

ESTRATÉGIAS DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Juliana Reale CAÇAPAVA^a
Luciana de Almeida COLVERO^b

RESUMO

Este estudo pretende conhecer as estratégias de atendimento em saúde mental na Atenção Básica e a maneira como se articulam os serviços de saúde de uma determinada região do município de São Paulo, para produzirem o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico. Realizamos entrevistas semi-estruturadas com os gerentes de cinco Unidades Básicas de Saúde. Estas entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo do tipo temática. Os resultados mostram que as Unidades Básicas possuem estratégias semelhantes no atendimento de saúde mental à população, estruturando, a partir do acolhimento, o fluxo do usuário nos serviços. Quanto à configuração da rede assistencial, observamos dificuldades na articulação entre os serviços de saúde do território devido às barreiras de acesso à atenção especializada, o que propicia a emergência de crises psiquiátricas, a trajetória recorrente e freqüente do usuário ao serviço de emergência e uma lacuna na prestação do cuidado de saúde contínuo e global.

Descritores: Saúde mental. Atenção primária à saúde. Serviços de saúde.

RESUMEN

Este estudio apunta a conocer las estrategias de atención a la salud mental en la Atención Básica y la manera como se articulan los servicios de salud de una determinada región de la municipalidad de São Paulo, Brasil, para producir el cuidado al usuario en estado de sufrimiento psíquico. Realizamos entrevistas semi-estructuradas con los gerentes de cinco Unidades Básicas de Salud. Estas entrevistas fueron sometidas al análisis de contenido del tipo de temática. Los resultados muestran que las Unidades Básicas poseen estrategias semejantes en la atención para la salud mental de la población, estructurando, a partir de la recepción el flujo de usuarios en los servicios. En lo tocante a la configuración de la red asistencial, observamos dificultades en la articulación entre los servicios de salud del territorio, debido a las barreras de acceso a atención especializada, lo que lleva al surgimiento de crisis psiquiátricas, la trayectoria recurrente y frecuente del usuario al servicio de emergencia y una brecha en la prestación de cuidado de salud continuo y global.

Descriptores: Salud mental. Atención primaria de salud. Servicios de salud.

Título: Estrategias de atención a la salud mental en las Unidades Básicas de Salud.

ABSTRACT

This study is aimed at getting to know mental health care strategies in Primary Health Care Services, and how those services are structured to provide care for users undergoing psychic suffering in a region of the state of São Paulo, Brazil. Semi-structured interviews were conducted with the managers of five Primary Health care units. These interviews were classified according to thematic content analysis. The results show that Primary Health Care Units have similar strategies of providing mental health care getting and referring patients according to their flow. There are difficulties in the configuration of the network among the different health services in the region, because of barriers that have to be overcome in order to have access to specialized care. This fact leads to psychiatric episodes and oftentimes users have to be brought to emergency services creating a breach in the provision of global and permanent health care.

Descriptors: Mental health. Primary health care. Health services.

Title: Mental health care strategies in Primary Health Care Units.

^a Enfermeira Especialista em Laboratório do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), São Paulo, Brasil.

^b Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

O contexto sócio-político das mudanças econômicas e políticas que ocorrem com o processo de transição do regime militar ditatorial no Brasil, sobretudo nos anos 80, favoreceu o surgimento de novos rumos para as políticas de saúde no país. Novos atores sociais entram em cena para construir, através do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, uma nova concepção de saúde: a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado⁽¹⁾.

É neste cenário de transformação que ocorre, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, evento que influenciou de forma determinante a elaboração da nova Constituição Federal de 1988, através da produção de trabalhos técnicos pela Comissão da Reforma Sanitária. A partir do texto constitucional, define-se, então, um Sistema Único de Saúde (SUS) para prover as ações e serviços de saúde no país⁽¹⁾.

O SUS, legitimado pelas Leis 8.080 e 8.142, de 1990, traz até nós uma concepção ampliada do processo saúde-doença, vinculada à qualidade de vida de uma população, e, portanto, relacionada a determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais⁽¹⁾. Desta forma, seus princípios de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde legitimam uma política de inclusão social e corroboram a concepção da determinação social do processo saúde-doença, entendido como resultado de fatores relacionados às formas de viver e trabalhar dos indivíduos, dos quais advêm potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde⁽²⁾.

Portanto, o SUS fomenta a necessidade de se reconhecer os problemas de saúde da população a partir da inserção social dos indivíduos e de suas famílias. Diante desta perspectiva, ganha destaque, na rede assistencial, o papel da Atenção Básica à Saúde, na medida em que esta deve ser compreendida não apenas como porta de entrada do usuário no sistema de saúde, mas como locus de realização de ações de saúde individual e coletiva. Nesta, a complexidade da clínica não se inscreve na valorização do diagnóstico, e sim na aquisição e compreensão, pelos profissionais, de ferramentas e conhecimentos pautadas pelos diversos elementos que compõem o viver das pessoas (trabalho, religião, cultura, violência social)⁽³⁾, favorecendo a sinergia entre as práticas sociais e as práticas de saúde.

No contexto das políticas públicas voltadas à Atenção Básica, direcionamos, então, nossa aten-

ção à descentralização, regionalização e organização dos serviços de saúde. Na literatura pesquisada há uma discussão que evidencia a importância da configuração da rede de cuidados de saúde, pois parte da premissa de que, de forma isolada e sem articulações entre si, os serviços de saúde são incapazes de reunir a totalidade dos recursos e competências necessários à solução dos problemas de saúde da população⁽⁴⁾.

Assim, o conceito de “rede” é definido como a representação nuclear da integração dos serviços de saúde, já que esta, por sua vez, consistiria em coordenar, de forma durável, “[...] as práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço”⁽⁴⁾.

Em face destas considerações, focalizamos nosso olhar para os cuidados de saúde prestados ao usuário em sofrimento psíquico na Atenção Básica, tomando como referência a trajetória da Reforma Psiquiátrica em curso no país e os pressupostos do campo da saúde mental. Entendemos, portanto, que o principal desafio do SUS, no território, seja construir uma rede de atenção para os usuários em sofrimento psíquico, que melhore as chances de qualidade de vida destas pessoas, incluindo o cuidado sem estigmas e discriminação, através de iniciativas que busquem responder às diferentes demandas que a doença ou limitação apresentam para usuários e equipes de cuidados⁽⁵⁾.

Conforme as idéias apresentadas, buscamos conhecer como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) respondem às necessidades de saúde mental dos seus usuários, considerando a importância da rede de determinações sociais para a produção do sofrimento psíquico, o que exige dos serviços uma intervenção articulada com a comunidade e com os demais dispositivos assistenciais em saúde mental que fazem parte da rede de atenção⁽⁶⁾.

Por esta razão, os objetivos deste estudo são conhecer as estratégias de atendimento em saúde mental na Atenção Básica e a maneira como se articulam os serviços de saúde de um dado território, para produzirem o cuidado ao usuário em sofrimento psíquico.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este trabalho consiste em um estudo descritivo exploratório, de abordagem qualitativa. Os

procedimentos qualitativos são utilizados para que o investigador verifique como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e quais as opiniões, os sentimentos e significados que se encontram associados a determinados fenômenos⁽⁷⁾. Os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema, partindo de uma hipótese e aprofundando o seu estudo nos limites de uma realidade específica⁽⁸⁾. Já os estudos descritivos têm como objetivo observar, registrar, analisar e correlacionar fatos sem manipulá-los⁽⁹⁾.

O cenário desta pesquisa é um Distrito de Saúde (DS) localizado na região norte do município de São Paulo e composto por dois Distritos Administrativos (DA). Realizamos a coleta de dados em cinco das 15 UBS que fazem parte deste DS, utilizando como critério de escolha as UBS pertencentes a um desses DA.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária de Saúde do Município de São Paulo demos início ao estudo. Dele participaram os gerentes das UBS, que se caracterizavam pelas seguintes categorias profissionais: 2 assistentes sociais, 1 médico, 1 enfermeiro e 1 dentista. Esta opção deve-se em virtude de entendermos que o papel da gerência em saúde seja organizar a produção das ações de saúde dos serviços, buscando o conjunto das necessidades de saúde da coletividade, através de uma importante atividade integrativa e articuladora, cujo caráter de negociação implica em lidar com as relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações da unidade com a comunidade. Sendo assim, a gerência em saúde é um instrumento necessário à consolidação do SUS, que através de suas políticas públicas, traduz a complexidade e a abrangência do campo da saúde mental⁽¹¹⁾.

O instrumento de coleta de dados que aplicamos era composto por entrevistas semi-estruturadas, cujas questões norteadoras versavam sobre: as estratégias de atendimento dos serviços, no campo das necessidades de saúde mental; a articulação entre os serviços de saúde para a produção do cuidado em saúde mental; o fluxo do usuário em sofrimento psíquico aos serviços da rede de atenção em saúde mental do território.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para a construção de um texto

que foi submetido à análise de conteúdo do tipo temática. Realizamos uma leitura repetida dos relatos para que deles emergissem os “núcleos de sentido” presentes na comunicação. A partir destes núcleos, agrupamos os temas que, na fala dos entrevistados, possuíam estreita relação com os objetivos da pesquisa e, portanto, a estes respondessem⁽¹²⁾; desta forma, identificamos duas categorias empíricas, apresentadas a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ações de saúde mental na atenção básica: o território como contexto do cuidado

Conforme pudemos investigar, a demanda de saúde mental da população do território é grande, sendo justificada pelos sujeitos de pesquisa em razão da determinação social do processo saúde-doença, já que se trata de uma região de forte exclusão social, marcada, sobretudo, pelo desemprego e pela violência, que favorecem o adoecimento psíquico das pessoas e das famílias:

É uma região extremamente carente, a maior parte da população de baixa renda, e aí acontecem outras demandas, por conta da questão da habitação, do desemprego, do problema da violência. Isso realmente gera problemas de saúde mental (gerente da UBS D).

Observamos que a organização do trabalho em saúde mental nas UBS, determinando o fluxo do usuário na rede assistencial do território, desenvolve-se a partir do acolhimento, tanto nas unidades com o Programa de Saúde da Família (PSF) como nas unidades tradicionais (sem PSF). Sendo assim, é no acolhimento que os trabalhadores de saúde identificam se o usuário apresenta necessidades no campo da saúde mental e definem o próximo passo de sua trajetória na UBS, ou para além desta, no caso de encaminhamento a um outro serviço de saúde:

É feito um acolhimento, tem um fluxo que é mais ou menos comum às outras unidades, então a gente faz um acolhimento, nesse acolhimento já é identificado se o caso é prioritariamente de saúde mental (gerente da UBS E).

Neste caso, o acolhimento é importante por ser uma estratégia que busca oferecer algum tipo de resposta a todos os pacientes que procuram as

unidades de saúde, sugerindo uma ampliação no escopo de atendimento de demandas pelas unidades, que não excluem a esfera social e a psicológica⁽¹³⁾, além de possibilitar a descoberta de novos usuários em sofrimento psíquico no território, através do importante papel do agente comunitário nas UBS/PSF:

A história é colhida pelo agente comunitário, que tenta de alguma forma encaminhar o paciente para os grupos terapêuticos que a gente faz aqui. A proposta é que o agente comunitário traga essas pessoas (gerente da UBS B).

Mas vimos também que o acolhimento, nas UBS, ao mesmo tempo em que favorece o acesso do usuário na Atenção Básica e na rede de atenção em saúde mental do território, revelando uma potência de organizador do trabalho nos serviços, é percebido, pelos gerentes das UBS, apenas como uma estratégia burocrática para estabelecer o fluxo dos usuários nos serviços, através de atividades como recepção e triagem:

A pessoa chega aqui na frente e procura a saúde mental na nossa recepção, o acolhimento acontece e então a gente vai ver qual é a necessidade da pessoa dentro da saúde mental (gerente da UBS A).

Compartilhamos com a idéia de que o acolhimento seja um processo que ocorre em qualquer etapa do trabalho de saúde, estendendo-se até a resolução do problema apresentado pelo usuário⁽¹⁴⁾ e, portanto, acreditamos que, se estruturado apenas como um dispositivo de recepção, limita a potência das práticas voltadas à saúde mental nestas unidades, já que é tomado como norma ou protocolo, como mais um procedimento a ser realizado, e não como uma oportunidade de estabelecer relações produtoras de vínculo, através da escuta solidária e do comprometimento com a trajetória do usuário no serviço.

Nas UBS/PSF, outra questão que problematiza o acolhimento refere-se ao sofrimento psíquico do agente comunitário de saúde (ACS), o membro da equipe de saúde da família que realiza o acolhimento à população. Os sujeitos de pesquisa relatam estarem cientes da grande responsabilidade atribuída aos ACS na produção do cuidado em saúde mental, por serem eles os primeiros a entrarem em contato com o usuário e suas famílias; concomitantemente, revelaram as dificuldades enfrentadas

por estes trabalhadores para reconhecerem e manejar os casos de saúde mental, o que gera sentimentos de angústia e impotência:

Os agentes comunitários são os que mais têm o impacto do caso de saúde mental porque eles pegam primeiro o caso, chega primeiro para eles para depois chegar à equipe (gerente da UBS B).

De acordo com os sujeitos de pesquisa, os médicos generalistas das equipes de saúde da família ou os clínicos das UBS sem Programa de Saúde da Família (PSF) se sentem, grande parte das vezes, incapacitados para realizarem o manejo dos casos de saúde mental, pois reconhecem suas limitações para o diagnóstico psiquiátrico, a prescrição de psicofármacos e/ou o ajuste de suas doses:

Esse é um ponto que muitas vezes fica complicado, porque o número de casos aumenta, mas o clínico só tem condições de manter aqui os casos mais leves; o surto, os casos mais graves, ele tem dúvida com relação à medicação (gerente da UBS C).

Sendo assim, o usuário é encaminhado aos serviços que prestam atenção especializada em saúde mental, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e as duas unidades de saúde com psiquiatria de referência do território. Nas unidades com PSF, os médicos generalistas podem contar também com a intervenção do apoio matricial às equipes de saúde da família.

O apoio matricial é realizado a partir de duplas de profissionais especializados em saúde mental – psicólogo e psiquiatra, no caso das UBS visitadas – que periodicamente saem dos serviços de saúde em que trabalham, no território, para oferecer esta retaguarda à Atenção Básica; a organização destas duplas se dá a partir do CAPS.

Pelo que pudemos apreender a partir do relato dos gerentes, a estratégia do apoio matricial facilita o processo de trabalho em saúde mental, nas Unidades com PSF, na medida em que oferece supervisão e orientação às equipes de saúde da família, promove a discussão de casos, realiza consultas individuais nas unidades, se necessário, assim como participa das visitas domiciliares às famílias do usuário em sofrimento psíquico.

Enquanto uma estratégia de atendimento em saúde mental, as duplas matriciais avançam sobre a lógica do encaminhamento ou da referência/contrareferência pelo seguinte pressuposto: os traba-

lhadores de saúde das equipes da atenção básica e do apoio matricial não se restringem a uma instância burocrática e hierarquizada para desenvolver o projeto terapêutico do usuário e seus impasses, mas buscam soluções entre si com decisões e tarefas definidas de modo compartilhado⁽¹⁵⁾.

Desta forma, os trabalhadores da rede de atenção à saúde de um dado território, especialistas ou não em saúde mental, comprometem-se, de forma conjunta, com a resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários que apresentam sofrimento psíquico:

Hoje, quem chega com demanda de saúde mental passa por essas duplas, e o interessante é que isso foi contaminando as pessoas, tirando o profissional que ficava sozinho no seu consultório e levando ele para a UBS, como um trabalhador volante. É um trabalho super positivo, feito em conjunto (gerente da UBS D).

Em contrapartida, segundo os sujeitos de pesquisa, a utilização do apoio matricial como estratégia de atendimento em saúde mental no Distrito de Saúde apresenta dificuldades semelhantes às apresentadas pela lógica da referência/contrareferência: a demora pelo atendimento dos usuários com sofrimento psíquico, pois, devido à grande demanda de saúde mental do território e o pequeno número de profissionais especialistas em saúde mental (sobretudo psiquiatras) que compõem as duplas matriciais, os sujeitos do estudo destacam a morosidade em que se dá o processo de supervisão:

Essa equipe vem quinzenalmente, a cada quinze dias, então ele faz uma supervisão de uma equipe, então a equipe demora um mês, mais ou menos um mês e pouco para ter uma supervisão (gerente da UBS B).

Com isso, torna-se difícil para esses profissionais acompanharem a evolução dos casos que supervisionam, o que fragmenta as estratégias previamente traçadas, afrouxando os laços estabelecidos entre o trabalhador de saúde e o usuário e comprometendo a permanência deste no serviço, deixando-o à deriva de uma eventual crise ou recidiva.

Quanto às UBS tradicionais, a estratégia de atendimento em saúde mental, a partir do acolhimento, segue a lógica da referência/contrareferência; os psiquiatras de referência para as três UBS tradicionais são dois, e atendem em locais distintos. O que define esta unidade de saúde como refe-

rência ligada à UBS é a proximidade entre elas segundo o espaço geográfico.

Diante deste modelo de organização do trabalho em saúde mental, a principal queixa encontrada na fala dos gerentes entrevistados diz respeito à falta de psiquiatras para oferecer retaguarda às UBS quando há necessidade de encaminhamento do usuário:

Não é uma coisa imediata, isso aí eu afirmo. Ele passou hoje pelo clínico, o clínico deu o papelzinho, ele vai lá na nossa referência e ele não vai marcar isso para tão rápido, entendeu, aí vai um tempo (gerente da UBS C).

Ademais, o conteúdo desta fala explicita uma característica presente no mecanismo de referência/contrareferência do distrito de saúde, entendida por nós como um obstáculo ao atendimento do usuário, além daquelas que já foram discutidas: a burocracia dos serviços, configurada pelo preenchimento de papéis em detrimento ao diálogo entre os profissionais de saúde, pelas idas e vindas do usuário para a marcação de consultas, pelo longo tempo de espera pelas mesmas – já que a demanda de saúde mental do Distrito de Saúde é grande e existem apenas dois psiquiatras de referência para toda a região.

Diante deste binômio falta de profissionais especializados e grande demanda de saúde mental no território, tanto os serviços de atenção especializada quanto as equipes que realizam o apoio matricial enfrentam dificuldades para o atendimento aos usuários, relacionadas: ao tempo de espera por uma consulta na unidade de referência; à barreira de acesso do usuário ao CAPS, que não possui vagas suficientes; a lacuna entre as intervenções do apoio matricial, que costumam ser distantes. É importante ressaltar que estas dificuldades comprometem o vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, e, conseqüentemente, a trajetória do cuidado contínuo.

Observamos, a partir das entrevistas, que este modelo de atenção das UBS não ultrapassa os limites geográficos da UBS e das unidades de referência. Não são organizados projetos terapêuticos em saúde mental através de iniciativas que envolvam os trabalhadores de saúde aos recursos da comunidade como, por exemplo, centros de juventude, associações de bairro e religiosas, centro esportivo, casas de cultura, etc., buscando uma articula-

ção com os equipamentos sociais do território para promover a inclusão social do sujeito portador de sofrimento psíquico, o resgate da sua cidadania, a sua autonomia diante da vida.

Diante do que observamos a partir dos relatos obtidos, as dificuldades na articulação entre os serviços de saúde do território, quanto às necessidades do usuário no campo da saúde mental, inviabilizam a conformação de uma rede assistencial que seja capaz de garantir o cuidado contínuo à população, transformando as formas de lidar com a experiência da loucura e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, como os serviços de saúde não oferecem estratégias integradas de cuidado para responder às necessidades de saúde mental do usuário, de forma resolutiva, o percurso do mesmo na rede de atenção termina por seguir um ciclo vicioso caracterizado por: longo tempo de espera por atendimento, gerando uma potencial emergência de crise, que leva o usuário e/ou sua família, por demanda espontânea (ou encaminhado pela UBS) a buscar o serviço de urgência – pronto-socorro municipal – de forma freqüente e recorrente.

Atenção básica à saúde e intervenção na crise do portador de sofrimento psíquico

A partir das entrevistas com os sujeitos de pesquisa, pudemos constatar, então, que na Atenção Básica, a intervenção durante a crise psiquiátrica se dá fundamentalmente através da ativação do pronto-socorro, onde a terapêutica empregada é a prescrição de psicofármacos, não ficando explícitos, nos depoimentos, a internação no próprio Pronto-Socorro e o encaminhamento para hospitais psiquiátricos da região. Além disso, percebemos que o enfrentamento da crise do portador de sofrimento psíquico é um momento de grande tensão para os trabalhadores das UBS:

Os casos de surto, a gente até dá o primeiro atendimento, mas encaminha para o Pronto-Socorro, lá tem os psiquiatras, a maneira como medicar, como dar uma segurada (gerente da UBS A).

As expectativas dos gerentes dos serviços, em relação à crise do usuário, giram substancialmente em torno: da chegada da ambulância para encaminhá-lo ao pronto-socorro; do diagnóstico da

patologia e de sua “compensação”. Ou seja, observamos que estas expectativas se direcionam a resolução rápida dos comportamentos problemáticos do usuário, que, naquele momento, geram perturbações para o serviço:

A expectativa maior é você compensar, né? É fazer com que ele saia do surto e retorne para a unidade, muitas vezes que se defina um diagnóstico, para que possa ser acompanhado aqui. A gente torce para que a ambulância chegue logo, que isso costuma demorar (gerente da UBS C).

Com isso, percebemos que os trabalhadores de saúde das UBS ainda não possuem um olhar ampliado a respeito da crise, no sentido de investigá-la explorando as possibilidades terapêuticas do saber ouvir o que o portador de sofrimento psíquico tem a nos dizer, e assim construir com ele os “sentidos” de sua demanda, apostando no campo relacional com o usuário. Acreditamos que a crise seja uma informante da ruptura do equilíbrio entre a pessoa e seu ambiente externo, e, portanto, um pedido confuso de ajuda, quando se perde a esperança de ser escutado, depois de várias tentativas⁽¹⁷⁾.

Desta forma, a crise sinaliza, para os trabalhadores de saúde, uma ação não especificamente sobre ela própria, mas sobre a situação que a indica, abrindo caminho às intervenções, o que demanda do profissional reflexão e organização dos meios para o seguimento da assistência, moderando a impaciência de fazer tudo e velozmente⁽¹⁷⁾.

Assim, ao finalizarmos a apresentação dos resultados, podemos dizer que os gerentes das UBS, nessa população estudada, reconhecem a grande demanda de saúde mental do território, bem como as ações de saúde mental produzidas em seus serviços e sua articulação com os demais equipamentos de saúde, apontando, de forma clara, as dificuldades existentes no atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, sobretudo no que diz respeito à consolidação da rede de atenção em saúde mental, o que, de fato, é o principal desafio do SUS, quanto à efetivação das políticas públicas neste campo.

CONCLUSÕES

Os resultados encontrados nos direcionaram a refletir criticamente e problematizar a organização do trabalho em saúde mental nas UBS,

mediante o modelo assistencial configurado nestes serviços.

Sendo assim, constatamos que o modelo de atenção organizador do trabalho nas UBS, é determinado por uma concepção “medicalizante” do cuidado, pois a consulta médica é quem define o fluxo de atendimento do usuário na rede de atenção. Isto fica claro se nos remontarmos à principal “situação-queixa” relatada pelos sujeitos de pesquisa sobre o atendimento em saúde mental no território: a escassez de psiquiatras nas unidades de referência da região, porque suas expectativas giravam em torno do estabelecimento do diagnóstico e da intervenção farmacológica para manter o usuário “compensado”, o que permitiria o seguimento de seu tratamento na UBS.

Como perspectivas destes profissionais, pouco ouvimos sobre a questão do suporte social ao usuário – a despeito da clareza dos entrevistados sobre a determinação social do processo saúde-doença – e da mudança de vida deste sujeito, a partir de um projeto terapêutico.

Assim, diante do modelo assistencial configurado no território, o usuário em sofrimento psíquico esperava longo tempo para a consulta de referência, já que havia apenas dois psiquiatras para este fim. Esta morosidade no atendimento propiciava o surgimento de crises e recidivas, gerando grande demanda de saúde mental ao serviço de emergência – o Pronto-Socorro Municipal (PS).

Portanto, é em face de um modelo de atenção médico-hegemônico/curativo, que a produção do cuidado em saúde mental nas UBS é organizada, desde o acolhimento do usuário na unidade de origem até o percurso que trilha dentro da rede de atenção à saúde do território, mediante o encaminhamento por aquela realizado. Deste modo, a finalidade do processo de trabalho em saúde mental, nas UBS, é a “cura” do usuário em sofrimento psíquico, entendida como sinônimo de remissão dos sinais e sintomas provocados pelos transtornos psíquicos⁽¹⁸⁾.

Em contrapartida, a promoção das ações integrais em saúde seria fundamental para a prevenção da crise do usuário, ao considerar o modo como se produzem suas condições de existência e, por conseguinte, organizar diferentes modalidades de cuidado para encurtar as recidivas da crise e tornar mais precoce a intervenção⁽¹⁸⁾. Isto também possibilitaria que o usuário encontrasse no sistema as respostas que busca para alcançar seus ne-

xos com a realidade em que está inserido, e não apenas um atendimento pontual a uma determinada “fatia” do sofrimento psíquico que vivencia, seja ela ou não um elemento desencadeador da crise.

REFERÊNCIAS

- 1 Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
- 2 Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva face à vigilância à saúde. In: Livro Resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem: a enfermagem, os 70 anos da ABEn e as perspectivas para o próximo milênio; 1996 out 6-11; São Paulo, Brasil. São Paulo: ABEn/SP; 1996. p. 361.
- 3 Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- 4 Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cadernos de Saúde Pública 2004;20 Supl 2:5331-6.
- 5 Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não; 2001 dez 11-5; Brasília (DF), Brasil. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2001. p. 20-30.
- 6 Silveira DP. Sofrimento psíquico e serviços de saúde: uma cartografia da produção do cuidado de saúde mental na atenção básica de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- 7 Iervolino AS, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2001;35(2):115-21.
- 8 Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992.
- 9 Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
- 10 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres

- Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 11 Mishima SM, Villa TCS, Silva EM, Gomes ELR, Anselmi ML, Pinto IC, et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMMR, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 261-96.
- 12 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
- 13 Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate 2002;26(60):37-61.
- 14 Matumoto S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.
- 15 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública 2007;23(2):399-407.
- 16 Tonini NS, Kantorski LP. Planejamento estratégico e as políticas de saúde mental. Revista Gaúcha de Enfermagem 2007;28(1):126-32.
- 17 Pasquale E. Gestão da psiquiatria na comunidade. Unopar Científica: Ciências Biológicas e da Saúde 2000;2(1):27-34.
- 18 Campos SMS, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. Ciência & Saúde Coletiva 2003;8(2):621-8.

**Endereço da autora / Dirección del autor /
Author's address:**

Luciana de Almeida Colvero
Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César
05403-000, São Paulo, SP
E-mail: lucix@usp.br

Recebido em: 25/02/2008
Aprovado em: 27/08/2008