp. 01-01.

Tófoli LF, Fortes S. Apoio Matricial de Saúde Mental na atenção primária do município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. SANARE, Sobral. 2005/2007 jul-dez; 6(2): 34-42.

Trapé TL. O agente comunitário de saúde e a saúde mental: faces e interfaces [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2010.

Traverso-Yépez M, Morais NA de. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2004, jan-fev; 20(1): 80-8.

Westphal M F. Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande paulista. [Tese - Livre docência]. São Paulo (SP): Universidade São Paulo; 1992.

Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá. 1996. 120 (6): 472-82.

WHO e WONCA. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. World Organization, Geneva, 2008.

WHO. A user's guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Division of Mental Health. World Organization, Geneva, 1994.

WHO. Policies and practices for mental health in Europe- meeting the challenges. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2008.

Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas – Concepções e Práticas. Ed. Gente, 2005.

10. ANEXOS

ANEXO I – Parecer do comitê de ética em pesquisa da FCM/Unicamp:

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 16/12/08.
(**PARECER CEP:** N° 562/2007)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"ESTUDO AVALIATIVO DE ARRANJOS E ESTRATÉGIAS INOVADORAS NA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE".**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a inclusão do projeto "A SAUDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A PERSPECTIVA DE SEUS TRABALHADORES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS: UM ESTUDO HERMENÊUTICO-NARRATIVO SOBRE OS PROCESSOS DE ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO." com a finalidade de Doutorado sob responsabilidade da aluna Ana Luiza Ferrer, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 16 de dezembro de 2008.

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM/UNICAMP.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas – SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa será realizada com fins acadêmicos, como subsídio para a Tese de Doutorado intitulada "A Saúde Mental na Atenção Básica sob a perspectiva de seus trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de Acolhimento, Vínculo e Responsabilização", pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social – FCM – UNICAMP.

Esta pesquisa tem como objetivo investigar ações da Saúde Mental na Atenção Básica no que se refere aos processos de acolhimento, vínculo e responsabilização dos casos, do ponto de vista dos trabalhadores e dos usuários dos serviços de saúde.

Para isso, serão objetivos específicos da pesquisa os seguintes:

1. Pesquisar como as equipes da atenção básica se organizam em relação aos critérios para definição das demandas em saúde mental;

2. Investigar qual o entendimento das equipes em relação ao conceito de acolhimento e como se organizam para realizá-lo em relação à Saúde Mental;

3. Identificar quais critérios as equipes utilizam para encaminhar os casos da saúde mental para outros equipamentos da rede;

4. Identificar e descrever como os usuários da saúde mental se vinculam aos recursos existentes nas unidades básicas e no território adscrito.

Para a coleta de dados, serão realizados de grupos de discussão com os sujeitos da pesquisa, ou seja, profissionais das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo, agentes comunitários de Saúde e usuários destes serviços.

Esses grupos serão coordenados por pesquisadores do 'Grupo de Pesquisa Saúde coletiva e saúde mental: interfaces', da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que apresentarão os tópicos de interesse para a pesquisa e focarão o debate para as questões mais pertinentes. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas.

Será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a

privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da dissertação.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento.

Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, **concordando em participar da pesquisa proposta.**

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

_____	_____
Assinatura do Sujeito	**Assinatura do Pesquisador**

Pesquisadora responsável: Ana Luiza Ferrer

Terapeuta Ocupacional, aluna do Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Depto. de Medicina Preventiva e Social – FCM Unicamp.

Telefone para contato: (19) 3521-9574

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Telefone: (19) 3788 8936.

ANEXO III – ROTEIRO PARA CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

Roteiro de grupo focal

Trabalhadores

1. O que vocês acham de trabalhar na atenção básica? Do que vocês mais gostam em suas unidades? E o que menos gostam?

2. Que demandas a unidade recebe e como se organiza para atendê-las? Há alguma definição do que são demandas em saúde mental? Existe alguma forma de priorização? Quais os critérios desta priorização? Quem os elabora?

3. Quem se responsabiliza pelos casos da saúde mental? Como os usuários se vinculam à unidade? Há construção de projetos terapêuticos? Quem os elabora? Como são feitos? São revistos? Quando?

4. Que atividades práticas a unidade oferece, que vocês acham que é da saúde mental? Quais são essas atividades? Que critérios são usados para criá-las? Quem as coordena? E quem participa dessas atividades?

5. Há encaminhamentos de casos da saúde mental para outros equipamentos da rede? Para quais equipamentos? Existem critérios para os encaminhamentos? Quais e como foram definidos?

6. Há apoio especializado em saúde mental na unidade? Em que consiste este apoio? Qual o entendimento que se tem sobre apoio matricial? Como é realizado?

7. Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? Como se avalia a eficácia destas atividades e adesão dos usuários?

8. Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?

Roteiro de grupo focal
Agentes Comunitários de saúde

1. O que vocês acham de trabalhar na atenção básica? Do que vocês mais gostam e menos gostam na unidade em que trabalham?

2. Conseguem conhecer os seus usuários? E suas famílias? A situação familiar é levada em conta no tratamento? O que vocês vêem no território é levado em conta pela equipe?

3. Tiveram alguma experiência de tratar algum usuário ou família com problemas emocionais? O que vocês fizeram? E como se sentiram?

4. Existem atividades em parceria com a comunidade? Quais? Quem as realiza? A comunidade se organiza de alguma maneira para melhorar sua própria condição de vida? Vocês participam de alguma destas atividades?

5. E na unidade? Existem atividades abertas à comunidade? Quem as organiza? Para que servem?

6. Como vocês avaliam o trabalho desenvolvido em suas unidades? Mudariam algum aspecto? Quais?

Roteiro de grupo focal

Usuários

1. Aonde vocês vão quando tem algum problema de saúde de ordem emocional? (psiquiátrico/tristeza/de cabeça) Por que foram lá? Continuaram lá ou foram encaminhados para outro lugar?

2. Como chegaram até ao posto de saúde? Quem recebeu vocês? Como foram recebidos na unidade? Alguém conversou com vocês sobre seus problemas? Quem conversou? Como foi essa conversa?

3. Quando vocês ou algum amigo tiveram problemas emocionais, a unidade ajudou a resolver? Como?

4. Vocês conhecem o problema de saúde que têm? Conhecem as pessoas que cuidam de vocês?

5. Quem cuida de vocês no posto? O que vocês fazem quando vão lá? Participam de alguma outra atividade além da consulta médica? Gostariam de participar?

6. E na comunidade, tem atividades? Quais? Vocês participam? Se sentem melhores participando destas atividades? Foi indicado pela equipe do Centro de Saúde? Acham que isso faz parte do tratamento?

7. Como vocês avaliam a Unidade em que são atendidos? Mudariam alguma coisa? O quê?