



Caracterização das queixas de saúde mental e ações dos profissionais da ESF em uma UBS de Itajaí

Characterization of mental health complaints and actions of professionals in the Family Health Strategy at a Basic Health Unit in the city of Itajaí

Inajara Carla Oliveira¹
Ildamar Pereira¹
Bianca Heinen Toillier¹
Graciele Pessôa E Silva¹
Marriety Cristine Braz Lopes¹
Alessandra Monestel¹
Fabiano Costella Pinheiro¹
Julia Cristina Pivotto¹
Marcos Ribeiro¹
Rhayssa Duarte Soccas¹

¹ Universidade do Vale do Itajaí

Resumo: Um dos desafios da Atenção Básica de Saúde é fomentar ações em saúde mental, identificando, tratando e acompanhando as queixas, o que está assegurado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para identificar como isso vem acontecendo na prática, realizou-se uma pesquisa qualitativa em uma UBS que tem vínculo com o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET) Multiprofissional da Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI. Foi utilizado um questionário composto pelas seguintes perguntas consideradas para o estudo: Quais as queixas emocionais relatadas com maior frequência pelos usuários da UBS? E como essas queixas são tratadas pelas equipes da UBS? A amostra da pesquisa foi composta por 20 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) entre eles médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentista e técnica de saúde bucal. Os dados foram categorizados na primeira pergunta em queixas de humor e queixas psicossociais e na segunda as falas foram categorizadas de acordo com os conceitos dos princípios do SUS. Com esse estudo ficou evidente que as demandas de saúde mental na unidade são muito frequentes e relacionam-se com o contexto social dos usuários. Em contrapartida os profissionais sentem-se inseguros para lidar com essa demanda pela falta de matriciamento e formação continuada, o que justifica a tendência a encaminhar para os serviços de referência do município. Outro dado significativo é que os profissionais realizam ações de promoção em saúde mental e não as reconhecem como tal, e tendem a considerar que somente os trabalhos desenvolvidos com grupos de pessoas adoecidas sejam ações desta esfera.

Palavras-chave: Saúde mental; Estratégia da Saúde da Família; Queixas de Humor; Queixas Psicossociais.

Abstract: One of the challenges of the Basic Health is to promote actions in mental health, identifying, treating and following up on complaints, what in fact is assured by the principles and guidelines of the Unified Health System (UHS). In order to identify the way this is happening in practice, we carried out a qualitative search in a Basic Health Unit which has link with the Education Program at Work for Multidisciplinary Health (PET) at the University of Vale do Itajaí - UNIVALI. The following set of questions were raised for the study: What emotional complaints were more frequently reported by users from BHU? And how were these complaints treated by the BHU teams? The study sample was composed by 20 professionals from the Family Health Strategy (FHS), they were doctors, nurses, community health workers, nursing technicians, dentists and oral health technicians. The data were categorized according to the first question, complaints of mood and psychosocial complaints, and as for the second question, the complaints were categorized according to the UHS concepts of the principles. It was clear that after this study the demands of mental health in the unit are very frequent and are related to the social context of the users. On the other hand because of the lack of matricial and continuing education professionals feel insecure to handle that demand, and it explains the tendency to send the users to the reference services of the municipality. Another

significant issue is that professionals perform actions to promote mental health but do not recognize them as such, and tend to consider actions of this field only the work performed with groups of sick people.

Keywords: Mental Health; Family Health Strategy; Complaints of Humor; Psychosocial Complaints.

1. Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) visa desenvolver a prevenção e a promoção da saúde na comunidade, mediante uma ação assertiva com a população. Efetiva-se por meio das trocas existentes em seus relacionamentos com as famílias e com a comunidade, buscando humanizar e adequar a assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, objetivando a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce da qualidade de vida¹. Ainda, no PSF utiliza-se como estratégia ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O mesmo favorece o atendimento domiciliar, propiciando uma atenção humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e redução das internações, contrapondo-se aos trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de saúde voltadas para atividades técnicas².

Atualmente a terminologia PSF é denominada Estratégia da Saúde da Família (ESF), pois o termo programa remete a uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Já a ESF proporcionou uma reorganização da atenção primária, constituindo-se numa nova modelagem assistencial, funcionando numa lógica usuário-centrada, que tem a capacidade de transformar o olhar do trabalhador sobre o processo saúde/doença, além de garantir cuidados voltados à promoção da saúde³. Um dos maiores desafios no contexto da ESF é a integração entre a saúde mental e a saúde da família. Nesse contexto, ela se traduz em um ponto de partida, saída ou chegada para o usuário na sua caminhada para a resolução de problemas sociais e subjetivos⁴.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁵ apesar dos problemas de saúde mental serem frequentes na população geral, estes são pouco identificados, referidos ou tratados na ESF e tendem a ser subestimados por profissionais de saúde, principalmente quando sintomas físicos estão presentes. No entanto, as características da acessibilidade e cobertura do ESF na população poderiam favorecer a detecção desses transtornos, assim como o adequado encaminhamento e tratamento.

Diante dessa realidade, a demanda de saúde mental deve ser identificada, tratada e acompanhada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, considerando que todas as ações básicas de saúde são asseguradas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Dessa forma, a ESF é um campo fértil para a concretização da nova forma de pensar/fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade⁶.

2. Percorso Metodológico

Este estudo utilizou abordagem qualitativa para identificar as queixas de saúde mental e como estas são tratadas pelos profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Itajaí.

A UBS onde ocorreu a pesquisa possui duas equipes de ESF e foi escolhida devido à vinculação que esta possui com o grupo de PET-Saúde (PET-Multiprofissional) da UNIVALI. A amostra da pesquisa foi composta por 26 (vinte e seis) profissionais da ESF, dos quais 20 (vinte) aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Um dos sujeitos não aceitou participar e os outros cinco não participaram devido à licença médica ou férias. Foram entrevistados médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, dentista e técnica de saúde bucal.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 494.933. O método utilizado foi entrevista composta por questionário semi-estruturado de caráter exploratório, a qual permitiu analisar a atuação dos profissionais perante o objeto de estudo. Do questionário supracitado, foram selecionadas 02 (duas) questões, a destacar:

1) Quais as queixas emocionais relatadas com maior frequência pelos usuários da UBS?

2) Como essas queixas são tratadas pelas equipes da UBS?

Os questionamentos citados compuseram uma entrevista estruturada por acadêmicos, preceptores e o tutor do grupo PET-Multiprofissional da UNIVALI que subsidiaram o presente estudo.

Os dados coletados foram categorizados da seguinte forma: na primeira pergunta foram feitas duas subdivisões, queixas de humor e queixas psicossociais; e na segunda as falas foram subdivididas de acordo com os conceitos dos princípios do SUS (prevenção, promoção, atenção integral, assistência, acolhimento, longitudinalidade, referência, projeto terapêutico e clínica tradicional). Por ser uma pesquisa qualitativa houve a preocupação com os sentidos explícitos e subliminares dos conteúdos das unidades de registros dos sujeitos. Os entrevistados foram nomeados de P1 a P20.

3. Resultados E Discussões

As queixas emocionais apresentadas nos questionários foram categorizadas em queixas de humor e queixas psicossociais. A primeira categoria está relacionada aos sentimentos pessoais, e a segunda aos sentimentos envolvendo vivências no contexto familiar e social onde estão inseridos.

As queixas emocionais relatadas na questão 1 estão apresentadas na **Tabela 1**. Os resultados apresentados estão dispostos respectivamente na ordem dos itens de acordo com a prevalência nas respostas fornecidas.

Tabela 1 – Dados encontrados: Queixas de saúde mental mais relatadas pelos usuários da UBS

Queixas relatadas com maior frequência na UBS	Tipos de Queixa
Depressão	Humor
Problemas Familiares	Psicossocial
Ansiedade	Humor
Solidão	Humor
Desânimo	Humor
Stress	Humor
Problemas Financeiros	Psicossocial
Desigualdade Social	Psicossocial

Apareceram, além das citadas anteriormente, as queixas de humor: desânimo da vida, carência afetiva familiar, ausência de receita para dormir fornecida pelo médico e dores no corpo. Como queixas psicossociais surgiram também: problema de gestão, falta de acesso ao médico e dificuldade no horário da consulta.

Pode-se identificar as queixas mais comuns sobre saúde mental nas duas equipes de ESF tendo em vista as respostas dos participantes, evidencia-se que a depressão teve maior prevalência no que se refere a essas demandas.

"Recente relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009) aponta a depressão como a quarta doença contemporânea mais frequente e alerta que, nos próximos anos, a tendência é que ela venha a ocupar o segundo lugar"⁷.

Por muitas vezes o transtorno depressivo pode ser confundido por outras questões que também influenciam a saúde mental do sujeito, bem como, fatores familiares, socioeconômicos, culturais, religiosos, educacionais, sendo estes influenciadores na construção e desconstrução do sujeito. Quando a questão é avaliar a saúde humana, a perspectiva biopsicossocial é primordial, pois considera o sujeito constituinte de totalidades e não fragmentos^{8,9}.

Verifica-se ainda que a segunda queixa emocional mais prevalente está relacionada a problemas psicossociais, sendo eles, problemas familiares, seguido de problemas financeiros e desigualdade social.

Na sociedade atual, existem paradigmas acerca do sofrimento humano, que condiz com as interpretações e conceitos do que se considera e caracteriza o transtorno depressivo. Esta

banalização perpassa por toda a sociedade que é formada por determinantes socioculturais, sendo que se faz necessário repensar e reestruturar os sentidos e significados que se é dado para sentimentos de “angústia” e “mal estar” fazendo-se as suas distintas diferenciações^{8,9}.

O conceito de depressão estaria sendo banalizado, generalizado, sendo que qualquer forma de tristeza manifestada pelos indivíduos ganha a conotação do transtorno depressivo. É com a falta de clareza no que se refere a este transtorno e a insegurança com esta prática que conseqüentemente é realizado pelos profissionais da ESF, os encaminhamentos para os serviços de referências^{8,9}.

Entretanto, é evidente a necessidade da formação de espaços que objetive realizar Educação Permanente em Saúde (EPS), propiciando a elaboração e a reflexão sobre as praticas no âmbito da saúde coletiva, especificamente com a saúde mental^{18,19}.

Com relação à forma como os profissionais lidam com as queixas de saúde mental na UBS, categorizou-se os resultados com base nos conceitos preconizados pelo SUS em: referência, assistência, promoção, acolhimento, projeto terapêutico, prevenção, longitudinalidade, clínica tradicional e atenção integral, como pode-se perceber na tabela apresentada abaixo.

Tabela 2 – Descrição dos Relatos: Como as queixas em saúde mental são tratadas pela equipe da UBS.

Referência	<p>P4 – “Passa para a enfermeira, com a ausência desta, vai para a médica, <u>onde se encaminha para o psicólogo</u>. E a UBS continua acompanhando”</p> <p>P6 – “Consulta médica, depois discute com o grupo para ver o que fazer, <u>para ver se encaminha ou não para o psicólogo</u>”</p> <p>P7 – “Conversam com a enfermeira, fazem visitas, reunião com a família (...) <u>Encaminha para o psicólogo do CAPS</u>”</p> <p>P8 – “<u>Encaminhamento ao CAPS</u>”</p> <p>P16 – “São ouvidas, <u>encaminhadas para o médico e grupo de saúde mental</u>”</p> <p>P17 – “Identificando o problema e conversando com o paciente e <u>marcando para especialidade de acordo com a queixa</u>”</p> <p>P19 – “Orientação e <u>encaminhamento para psicóloga</u>”</p>
Assistência	<p>P1 – “<u>Atendimento individual e coletivo</u>”</p> <p>P3 – “<u>Visitas domiciliares, remédios controlados e acolhimento</u>”</p> <p>P5 – “<u>Fazendo a prática e medicando</u>”</p> <p>P8, P19 – “<u>Medicação</u>”</p> <p>P20 – “<u>Atendimento médico, medicação</u>”</p>
Promoção	<p>P1 – “<u>Atendimento individual e coletivo</u>”</p> <p>P2 – “<u>Grupo saúde mental e educação em saúde</u>”</p> <p>P9 – “Promove o <u>agrupamento para pessoas se conhecerem</u>”</p> <p>P11 – “<u>Grupo de saúde mental (...) Projeto para criar alguma oficina de saúde mental</u>”</p>
Acolhimento	<p>P3 – “<u>Visitas domiciliares, remédios controlados e acolhimento</u>”</p> <p>P14 – “<u>Tentando resolver da melhor forma possível</u>”</p> <p>P16 – “<u>São ouvidas encaminhadas para o médico, grupo de saúde mental</u>”</p> <p>P17 – “Identificando o problema, e <u>conversando com o paciente</u>, e <u>marcando para especialidade de acordo com a queixa</u>”</p>
Projeto Terapêutico	<p>P6 – “Consulta médica, <u>discute com o grupo para ver o que fazer, para ver se encaminha ou não para o psicólogo</u>”</p> <p>P7 – “<u>Conversar com a enfermeira, fazem visitas, reunião com a família</u>”</p> <p>P10 – “<u>Discute em equipe em busca da solução</u>”</p>
Prevenção	<p>P2 – “<u>Grupo de saúde mental e educação em saúde</u>”</p> <p>P11 – “<u>Grupo de saúde mental (...) Projeto para criar alguma oficina de saúde mental</u>”</p>
Longitudinalidade	<p>P4 – “Passa para a enfermeira, com a ausência desta, vai para a médica, onde encaminha para o psicólogo. E a UBS continua acompanhando”</p>
Clínica	<p>P15 – “<u>Aceitam a decisão do médico para a melhora do paciente</u>”</p>

Tradicional	
Atenção Integral	P12 – <u>“Escuta, acompanhamento, visita domiciliar, medicamentos, participação e inclusão nos grupos terapêuticos, saúde na cozinha, saúde mental, convites para participar...”</u>

3.1 Categoria Tratamento Baseado Em Referência

Os conceitos de referência em saúde ainda estão em estágio de desenvolvimento. A referência representa para onde o usuário é encaminhado para a continuidade do seu atendimento, como hospitais e clínicas especializadas¹⁰. Em muitos casos a referência acontece não por uma necessidade de um atendimento especializado, mas porque na verdade os profissionais não sabem como lidar com essas demandas e por insegurança realizam encaminhamento.

Os profissionais da ESF necessitam identificar que o acolhimento, a escuta e o vínculo tem ação terapêutica e os casos que necessitam ser encaminhados para o serviços de referencia deveriam continuar sendo acompanhados pela ESF num processo de co-responsabilidade do cuidado. As equipes podem auxiliar os serviços de referencia dando apoio na adesão do tratamento, realizando os cuidados clínicos dos usuarios e auxiliando na inserção na comunidade.

Conseguimos perceber que esse fato acontece na fala de vários dos entrevistados como em:

“Passa para a enfermeira, com a ausência desta, vai para a médica, onde se encaminha para o psicólogo [...]” (P4)

“Consulta médica, depois discute com o grupo para ver o que fazer, para ver se encaminha ou não para o psicólogo” (P6)

“[...] Encaminha para o psicólogo do CAPS” (P7)

“Encaminhamento ao CAPS” (P8)

“Identificando o problema e conversando com o paciente e marcando para especialidade de acordo com a queixa” (P17)

“Orientação e encaminhamento para psicóloga” (P19)

3.2 Categoria Tratamento Baseado Na Assistência

Para Merhy¹¹ a assistência em uma UBS é voltada principalmente para a consulta médica. O trabalho baseia-se em um conhecimento de práticas e saberes necessárias para o cuidado integral em saúde. Prevalece o uso das máquinas e instrumentos em detrimento as tecnologias definidas pelo conhecimento e o cuidado ao usuário.

O uso de medicação em alguns casos, apesar de ser necessário, não se aplica a todos os usuários que procuram a UBS. É necessário compreender as necessidades individuais de cada pessoa, não fragmentando-a em um ser puramente biológico, levando em conta o aspectos físicos, psicológicos e sociais. É preciso levar em conta o contexto e as necessidades das pessoas envolvidas, porque muitas apresentam queixas que estão relacionadas com os problemas do dia a dia.

Vários sujeitos dessa pesquisa relataram que os profissionais adotam a prática de assistência para lidar com as queixas de saúde que chegam na UBS, como podemos observar nas seguintes falas:

“Atendimento individual e coletivo” (P1)

“Visitas domiciliares, remédios controlados e acolhimento” (P3)

“Fazendo a prática e medicando” (P5)

“Medicação” (P8) (P19)

“Atendimento médico, medicação” (P20)

3.3 Categoria Tratamento Baseado Na Promoção E Prevenção De Saúde

É de extrema importância que sejam realizadas ações de promoção e prevenção da saúde mental na atenção básica de saúde. Alguns profissionais que estão inseridos nessa realidade já estão se adequando a uma "clínica de promoção da qualidade de vida" fazendo relação das queixas psicossociais (desemprego, precariedade de vida, violência) ao sofrimento mental. Isso demonstra que a promoção de saúde nessa área funciona como um conceito guarda-chuva que estabelece que a ação de fatores que melhorem as condições de vida, por exemplo, tem um grande e favorável impacto sobre o adoecimento humano¹².

O modelo de promoção de saúde surgiu como uma nova forma de cuidar centrado na família e não apenas no indivíduo doente, deixando para trás o antigo modelo hospitalocêntrico. O novo modelo atua nos conceitos de vigilância à saúde, riscos, desenvolvendo atividades de promoção e prevenção de saúde mental e ainda, criando outra forma de lidar com as determinantes sociais do adoecimento, realizando práticas intersetoriais, o exercício da cidadania e os mecanismos de empoderamento¹².

A prevenção é o ato ou efeito de prevenir, de antecipar as consequências de uma ação no intuito de prevenir seu resultado, a disposição ou preparo antecipado. É o trabalho com valores, sentido da vida e com o projeto existencial de cada ser humano. A prevenção em saúde exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença ou situação. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos¹³.

Observou-se ações de promoção de saúde na UBS, sendo que estas abordam temas sobre a mulher e sobre alimentação saudável, as quais são consideradas ações de promoção em saúde mental, no entanto não são reconhecidas como tal pelos profissionais. Há uma ação específica reconhecida pela equipe como sendo de prevenção em saúde mental, a qual consiste em um grupo de artesanato, que ocorre com pacientes já adoecidos.

"Atendimento individual e coletivo" (P1)

"Grupo saúde mental e educação em saúde" (P2)

"Promove o agrupamento para pessoas se conhecerem" (P3)

"Grupo de saúde mental (...) Projeto para criar alguma oficina de saúde mental" (P11)

3.4 Categoria Tratamento Baseado No Acolhimento

Na prática cotidiana dos serviços de saúde o foco principal deve ser o cuidado com o usuário, para atingir um atendimento integral, humano, qualificado e eficiente. Essa prática pode ser fundamentada no acolhimento, no diálogo, no vínculo profissional/paciente e na escuta ativa. A integralidade está presente desde o primeiro contato com o paciente, na conversa, na atitude do profissional que busca reconhecer as necessidades dos cidadãos que vão além da saúde física¹⁴.

Uma das propostas do novo conceito de fazer saúde baseia-se na potencialização do acolhimento articulado com o estabelecimento de vínculo entre os usuários, a família, os profissionais e gestores do sistema de saúde, buscando sempre um atendimento humanizado. Portanto, o acolhimento faz parte de toda a terapêutica propiciando um cuidado integral ao usuário de saúde. Acolhimento e vínculo são decisivos nessa relação de cuidado, sendo que estes facilitam a construção de autonomia mediante a responsabilização compartilhada entre os sujeitos envolvidos nessa terapêutica¹⁴.

Um atendimento de qualidade, de um tratamento pautado no respeito, no diálogo, na escuta qualificada, no estabelecimento de um elo de confiança e de amizade entre ambos (trabalhadores de saúde e usuários/família) são características importantes para que um bom acolhimento aconteça. O acolhimento funciona como um dispositivo capaz de (re)estruturar o cuidado integral em saúde mental, adaptando os conceitos de patologia e de diagnóstico da doença mental, ressaltando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo¹⁴.

As equipes de ESF têm o cuidado de ouvir o paciente e tentar encontrar quais são as queixas do mesmo. Existe o acolhimento, porém quando identificadas as dificuldades, os profissionais não sabem como dar continuidade ao acompanhamento e o encaminham, mesmo sem precisar.

É necessário capacitar os profissionais da ESF para que percebam que a escuta do usuário permite a compreensão da situação em suas várias facetas, sendo uma intervenção em saúde mental, que possibilita um tratamento não centrado no componente biológico ou nosológico, mas que considere o sujeito como um ser biopsicossocial. A prática do acolhimento foi relatada abaixo:

"Visitas domiciliares, remédios controlados e acolhimento" (P3)

"Tentando resolver da melhor forma possível" (P14)

"São ouvidas e encaminhadas para o médico, grupo de saúde mental" (P16)

"Identificando o problema, conversando com o paciente, e marcando para especialidade de acordo com a queixa" (P17)

3.5 Categoria Tratamento Baseado No Projeto Terapêutico

O modelo de atenção psicossocial tem como característica a valorização dos saberes e das opiniões dos usuários e de suas famílias na construção do projeto terapêutico. Sendo assim a terapêutica não vai ser limitada somente a medicamentos e cirurgias, abrangendo também o poder da escuta e da palavra, o poder da educação e saúde e o poder do apoio psicossocial. Então, o projeto terapêutico na UBS é realizado pela equipe da ESF através de discussões de casos em reuniões de equipe, onde são avaliados, compartilhados e definidos os procedimentos.

Pode-se observar por meio das falas, que esses encontros possibilitam compreender e encontrar a melhor forma de lidar com a queixa e ajudar a pessoa em uma forma mais ampla, como sujeito integral, envolvendo todas as especialidades. A família tem um papel importante nesse aspecto, pois ela acompanha o paciente na maior parte do dia. E ainda, se o usuário participa do projeto terapêutico, direta ou indiretamente, a possibilidade do sucesso do atendimento e de resultados mais positivos aumenta, ou seja, a prática do empoderamento é essencial para uma boa conduta.

"Consulta médica, discute com o grupo para ver o que fazer, para ver se encaminha ou não para o psicólogo" (P6)

"Conversar com a enfermeira, fazem visitas, reunião com a família" (P7)

"Discute em equipe em busca da solução" (P10)

3.6 Categoria Tratamento Baseado Na Longitudinalidade

A longitudinalidade trata-se do acompanhamento do paciente realizado pelo médico ou equipe ao longo do tempo, diante de vários episódios de doença e cuidados preventivos. Essa condição proporciona uma relação terapêutica caracterizada pela responsabilidade do profissional pelo caso e confiança do paciente, originando diagnósticos e tratamentos com um grau muito maior de exatidão, além da redução de alguns encaminhamentos desnecessários para especialistas e procedimentos de maior complexidade¹⁵.

Os usuários atendidos fazem parte do território assistido pela UBS e quando são encaminhados para as especialidades ainda permanecem sobre responsabilidade da ESF. Precisa ser estabelecida uma relação em forma de rede, que vai dar origem a um atendimento compartilhado unindo o trabalho realizado pela ESF a todas as especialidades necessárias em cada caso, aumentando as chances de sucesso.

"Passa para a enfermeira, com a ausência desta, vai para a médica, onde encaminha para o psicólogo. E a UBS continua acompanhando" (P4)

3.7 Categoria Tratamento Baseado No Modelo De Clínica Tradicional

O antigo modelo tradicionalista de atendimento ao paciente era caracterizado como médico-assistencial privatista, voltado para a cura do corpo individual, em suas manifestações patológicas, com uma visão fragmentadora do indivíduo, centrada especificamente na cura da doença¹⁶.

Este antigo modelo de fazer saúde, voltado especificamente para a doença leva os profissionais a acreditarem que a passagem pelo consultório médico é suficiente. Porém, se isso ocorre, a percepção da equipe sobre o caso fica totalmente centrada em apenas uma das inúmeras especialidades que têm condições de contribuir para a escolha da melhor conduta. Quando a informação não é compartilhada, reduzimos o ser humano a apenas uma questão física, levando em conta somente os aspectos biomédicos, deixando de lado todos os aspectos da sociedade onde ele está alocado.

Observou-se esse aspecto na fala de um dos entrevistados, quando questionado sobre a ação dos profissionais. Entretanto, sabe-se que este modelo não tem dado conta das necessidades em saúde evidenciadas na população, uma vez que os pacientes requerem um acompanhamento de toda equipe de saúde.

"Aceitam a decisão do médico para a melhora do paciente" (P15)

3.8 Categoria Tratamento Baseado Na Atenção Integral

A atenção integral consiste no cuidado amplo do indivíduo, cuidado com suas queixas físicas, mentais e emocionais. O que caracteriza essa integralidade é a apreensão ampliada das necessidades, mas principalmente a habilidade de reconhecer o contexto específico e a situação na qual o sujeito se encontra e se relaciona com a equipe de saúde¹⁷.

A manutenção da idéia de doentes é um obstáculo para o avanço da concepção esperada de cidadania baseada na atenção integral, justa e humanizada, pois aproxima-se mais do modelo tradicional do que da proposta atual. É necessária a integração dos serviços de saúde mental à rede de atenção integral do SUS e ao que se considera ideal para a produção social de saúde. Isso se aplica tanto no uso de técnicas e recursos teóricos contextualizados quanto nos modos de relacionar-se com a equipe de saúde e usuários, acontecendo de forma democrática, sem hierarquias implicando a mobilização de diversos espaços coletivos pela melhoria da qualidade de vida da população¹⁸.

Alguns relatos dos profissionais englobam as mais variadas esferas do cuidado. Desde o ato de medicar em si, até participação do indivíduo, inclusão nos grupos, acolhimento, prevenção, promoção, escuta, acompanhamento. Ou seja, cuidar de todos os aspectos que envolvem o indivíduo e que fazem parte do seu meio.

"Escuta, acompanhamento, visita domiciliar, medicamentos, participação e inclusão nos grupos terapêuticos, saúde na cozinha, saúde mental, convites para participar..." (P12)

5. Considerações Finais

Diante dos questionamentos propostos nessa pesquisa buscou-se identificar as queixas mais comuns sobre saúde mental nas duas equipes de ESF e a forma como são tratadas. Tendo em vista as respostas dos participantes, concluiu-se que a depressão teve maior prevalência no que se refere a essas demandas.

Quando se trata de saúde mental, também foi possível identificar que os profissionais que atuam na ESF possuem o foco somente na doença, ou seja, no transtorno depressivo e como deve ser tratado, tendo o encaminhamento a serviços de referência a principal forma de lidar com esta demanda. Muitos casos encaminhados a outros serviços poderiam ser tratados na UBS, pois a escuta ativa propiciada por um bom acolhimento é ferramenta potente em saúde mental.

Além do exposto acima, ações de promoção e prevenção em saúde mental também devem ser desenvolvidas na atenção básica. Com base nas respostas obtidas constatou-se que

os profissionais realizam atividades de promoção de saúde, porém em alguns momentos não as reconhecem como tal, pois apenas apontaram o Grupo de Saúde Mental como resposta a segunda pergunta. Sendo que, com base nas vivências no cotidiano da unidade percebeu-se que existem outras estratégias que tem o mesmo foco como: "Saúde na cozinha" onde são feitas dinâmicas de integração, receitas saudáveis e roda de conversa; e o "Simplesmente Mulher", o qual tem como objetivo a valorização da mulher na sociedade. Estas duas ações contribuem para a formação de vínculos, redes de apoio, momentos de descontração, troca de informações e experiências, requisitos básicos para auxiliar no resgate da autoestima dos participantes e consequentemente melhora na saúde como um todo.

Vale ressaltar a importância de atuação de equipes multiprofissionais atuando na lógica do matriciamento em conjunto com as equipes de ESF. Apoiando-as na resolutividade e tratamento dos casos, dando suporte nas dúvidas e dificuldades existentes. Sendo assim, o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial¹⁹.

6. Referências Bibliográficas

1. Souza HM. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica SPS/MS. Rev Bras Enferm 2000; 53(1): 7-16.
2. Souza AJF, et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2007; 60(4): 391-5.
3. Fortuna CM, et al. Nurses and the collective care practices within the family health strategy. Rev Latinoam Enferm 2011; 19(3): 581-8.
4. Wetzel C, et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúch Enferm 2014; 35(2): 27-32.
5. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança; relatório sobre a saúde no mundo. Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, 2001.
6. Nascimento AAM, Braga VAB. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. Cogitare Enferm 2004; 9(1): 84-93.
7. Abras, RMG. A vida se engole a seco: reflexões sobre a depressão na contemporaneidade. Estud Psicanál 2011; 35: 109-14.
8. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic Saúde Educ 2005; 16(9): 161-77.
9. Faria RMB. (Tese). Institucionalização da política de educação permanente para o Sistema Único de Saúde. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.
10. Dias VA. (Dissertação). Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2006.
11. Merhy EE, Onocko R. Agir em Saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.
12. Nunes M, Juca VJ, Vakentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Caderno de Saúde Pública. 2007.
13. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2003. p.39-53

14. Jorge MSB, et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 16(7): 3051-60.
15. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 1020-42.
16. Bonfada D, et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 17(2): 555-60.
17. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1411-1416.
18. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(1): 121-33.
19. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(2): 399-407.

Artigo Recebido: 30.10.2014

Aprovado para publicação: 10.05.2016

Inajara Carla Oliveira

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Concórdia n561.

CEP: 88309-645 Itajaí, SC – Brasil

Email: ina_carla@hotmail.com