

INTEGRALIDADE DA PRODUÇÃO DO CUIDADO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS EM FEIRA DE SANTANA – BA

Carolina Vinhas Andrade Pacheco Silva¹; Maria Ângela Alves do Nascimento².

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail:

carolvinhass@hotmail.com

2. Orientador, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: angelauefs@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Equipe de Saúde da Família, Integralidade, Tecnologias leves.

INTRODUÇÃO

O transtorno mental traz um intenso sofrimento, não só aos sujeitos adoecidos como também aos familiares, exigindo-lhes uma (re) elaboração de sua dinâmica e estrutura. Este quadro é agravado pela existência de crenças e significados inadequados acerca do problema, o que pode refletir no relacionamento intrafamiliar e com as pessoas que o rodeiam, além de interferir na própria produção do cuidado à saúde. Isto ocorre também em virtude de estigmas construídos historicamente que perduram até os dias atuais.

Para isso, um “novo” modelo de atenção à saúde deve ser incorporado pelos trabalhadores de saúde e familiares, e o modo de convívio com a pessoa que apresenta transtorno mental, poderão contribuir para as dinâmicas familiares, principalmente quando se adotam estratégias transformadoras, tendo em vista a construção um outro olhar à saúde mental, rompendo com modelo clássico da Psiquiatria, em que o manicômio era a única resposta ao sofrimento psíquico (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI apud NICÁCIO, 2001).

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se mostrando como instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, uma vez que pode possibilitar maior aproximação entre usuário, família, trabalhadores de saúde e toda a comunidade. Tal proximidade é uma estratégia importante, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados à dor e ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando frequentes, e ainda pouco tratados (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Contudo, percebemos que no PSF a produção do cuidado à saúde mental, além de possuir uma lacuna em seu enfrentamento tem sido pouco contemplada nos programas de educação permanente, o que muitas vezes dificulta a efetivação das ações e serviços em saúde, particularmente na perspectiva da integralidade.

Sendo o objeto deste trabalho a integralidade da equipe de saúde da família na produção do cuidado aos pacientes com transtornos mentais, buscamos dar visibilidade como são desenvolvidas as práticas diante do dispositivo integralidade. Assim, esperamos com este estudo colocar em evidência a atuação da equipe de saúde da família na atenção aos usuários com transtornos mentais, no sentido de possibilitar que este trabalho ofereça subsídios para a melhoria das políticas públicas de saúde relacionadas à saúde mental.

Portanto, no intuito de estudar a integralidade da produção do cuidado realizada pela da Equipe de Saúde da Família no contexto da atenção aos transtornos mentais em Feira de Santana-BA, elaboramos os seguintes objetivos: Analisar a produção do cuidado da equipe de saúde na atenção aos transtornos mentais, tendo em vista a integralidade da saúde em Feira de Santana-BA, descrever as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família na atenção integral aos transtornos mentais em Feira de Santana-BA, apontar as estratégias

utilizadas pela equipe de saúde da família na atenção aos transtornos mentais em Feira de Santana-BA a fim de garantir a integralidade das ações e serviços.

Este trabalho tem uma relevância social, uma vez que aproxima-se a uma discussão crítica-analítica, o qual poderá estabelecer, a partir de seus resultados, estratégias de intervenção no desenvolvimento das ações efetivas realizadas pela ESF, no sentido de contribuir com as transformações da realidade, diante das perspectivas de mudanças significativas tanto nas ações preventivas como nas ações de acompanhamento de usuários do PSF com transtornos mentais, num trabalho em parceria com a população.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo na abordagem qualitativa, porque é a que mais se coaduna dos objetivos propostos, já que são salientadas práticas interpretativas assim como também é partilhado o conhecimento produzido a partir de uma interação dinâmica entre sujeito e objeto (MINAYO, 2007).

A pesquisa foi realizada no município de Feira de Santana, situado no agreste da Bahia, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no bairro Conceição I. Participaram deste estudo dois segmentos sociais. O Grupo 1, constituído por um universo de 5 trabalhadores da EFS, selecionados a partir do seguinte critério: ter experiência de mais de um ano de trabalho no PSF. E o grupo 2, composto por 5 usuários, onde foram considerados os seguintes critérios: faixa etária explorada maior de 18 anos e ser cadastrado nas USF.

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática; a análise de conteúdo foi a técnica de análise dos dados, a partir da análise temática, com a definição de três categorias: 1ª) INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE: conceitos, crenças e significados; 2ª) A PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ESF NA ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS; 3ª) TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTAS (SUB) UTILIZADAS NA ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS.

Esta pesquisa foi implementada após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), e só então foi enviado um ofício ao secretário de saúde na tentativa de viabilizar a pesquisa em algumas UBS. Após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde, iniciamos a coleta de dados atentando-se para as questões éticas respeitando-se os aspectos éticos em pesquisas com seres humanos regidos na *Resolução do Conselho Nacional de Saúde/MS 196/96* (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item foram analisadas as categoria mencionadas anteriormente, considerando-se os dados empíricos tanto das entrevistas, quanto das observações, articulando-as com o referencial teórico.

Primeira categoria: INTEGRALIDADE NAS PRÁTICAS DE SAÚDE: conceitos, crenças e significados.

Saber o conceito da integralidade é um fator essencial para “conhecer a natureza do todo”. Entretanto, percebemos a falta deste conhecimento aos integrantes da ESF como mostram as seguintes falas

A integralidade visualizando a saúde mental, a **integralidade** das ações, por mais que a gente fale assim que é **a unidade de saúde da família, né?** (Trabalhador 1).

Como assim? O atendimento? O atendimento, eu acho que a gente atende assim, agora só que às vezes a gente não tem assim uma preparação de como conversar direitinho, de saber lidar com cada paciente com transtorno, né? (Trabalhador 3).

Tipo assim, por que o trabalho da gente é promoção e prevenção da saúde. **Você fala como assim? O meu trabalho, ou de uma maneira geral?** (Trabalhador 5).

Desta maneira, fica implícito a não aplicação prática da integralidade por tais trabalhadores, uma vez que não sabem conceituá-la. Este desconhecimento interfere diretamente na qualidade do serviço oferecido às pessoas com transtorno mental, uma vez que Peduzzi (1998, p.2) entende que “essas formas de trabalho que representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor”.

Outra categoria elaborada foi: A PRODUÇÃO DO CUIDADO DA ESF NA ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS. Na construção desta categoria foram investigadas as atividades/estratégias da ESF aos transtornos mentais. Notamos que, na ótica destes trabalhadores, o espaço físico do PSF não constitui um instrumento para tratamento/acompanhamento de pacientes com transtornos mentais. Ainda nesta temática, tais estratégias são atribuições dos CAPS - Centros de Atenção Psicossocial ou NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), como sugerem as seguintes falas,

Ela [psicóloga do NASF] tá tendo o acolhimento com todos esses pacientes, então ela tá acompanhando todos esses pacientes, e ela tá fazendo os grupos (Trabalhador 2).

Tem a psicóloga do NASF que atende o pessoal, só que **a gente não tem esse contato direto com eles [usuários]** lá, o máximo que a gente faz é no momento que chega que a gente atende, que pega a ficha, que encaminha até o consultório para ser atendido. Mas assim, **atendimento direto não fazemos** (Trabalhador 3)

Concordamos com Nascimento, (2004); Mehry, (2002); Pessini, (2000) no que se refere ao modo de produção dos serviços de saúde, no sentido de que, para que haja uma reconstrução da prática predominante, é necessário ter a produção de cuidado como a finalidade do processo de trabalho em saúde.

Nenhum integrante de ESF estudada possui treinamento para atuar frente a usuários com transtornos mentais. Como a ESF poderá atuar junto com as famílias e demais grupos da comunidade da área de abrangência sob a sua responsabilidade se não estão capacitados para tal? Desta maneira, entendemos que esta não habilitação interfere diretamente na produção do cuidado.

Durante a nossa pesquisa, percebemos que a realização das VD acontecia de forma pontual e fragmentada, pois, ao mesmo tempo em que relatavam a existência das visitas, os usuários faziam críticas ao tratamento dado pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família,

Não tem nenhum serviço no posto em relação a isso aqui, e **eles fazem visitas na minha residência,** (Usuário 1).

Respondem com grosseria [...] Elas passam aqui em casa (Usuário 5).

As VD “têm como objetivo conhecer as condições (residência, bairro) em que vivem tais sujeitos e apreender aspectos do cotidiano das suas relações, aspectos esses que geralmente escapam à entrevistas de gabinete” (MIOTO, 2001, p.148). No acompanhamento das VD, vimos que alguns profissionais não têm o hábito de investigar aspectos relacionados

à saúde mental dos usuários, frente a uma prática voltada especificamente para o acompanhamento de crianças, gestantes e pacientes acamados.

A última categoria criada foi sobre as **TECNOLOGIAS LEVES COMO FERRAMENTAS (SUB) UTILIZADAS NA ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS**. Desta forma, ao investigar os saberes dos trabalhadores da ESF sobre o uso de tecnologias leves, percebemos que alguns trabalhadores possuem noções, ainda que rudimentares acerca do problema,

Faz o **acolhimento**, o acompanhamento com o psicólogo o próprio psiquiatra se necessário ai depois a gente fica acompanhando e monitorizando este paciente aqui, esse paciente ele é **acompanhado**, observado, feito a visita domiciliar pelo agente comunitário [...] fazendo o “link” daqui da unidade pelo agente, que muito importante (Trabalhador 1).

Trazer os pacientes para a unidade para ter o contato direto com os psicólogos e com os profissionais da área. **A gente aposta muito no diálogo**, tratamos eles como pessoas normais e **cuidamos** deles como os outros mas, com mais carinho (Trabalhador 2).

Na prática cotidiana do PSF, percebe-se que os trabalhadores de saúde vêm reconhecendo a necessidade de se trabalhar cada vez mais com as tecnologias relacionais (leves) que trazem a subjetividade, à afetividade, à escuta, ao vínculo, à responsabilização com o usuário com transtornos mentais à sua prática. Além disso, eles consideram importante a contribuição de cada profissão com seu olhar, seu núcleo específico de conhecimento e a integração entre eles para atender à complexidade das necessidades de saúde do usuário.

Em contrapartida, o relato a seguir mostra o não entendimento do trabalhador da ESF sobre suas ações frente ao usuário com transtorno mental numa articulação com o uso de tecnologias leves,

[**Diálogo**] Não, só quando a gente vê mesmo na unidade, quando eles precisam de atendimento tanto clínico como com a psicóloga, é o único momento que a gente tem diálogo com eles. [**Acolhimento**] **Não, não. Aqui na unidade não tem nada assim não** (Trabalhador 3).

Ao utilizar as tecnologias leves, o trabalhador da ESF acaba se apropriando da realidade que envolve o transtorno mental, segundo Merhy (1997), todo profissional de saúde deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves – modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos –, nas quais se inscreve o “trabalho vivo em ato”, ou seja, ao âmbito do trabalho que está em processo e que está em ação no cotidiano. Ressalta, assim, a importância da subjetividade, inerente às tecnologias leves, na reorganização do processo de trabalho “centrado no usuário”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O usuário com transtorno mental deve ser inserido como protagonista do processo da produção do cuidado pela ESF, estabelecendo-se, assim, uma relação entre sujeitos trabalhador- usuário para a produção do cuidado integral. Nesse sentido, espera-se que este estudo possa ampliar as discussões sobre a integralidade enquanto “pensar” e “fazer” como ações indissociáveis nas práticas de saúde.

A partir das entrevistas e da observação sistemática, evidenciou-se que existe uma pouca valorização das tecnologias leves como práticas de saúde em relação às pessoas com transtornos mentais e isto possui um reflexo direto na produção do cuidado. Além disso, foi

destacado que boa parte das atividades direcionadas para este público estão voltadas para a dispensação de medicamentos e encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade.

E por fim, atividades como capacitações contextualizadas, educação em saúde, foram reveladas como imprescindíveis para a melhoria o acompanhamento de pessoas com transtornos mentais assim como as visitas domiciliares. O uso do vínculo, acolhimento, diálogo, responsabilização como ferramentas podem resultar na resolubilidade almejada. Porém ainda há muito a ser feito para incorporar estas práticas à realidade. E assim, fica evidente o impacto de uma assistência resolutiva na produção do cuidado integral aos transtornos mentais, sendo esta, ainda “imperfeita” no que se refere ao que o SUS traz em seu arcabouço teórico.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.; VIANA, M., C., SILVEIRA, C., M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2006; p. 43-54.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**. Brasília-DF, 1996.
- MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M. E.; SANTOS, C. M.; RODRIGUES, R. A.; OLIVEIRA, P. C. P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p.113-50.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007, p.57/38/ 76.
- MIOTO, R.,C., T. **Perícia social: proposta de um percurso operativo**. In: Serviço Social e Sociedade. n. 67, 2001, p.148.
- NASCIMENTO, M.A.A.; MISHIMA, S.M. Enfermagem e o cuidar - construindo uma prática de relações. **J. Assoc. Bras. Enferm.**, v.46, n.2, p.12-5, 2004.
- PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. **O trabalho em equipe na formação e na prática dos profissionais de saúde**. In: VI CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA, Belo Horizonte, jul. 2005. oficina/Mimeo.
- PESSINI, L. O cuidado em saúde. **O Mundo da saúde**, v. 24, n. 4, p.235-6, 2000.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”**. In: NICÁCIO F, organizador. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.