

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

GILZA DA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL
DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO
MENTAL: TRILHANDO UM NOVO CAMINHAR**

VITÓRIA
2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

GILZA DA SILVA

**ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL
DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO
MENTAL: TRILHANDO UM NOVO CAMINHAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello-Araujo

VITÓRIA
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586a Silva, Gilza da, 1975-
Análise das práticas de cuidado integral dirigidas às pessoas
com sofrimento mental : trilhando um novo caminhar / Gilza da
Silva. – 2013.
117 f. : il.

Orientadora: Maristela Dalbello de Araújo.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Saúde mental. 3. Política
de saúde mental. I. Araújo, Maristela Dalbello de. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

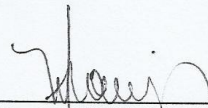
GILZA DA SILVA

*Análise das práticas de cuidado integral dirigidas às
pessoas com sofrimento mental: trilhando um novo
caminhar*

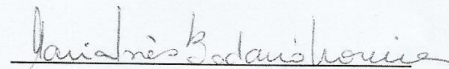
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 26 de abril de 2013.

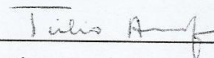
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Maristela Dalbello-Araujo
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof^ª. Dr^ª. Maria Inês Badaró Moreira
Universidade Federal de São Paulo
Membro Externo



Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo
PPGSC – membro interno

Ao meu amor Manuel Porto, que
construiu este sonho comigo.

Aos meus pais João e Maria, que
me deram a vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus fonte de toda a sabedoria, que me concedeu a graça de estar neste lugar, neste momento...

Agradeço a Manuel, meu amado esposo, que me incentivou desde o início, alimentando-me com sua paciência e colaboração. O meu eterno amor.

Agradeço a meus pais, João e Maria, meus irmãos Gessélia, Glenda e Winder, a meus cunhados Donda, Lucas e Eliene, a meus sobrinhos Vinícius, Ana Luiza e Thiago, que me impulsionaram a continuar e souberam compreender minhas ausências.

Agradeço aos familiares de Manuel que sempre acreditaram em mim, especialmente à Dona Leda pelas valiosas contribuições.

Agradeço à minha orientadora Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo que, com sua sabedoria e disponibilidade, soube me conduzir a este momento e com quem dividi muitos almoços orientadores.

Agradeço aos amigos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este momento, em especial à minha amiga Alexandra Iglesias que, desde o primeiro momento, foi minha incentivadora, colaboradora, revisora, etc. Grata por tudo.

Agradeço ao GEMTES, onde aprendi a compartilhar saberes. À Bruninha, leal companheira de todas as horas. À Luana com quem dividi o campo e tantos planos de vida. E à Kallen, um apoio de onde não esperava.

Agradeço aos amigos da turma de Mestrado 2011, onde fiz amizades que marcarão para sempre minha vida, especialmente Aline Zamprogno, Camila Felski, Aparecida Amaral, Dijoce Bezerra e Larissa Del'Antônio.

Agradeço aos professores da turma Mestrado 2011, principalmente à professora Francis e ao professor Túlio pelo carinho de sempre.

Agradeço à Néia, fiel colaboradora e sempre disponível para nos ajudar, bem como à Cinara pela sua atenção e dedicação.

Agradeço aos amigos da Comunidade São José que sempre rezaram por mim.

Agradeço aos colegas e amigos da USF Ilha das Caieiras que entenderam meu desejo de buscar conhecimento e me compreenderam nos momentos em que precisei estar ausente. Agradeço, em especial, à Camila Rezende e à Adjane Vasconcelos que confiaram no meu trabalho e na minha dedicação.

Agradeço aos profissionais que fizeram parte desta pesquisa. O meu muito obrigada.

“Não me esqueço de quem me estende a mão. Minha memória não é curta. Apesar de eu esquecer nomes, jamais deixo passar batido o que fazem por mim. Porque aprendi que ajudar o outro é bonito. Mas ser grato é mais bonito ainda”.

(Clarisse Corrêa)

RESUMO

SILVA, G. Análise das Práticas de Cuidado Integral Dirigidas às Pessoas com Sofrimento Mental: Trilhando um novo caminhar. Dissertação de mestrado (Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, 2013, 117 p.

As Unidades de Saúde da Família (USF) constituem um espaço privilegiado para o cuidado integral em saúde, entendido como produto das relações entre pessoas, uma ação com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes como tratamento digno e respeitoso, acolhimento e vínculo. O cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão da saúde como direito de ser. Com esse entendimento, realizamos esta pesquisa com o objetivo de analisar as práticas de cuidado integral em saúde, efetivadas nas USF da Região de Maruípe, no município de Vitória – ES. Damos ênfase às ações voltadas às pessoas com sofrimento mental. Utilizamos aqui o termo sofrimento mental para abarcar o conjunto de males que acometem as pessoas, incluindo as angústias, os lutos, os efeitos da violência cotidiana, as ansiedades e o sofrimento social, além da esquizofrenia e a depressão. Esta pesquisa possui cunho exploratório, descritivo e é de abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada em três etapas. Foram realizadas seis sessões de grupo focal com objetivo de investigar a presença ou não de práticas de cuidado integral em saúde, voltadas às pessoas com sofrimento mental. Duas ações sistemáticas foram localizadas e observadas durante dois meses. Concomitante à observação, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas com os profissionais responsáveis por essas práticas e, a partir da análise dos dados, ressaltamos os limites para o seu desenvolvimento. Um desses é a desvalorização dessas práticas por parte dos profissionais. Enfatizamos a importância da rede de atenção à saúde mental para a construção do cuidado integral, através dos dispositivos do acolhimento, da escuta e da responsabilização.

Palavras-chave: cuidado integral em saúde. práticas de cuidado. sofrimento mental.

ABSTRACT

SILVA, G. Analysis of Integral Care Practices Addressed to People with Mental Suffering: Treading a new path. Dissertation (Public Health) - Graduate Program in Public Health, Federal University of Espírito Santo, 2013, 117 p.

The Family Health Units (FHU) constitute a space privileged to comprehensive health care, understood as a product of the relationships between people, an action with effects and consequences of positive interactions among users, professionals and institutions, which are translated into attitudes like dignified and respectful treatment, care and bonding. Health care is not only a level of attention from the health care system or a technical procedure, but an action that has full meanings and feelings directed towards the understanding of health as a right to be. With this understanding, we conducted this research with the objective of analyzing the practices of comprehensive health care, the effect of USF Maruípe Region, the city of Vitória - ES. We emphasized the actions people with mental distress. We use here the term mental suffering to encompass the set of evils that afflict people, including anguish, the grief, the effects of everyday violence, anxiety and social distress, besides schizophrenia and depression. This research has an exploratory, descriptive and qualitative approach. Data collection was performed in three steps. Were conducted six focus group sessions in order to investigate the presence or absence of practices comprehensive health care, aimed at people with mental distress. Two systematic actions were located and observed for two months. Concomitant with the observation, there were semi-structured interviews with professionals responsible for these practices, and from the data analysis, we emphasize the limits to its development. One of these is the devaluation of these practices by professionals. We emphasize the importance of the network of mental health care for the construction of comprehensive care, through the devices of welcoming, listening and accountability.

Keywords: comprehensive health care. care practices. mental suffering.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CCZ – Centro de Controle de Zoonoses

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CME – Centro Municipal de Especialidade

CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos

CRAI – Centro de Referência de Atendimento ao Idoso

DST/AIDS – Centro de Referência para Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

GEMTES – Grupo de Estudos em Trabalho em Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	14
2 SENTIDOS DO CUIDADO: UM CONCEITO POLISSÊMICO	20
3 CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: UM VALOR ALMEJADO	24
4 PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL	28
4.1 O SOFRIMENTO MENTAL NO ÂMBITO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE.....	28
4.2 ENTENDENDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE.....	31
4.3 PRÁTICAS NORTEADAS PELA LEI	34
4.4 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL EM VITÓRIA: NORTEADOR DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	38
5 OBJETIVO GERAL	43
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
6 METODOLOGIA	44
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	44
6.2 ETAPAS DA PESQUISA	46
6.2.1 Começando a caminhar: conhecendo o cenário	46
6.2.2 As visitas preliminares	48
6.2.3 Sessões de Grupo Focal.....	49
6.2.4 Observação Sistemática.....	50
6.2.5 Entrevistas com roteiro semiestruturado	53
6.2.6 Análise dos Dados	54
6.2.7 Aspectos Éticos	55

7 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL	57
7.1 O CAMINHO PERCORRIDO: A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA	57
7.1.1 Especificidades do caminho – focando a Saúde Mental	63
7.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL - DIFERENTES MODOS DE CAMINHAR	67
7.3 OS PERCALÇOS DO CAMINHO	76
7.4 AS POSSIBILIDADES DO CAMINHO: O QUE NOS MOVE A CAMINHAR	88
8 APRECIÇÕES DA CAMINHADA	95
9 REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	108
APÊNDICE A.....	108
APÊNDICE B.....	110
APÊNDICE C	111
APÊNDICE D	112
ANEXOS	113
ANEXO 1.....	114
ANEXO 2.....	115
ANEXO 3.....	116
ANEXO 4.....	117
ANEXO 5.....	118

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema Cuidado Integral em Saúde surgiu de um encontro com o professor Ruben Mattos, em 2010, durante o curso de Especialização em Saúde da Família. A valorização dada por ele ao cuidado para com os usuários foi emocionante, principalmente, quando contou inúmeras histórias de práticas de cuidado.

Naquele dia, me permiti inúmeras indagações: Como as pessoas são cuidadas nas Unidades de Saúde? As pessoas com algum sofrimento mental são cuidadas? Com qual tipo de cuidado estamos trabalhando?

Não pude deixar de avaliar minha prática cotidiana numa Unidade de Saúde da Família (USF). Questionei-me sobre quais cuidados oferecia e quem seria o destinatário desses cuidados. Sei que, desde então, fiquei tão incomodada quanto intrigada a respeito de um assunto tão debatido, mas, ao mesmo tempo, de grande complexidade.

Durante o curso de Mestrado tive a oportunidade de retomar essas indagações para o projeto de pesquisa. Porém, outro tema também me interessava: o sofrimento mental, esse que faz parte da minha vida profissional e pessoal. Desde o início das minhas atividades como profissional, em 2001, no Programa de Saúde da Família de Fundão, atuei de forma diferenciada para com as pessoas em sofrimento mental, acreditando ser possível produzir acolhimento a esse público na Atenção Básica.

Presentemente, faço parte do quadro efetivo da Prefeitura Municipal de Vitória, atuando na Unidade Saúde da Família (USF) da Ilha das Caieiras, Grande São Pedro. Dentro das atribuições na USF, lido diretamente com as questões do sofrimento mental, cotidianamente. Estou envolvida com esse grupo de pessoas de forma tão intensa, que gostaria de compreender de que maneira eles têm sido cuidados no âmbito da Atenção Básica como um todo.

Ter a possibilidade de pesquisar sobre Cuidado Integral em Saúde e verificar como esse cuidado é efetivado com as pessoas em sofrimento mental mobilizou e orientou meu caminho neste Mestrado.

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de reorganização dos serviços de saúde da Atenção Básica¹, mantendo coerência com os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS): acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. É formada por equipes que são responsáveis pelo atendimento integral e contínuo à saúde das famílias adscritas ao território rural ou urbano, com limites geográficos definidos. Essas equipes atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes (OHARA; SAITO, 2010).

A ESF, antes nomeada de Programa Saúde da Família (PSF), foi criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, inicialmente, implantada nos municípios do Nordeste e depois expandida para todo o Brasil. No município de Vitória, a primeira Unidade de Saúde da Família (USF) foi implantada em 1998 para organização da Atenção Básica. Atualmente, Vitória possui cobertura de, aproximadamente, 73% (VITÓRIA, 2009) de pessoas atendidas pelas equipes das USF e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As unidades de saúde podem se constituir em locais privilegiados de cuidado, pois são um espaço de relações, onde as pessoas se encontram e interagem, apresentando suas dificuldades e dilemas de vida.

Para que o profissional possa identificar o sofrimento e contribuir para a problematização das dificuldades das pessoas é preciso escutá-las, saber o que sentem e temem, legitimando seus relatos (VASCONCELOS, 1998). É necessário se colocar à disposição para cuidar de quem procura auxílio.

No dicionário, cuidar significa “desvelo, responsabilidade, atenção, cautela”. (FERREIRA, 2004, p.201). Para Boff (1999), cuidado é uma atitude de atenção, é mostrar interesse pelo outro, compartilhar e estar com o outro com prazer; não em uma relação de sujeito-objeto, mas de sujeito-sujeito; sem um domínio sobre, mas de convivência; não de intervenção, mas de interação.

¹ Utilizo a expressão Atenção Básica com o mesmo significado de Atenção Primária.

Para Vasconcelos (1998, p. 53), cuidar implica em

ocupar-se do aqui e agora, dos problemas passíveis de serem enfrentados, colocando-se a disposição de acordo com as condições exigidas pelos mesmos e não com aquelas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço.

Esses conceitos envolvem a construção de uma nova forma de cuidado que não seja o de exclusão e isolamento e sim, pautado, sobretudo, na democracia, solidariedade e tolerância em relação à diferença.

Para esses autores, trata-se de uma atitude de atenção e de interesse para com o outro, em que prevalece uma relação de sujeito-sujeito, uma convivência e não um domínio sobre o outro, uma interação e não uma intervenção – na qual, geralmente, predomina aquilo que o profissional considera melhor para tal pessoa. Nesse sentido, é oportuno ressaltarmos a importância de se construírem, conjuntamente, propostas para a vida dos sujeitos naquilo que eles demandam, ao invés de ofertarmos, cegamente, o que, tradicionalmente, os serviços construíram como resposta àquela queixa. Ou seja, é preciso escutarmos o que o outro deseja e necessita, através de atitudes voltadas para compreensão do sujeito como um todo.

Luz (2006) entende o cuidado como uma ação integral, com significados e sentidos direcionados à compreensão da saúde como o direito de ser. A autora considera que o cuidado é demonstrado no tratar, no respeitar, no acolher, no atender o ser humano em seu sofrimento que, em grande maioria, é fruto de sua fragilidade social.

Cuidar é, portanto, uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida (LACERDA; VALLA, 2006). Consiste em um modo de agir que é produzido como experiência de um estilo de vida peculiar e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Esses aspectos influenciam as experiências singulares dos profissionais, as quais são traduzidas em modos diferenciados de lidar com o cuidado.

Pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos, respeitando as pessoas em suas necessidades específicas. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006), como a homeopatia, fitoterapia, acupuntura, etc. (BRASIL, 2008).

O Cuidado Integral em Saúde é produto de inter-relações de pessoas, ação integral como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Nesta pesquisa, entendemos cuidado como uma ação integral, fazendo-se indispensável explicitar o que entendemos por integralidade.

De acordo com Mattos (2006), a integralidade possui três sentidos: o primeiro se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, constituindo valores ligados ao que podemos considerar uma boa prática; o segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas da saúde.

Na construção de uma nova forma de cuidado voltada para uma interação sujeito-sujeito, a integralidade só se realiza ao estabelecermos uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde, quer nos debates sobre a organização dos serviços (MATTOS, 2006).

O cuidado em saúde é uma dimensão da integralidade que deve permear as práticas de saúde, restritas não apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

A falta de cuidado, o descaso, o abandono, o desamparo podem agravar o sofrimento das pessoas e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Atualmente, a busca pelo cuidado na sociedade brasileira tem sido apontada como uma das principais demandas por atenção à saúde e têm sido acompanhadas por uma série de críticas às instituições, às práticas e aos discursos em saúde como forma de fragmentos de saberes em diferentes espaços-tempo (PINHEIRO;

GUIZARDI, 2006). Muitas vezes, as pessoas precisam recorrer aos serviços em diversos momentos para conseguirem buscar o que necessitam, frequentemente, os profissionais da saúde não estão preparados para “escutar” o que o usuário deseja ou precisa. Geralmente, a “solução” ofertada é a medicação alopática, como se medicação resolvesse todos os problemas.

O setor saúde recebe demandas diversas (violências, problemas de desemprego, casa desabando, falta de higiene, acúmulo de lixo, etc.), além das demandas específicas (virozes, dengues, sofrimento mental, dores, etc.). Parece que todos os problemas recaem sobre a saúde. Enquanto os profissionais apenas ouvirem a queixa “insônia”, e não puderem escutar o contexto no qual essa queixa está inserida, continuará crescendo o uso indiscriminado de benzodiazepínicos.

É como se as ciências da saúde instituíssem recursos desejáveis, mas que nem usuários nem profissionais sabem manejar satisfatoriamente. Certamente, cada um sabe, à sua maneira e com diferentes graus de domínio técnico, para que servem esses recursos. O que talvez falte é a resposta sobre o sentido desse uso, sobre o significado desses recursos para o dia a dia do outro (AYRES, 2004). A impressão é que tanto os usuários como os profissionais falam línguas diferentes e têm concepções diversas sobre os temas em saúde.

Acreditamos que as concepções dos profissionais sobre o sentido de cuidar influenciam diretamente suas práticas e, conseqüentemente, o modo como lidam com o cuidado integral em saúde no cotidiano.

A palavra concepção significa “conhecimento, idéia, opinião” a respeito de um determinado tema ou assunto. Ampliando esse conceito, podemos inferir que diz respeito a um modo de estar no mundo, pois de acordo com as crenças do indivíduo, as suas concepções, ele se posiciona no cotidiano.

Muitos profissionais de saúde recebem conteúdos acadêmicos que contribuem para que o modelo curativista - centrado na doença - se estabeleça e tenha um forte peso na formação superior na área da saúde, refletindo sobre o atendimento aos usuários. Uma das dificuldades desse modelo se encontra na relação com a prática profissional, porque a influência do modelo biológico é marcante na formação, e o estabelecimento de vínculos na prática se torna muito difícil por parte de alguns

profissionais. Nesse caso, muitas vezes, a pessoa é desconsiderada como sujeito integrante de uma comunidade, que possui uma filosofia de vida, pertencente a uma cultura com peculiaridades próprias (SILVA, 2006). Essa pessoa é vista como “um doente”, sem potencialidades.

Ayres (2001) ressalta a importância de deslocar nossas concepções de atuação no campo da saúde, de modo a realizar transformação no agir que se afaste da referência de intervenção e se aproxime da noção de cuidado pautado pela ética.

O nosso interesse neste estudo é perceber o quanto temos nos aproximado da noção de cuidado. Para isso, esta pesquisa teve como objetivo analisar as práticas de Cuidado Integral em Saúde, voltadas às pessoas com sofrimento mental nas USF da Região de Maruípe² - Vitória-ES.

A relevância do tema sofrimento mental é notória, uma vez que tem despertado os olhares de estudiosos e profissionais em diversas áreas do conhecimento da Psicologia, da Saúde, das Ciências Sociais, da Antropologia e das demais ciências que se encontram no campo da Saúde, demonstrando que tal fenômeno merece um olhar interdisciplinar que o descortine.

O estudo do sofrimento mental abrange repensar a Saúde Mental na Atenção Básica, já que a pesquisa se deu em unidades de saúde. A intervenção e a articulação das ações da saúde mental na atenção básica representam grandes desafios da reforma psiquiátrica em andamento. Assim, no desenho da rede de atenção em saúde mental, existem dois outros desafios, não menos importantes que são a garantia de acessibilidade a uma rede de cuidados e a necessidade de reestabelecimento dos laços socioafetivos na comunidade³.

² Essa região foi eleita para ser campo de pesquisa por ser referência para os trabalhos e pesquisas da UFES e pelo fato do grupo GEMTES ter acumulado ao longo dos últimos cinco anos uma série de informações e análises sobre as atividades realizadas pelas Unidades que compõem a região mencionada.

³ Parecer feito por Maria Inês Badaró Moreira sobre o projeto de mestrado de Gilza da Silva, discutido na Qualificação no dia 01/12/11.

Esperamos, com esta pesquisa, contribuir para a compreensão dos desafios postos diante dos profissionais que compõem o SUS, a fim de se consolidarem os ideais, especialmente, no que diz respeito à concretização da atenção integral a todos os usuários.

2 SENTIDOS DO CUIDADO: UM CONCEITO POLISSÊMICO

A importância do cuidado para a vida social e para a organização de práticas de integralidade à saúde tem sido amplamente discutida por diversos autores (PINHEIRO; MATTOS, 2006; LUZ, 2006; VASCONCELOS, 1998). Embora o cuidado seja relevante para todas as pessoas, vamos nos ater a discutir na perspectiva da saúde e buscar seus significados e sentidos que podem variar, de acordo com quem cuida e quem é cuidado.

A palavra cuidado deriva do latim *cura* e faz parte da essência do ser humano e não é apenas um ato isolado, mas a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros (BOFF, 1999). Requer uma atitude de envolvimento, de preocupação e de responsabilização para com o próximo, porquanto compreende o acolhimento, a escuta do sujeito, o respeito pelo seu sofrimento e pela sua história de vida (VALLA et al., 2006).

“Cuidar dos sujeitos é ajudá-los a aliviar o sofrimento e dar-lhes o apoio necessário para superar as dificuldades e enfrentar os impasses do cotidiano” (LACERDA et al., 2009, p. 251).

Pinheiro (2009) define o cuidado como sendo “a) a designação de um nível ou âmbito de atenção do sistema de saúde; b) um procedimento técnico específico; ou c) uma conduta assistencial simplificada” (p. 17). Significando que esse cuidado não deixa implícita a participação das pessoas, é um conceito “duro”. Esses três modos de analisar o cuidado encontram-se nos serviços de saúde e definem como os profissionais lidam com os usuários.

Em outra análise, o cuidado pode ser definido “como um constructo teórico-prático que se pauta, exclusivamente, pelos conhecimentos da anatomoclínica, da fisiopatologia e da genética médica” (PINHEIRO, 2009, p. 18). Esse constructo pode ser utilizado na formação dos profissionais de saúde, presente nos manuais de procedimentos técnico-profissionais e nos protocolos clínicos.

Sentidos e usos são produzidos por atores legitimados socialmente, que desconsideram os aspectos históricos, sociais e culturais, bem como os encontros e

desencontros entre todos os que utilizam os serviços de saúde (profissionais usuários e gestores). Também parece ignorar a “complexa relação entre demanda, necessidades e oferta nas instituições de saúde” (PINHEIRO, 2009, p.18).

Pinheiro (2009), avançando no sentido do cuidado, defende-o como atividade intrinsecamente humana, como um valor ético-político que reafirma a vida, partindo da compreensão de que este configura o ethos humano do agir em saúde, sendo o ponto central das práticas eficazes da integralidade em saúde, ou melhor, o cuidado representa uma expressão da integralidade.

Na área da saúde,

a expressão cuidado tem sido empregada em diversos sentidos que abrangem desde sua contraposição ao curar até proposta ética. O profissional cuidadoso (que se move pela ética do cuidado) vai ao encontro do outro com vistas a criar laços de confiança e vínculo para acompanhar a pessoa de quem está cuidando. E o faz, prazerosamente, observando sua singularidade, identificando seus recursos, internos e sociais, e procurando com ela a via que faça sentido na sua situação e para seu projeto de vida, a fim de promover sua saúde, qualidade de vida e expressão autônoma (ZOBOLI, 2009, p. 63).

Pensar no cuidado em saúde em suas múltiplas dimensões pressupõe levar em conta que ele se apoia em grande medida nas situações de vida de cada sujeito, sendo ele usuário de um serviço de saúde ou profissional. E mais, implicam entender a relação entre demanda, oferta e carências de cada pessoa, serviço e espaço de saúde.

A responsabilidade assume um grande valor para a efetivação do cuidado em saúde em diferentes níveis, já que a construção de vínculos serviço/usuário é essencial para a garantia do exercício do cuidado (AYRES, 2009).

O Cuidado ocorre se, e sempre que, cada profissional de saúde, ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política se interrogam acerca do como e quanto assumem responsabilidades na busca dos projetos de felicidade daqueles de cuja saúde cuida, preocupando-se, ao mesmo tempo, acerca do quanto esses sujeitos são participantes desses compromissos (AYRES, 2009, p. 138).

Isso quer dizer que a responsabilidade é compartilhada entre os diversos atores, com urgência da inclusão efetiva do usuário. Se a responsabilidade é direcionada apenas aos profissionais ou aos serviços, o usuário não se perceberá como parte importante desse processo.

No cotidiano dos serviços de saúde, notamos com frequência que o usuário não é incluído no processo do seu próprio cuidado, o que talvez contribua para que ele (usuário) não se responsabilize por tal ação.

Além da participação ativa do usuário, é importante considerar que o cuidado é inerente a todas as profissões e deve ser tomado como caminho para a integralidade. Em outro aspecto, o cuidado é tido como parte integrante da vida das pessoas e pertencente ao campo da subjetividade (AYRES, 2001). Inferimos que existem diferentes modos de cuidar que não podem ser limitados a um determinado conhecimento científico (DUARTE, 2008, p. 268). O cuidado requer uma ação profissional envolvida com as repercussões na vida dos indivíduos, recompondo competências, relações e implicações (AYRES, 2009). “O acolhimento, como dispositivo, situa-se nessa dimensão: uma tecnologia do encontro, uma tecnologia do cuidado” (SILVA; BARROS, 2010, p. 388).

O sentido do cuidado modifica-se de acordo com os diferentes contextos. Quando um sujeito, seja usuário ou profissional de saúde, está usando o tropo cuidado, necessariamente, metaforiza seu sentido. Dessa forma, inventa ou expande o espaço de sua significação. A ideia de cuidado na sua metaforização da terapêutica abrange, atualmente, um campo bastante polissêmico. Na sua percepção mais convencional ou coletiva, generalizada, a ideia do cuidado pode entrar em certa tensão com a terapêutica biomédica, na medida em que as percepções de cuidado emergem na relação entre usuários e profissionais (BONET; TAVARES, 2009). Por exemplo, quando um profissional da saúde, um médico fala para seu paciente - vou cuidar de você - e quando uma mãe, cujo filho depende de cuidado médicos, também cuida do seu filho -, eles sabem que estão falando de acontecimentos diferentes. “O cuidado de um complementa e contrasta o cuidado do outro, só podendo ser compreendidos em relação aos contextos diferenciais nos quais se criam essas significações” (BONET; TAVARES, 2009, p. 272).

Os profissionais de saúde, agindo como cuidadores, podem ajudar os sujeitos a ressignificarem as experiências que causam dor e sofrimento e a terem maior domínio das situações, encontrando um sentido para a vida (LACERDA; VALLA, 2006). Mas algumas indagações permanecem: será que os profissionais querem agir como cuidadores? Eles estão preparados? Ou apenas fazem o cuidado de acordo com o sentido unicamente técnico, sem nenhum envolvimento, tratando o outro apenas como um objeto? Como já foi dito anteriormente, as concepções dos profissionais, considerados atores importantes no processo de construção de um efetivo cuidado, podem interferir nesse agir.

3 CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: UM VALOR ALMEJADO

Segundo Pinheiro (2009), a ideia de conceber o cuidado como valor nasce do entendimento que visa a ultrapassar outros sentidos, principalmente ir longe da acepção técnica, pois a definição de cuidado, nesta abordagem, o apreende como uma ação integral, com significados voltados para a compreensão de saúde como o direito de ser.

Definimos como valor o que está intrinsecamente ligado à constituição de sentido, e o sentido é algo que só o ser humano pode realizar – assim como o ethos do ser humano possui uma ética, que é capaz de valorar, de dar sentido à sua existência, a fim de optar entre várias possibilidades de ser. É justamente essa valoração que define o tipo de escolhas e a finalidade das ações. Afinal, são as escolhas e as ações que determinam o sentido humano da vida (PINHEIRO, 2010, p. 32)

Além de o cuidado ser visto como valor, ele pode ser considerado como “ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos” (ZOBOLI, 2009, p.63). Nessa concepção, toma-se o cuidado como proposta ética e não como ato isolado da assistência ou atenção à saúde, apenas. Refere-se à atitude, modo de ser, ou a maneira como a pessoa funda e constroa relações com os objetos, os outros, o mundo e também, consigo mesma. “Esta atitude é de ocupação, preocupação, responsabilização, sensibilidade para com a experiência humana e reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças” (ZOBOLI, 2009, p. 63).

Com isso, a noção de cuidado integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos – opondo-se a uma visão apenas economicista – e devolver-lhes o poder de julgar quais são seus problemas de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros objetos (PINHEIRO, 2006).

Cuidar é considerado uma ação integral, com significados e sentidos que compreendem a saúde como “direito de ser” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Nesse sentido, o cuidar requer, forçosamente, o acolhimento, com respeito à pessoa em

sofrimento, sem perder de vista suas fragilidades, incluindo as sociais. Ademais, tal ação demanda a aceitação do outro como sujeito e um mover-se no sentido da construção da saúde como projeto de cidadania (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos, respeitando as necessidades específicas de cada pessoa (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Isto é: “entendemos o direito de ser diferente e que essas diferenças devem ser respeitadas publicamente” (PINHEIRO, 2009, p. 18).

O Cuidado Integral em Saúde “pressupõe estabelecer relações de troca e envolvimento entre os sujeitos, e essas relações estão permeadas de conteúdos emotivos que, ao serem expressos, precisam ser acolhidos” (LACERDA et al., 2009, p. 252). O cuidado representa a maior expressão da integralidade nos encontros humanos em saúde e exige responsabilidade de todos os atores envolvidos (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010).

Refletir sobre cuidado integral traz, à tona, as dimensões subjetivas e simbólicas presentes nas relações sociais e nas diversas formas de apreensão do real. Abordar o cuidado presente na intersubjetividade, quer dizer, no campo relacional que se estabelece entre os sujeitos, requer considerar que existe uma dimensão do autocuidado, que também é construído socialmente (LACERDA et al., 2009)

A integralidade da atenção à saúde supõe a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, propondo táticas para o funcionamento operacional do conceito ampliado de saúde. O que se deseja em relação à integralidade da atenção à saúde é que os profissionais se tornem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento aos usuários das ações e serviços de saúde, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença não inseridas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica e mais implicados com projetos de vida que contribuam pela autodeterminação dos usuários em seu andar a vida - seu pertencimento às redes de invenção de vida (CECCIM, 2010).

O cuidado, entendido como uma dimensão da integralidade, deve permear as práticas de saúde e não pode restringir-se apenas às competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001), pois inclui o “acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos” (LACERDA; VALLA, 2006, p. 96).

A integralidade em saúde não se refere apenas ao bom exercício da biomedicina, mas à boa prática de todos os profissionais diretamente implicados no cuidado em saúde (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010). Entretanto, alguns profissionais de saúde, ao normatizarem padrões e regras saudáveis para seus pacientes, priorizam o saber técnico-científico em prejuízo do saber popular e, na maioria das vezes, abrem mão do cuidado integral em saúde dos usuários (LACERDA; VALLA, 2006).

Uma atenção integral à saúde implica ampliação dos referenciais com que cada profissional de saúde opera a compreensão da sua atuação profissional e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da sua ação, enquanto uniprofissional, principalmente, ao se pretender dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações, não apenas de doenças determinadas pela medicina. Reforça-se que a atenção integral envolve mudanças nas relações de poder entre profissionais de saúde, a fim de constituir, realmente, uma equipe entre profissionais de saúde e usuários, com o objetivo de promover, efetivamente, a autonomia dos usuários (CECCIM, 2010).

A integralidade requer a escuta e o olhar assegurado no momento de clínica, bem como acesso, como continuidade da atenção a todos os serviços e cuidados de uma pessoa, grupo ou coletividade. Supõe, também, um exercício profissional comprometido com a promoção da autonomia das pessoas, grupos e coletividades, no enfrentamento das questões de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentro dessa integralidade, o cuidado em que apostamos é aquele

no qual as intervenções dos profissionais da saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Portanto, um cuidado profundamente centrado na compreensão do sofrimento manifesto ou do sofrimento antecipado pelos profissionais no contexto de vida do sujeito que sofre ou poderá vir a sofrer. Ademais, um cuidado que se preocupe em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer (MATTOS, 2008, p.347).

Enfim, esse cuidado parece ser uma utopia, porém é o desejado por aqueles que compreendem o ser humano como um ser único, capaz de gerenciar sua vida, mesmo que, em alguns momentos, experimente um grande sofrimento. Oferecer aos

sujeitos que frequentam as unidades de saúde um cuidado que promova a emancipação e a autonomia é possibilitar à pessoa ser, verdadeiramente, agente da sua própria vida. Quando isso acontecer, talvez diminua a dicotomia entre profissional de saúde x usuários e as constantes queixas dos profissionais de que os usuários não fazem o que eles orientam, por exemplo.

4 PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL

Para discorrer sobre as práticas de cuidado integral em saúde para as pessoas com sofrimento mental é antes imprescindível entender o que consideramos sofrimento mental na perspectiva da integralidade e, não, da exclusão.

4.1 O SOFRIMENTO MENTAL NO ÂMBITO DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

Considerando cuidado como valor, como uma proposta ética e não apenas um ato isolado da assistência ou atenção à saúde, reafirma-se que Cuidado Integral em Saúde diz respeito ao produto das relações entre as pessoas, numa relação em que duas pessoas são colocadas como sujeitos. Certamente, é uma relação de sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, envolvendo trocas entre eles.

O Cuidado Integral em Saúde às pessoas com sofrimento mental não difere do cuidado prestado a qualquer outra pessoa. Esse cuidado também implica em tratamento digno e respeitoso, acolhimento e vínculo.

A palavra sofrimento tem vários significados: “1. Dor física; 2. Grande dor moral; 3. Angústia, aflição” (FERREIRA, 2004, p.668). O sofrimento pode incluir “tanto a dor física, como outras dores que se expressam através de tristeza, medos, ansiedades” (LACERDA; VALLA, 2006, p.93). Na área da saúde, o sofrimento que é subjetivo e concreto para quem o vivencia, é o que deve dar sentido ao trabalho dos profissionais da saúde (MATTOS, 2008).

Empregamos o termo “sofrimento mental”, abarcando o conjunto de males que acometem as pessoas, incluindo as dores além do aspecto físico: aquelas que se apresentam por meio de angústias, de lutos mal resolvidos, da violência cotidiana em suas várias formas, nas ansiedades e também no sofrimento social (condições

de vida precárias). Neste enfoque, sofrimento mental também compreende as condições crônicas da doença mental, tais como a esquizofrenia, a depressão e outras patologias nosologicamente descritas.

Em conformidade com o relatório da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (2001), muitas vezes os profissionais de Atenção Básica entram em contato com a angústia emocional, no entanto, nem sempre a reconhecem. O mesmo relatório enfatiza que o reconhecimento e o manejo precoce de transtornos mentais podem reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos sujeitos.

Por outro lado, a OMS (2003), aponta que as condições crônicas abrangem agravos que superam as doenças crônicas e incluem tanto as condições não transmissíveis como as transmissíveis persistentes, os distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas e estruturais contínuas.

Nos países em desenvolvimento, as condições crônicas surgem, fundamentalmente, no nível de atenção primária e devem ser tratadas, com preferência, nesse âmbito. A depressão e a esquizofrenia são exemplos de distúrbios que, geralmente, se tornam crônicos e exigem monitoramento e gerenciamento a longo prazo (OMS, 2003).

Uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente um transtorno mental ou comportamental. Essas famílias veem-se obrigadas a não só proporcionar apoio físico e emocional, como também arcar com o impacto negativo da estigmatização e da discriminação presentes em todas as partes do mundo (OPAS/OMS, 2001, p. 51).

Todas as doenças crônicas exigem estratégias eficazes para produção, gerenciamento e oferta de cuidados pelos diferentes sistemas de cuidado, dada sua persistência no tempo, precisando, portanto, de cuidado continuado e prolongado (GERHARDT, 2010).

As doenças crônicas, incluindo, nesse rol, os transtornos mentais,

no seu curso alternam-se, com frequência e/ou recorrência, períodos de agudização e de silenciamento, impondo exigências diferenciadas de cuidado em cada um deles. Estes períodos podem ser comprometedores da vida da pessoa, a depender da maneira como ela possa ser acompanhada e cuidada pelos profissionais de saúde, bem como pelo modo como ela mesma e sua família gerenciam suas necessidades de saúde, de acordo com suas possibilidades cotidianas (GERHARDT et al, 2010, p.296).

As carências dos usuários e de suas famílias são complexas e mutáveis, e a continuidade da atenção é importante. Isso requer “mudanças na forma pela qual a atenção é organizada atualmente” (OPAS/OMS, 2001, p.86). Essas mudanças incluem novas formas de atenção, priorizando as atividades na Atenção Básica e de cunho comunitário.

Devido à proximidade com as famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica ou as equipes da ESF representam um recurso estratégico para enfrentar importantes problemas de saúde pública, inclusive as variadas formas de sofrimento psíquico (BRASIL, 2005). “Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave a adesão às práticas preventivas ou de vida mais saudáveis” (BRASIL, 2003, p. 3). Pode-se entender que “todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde” (BRASIL, 2003, p. 3).

Fica explícito que as necessidades em saúde mental são indissociáveis das demais situações em saúde e, portanto, devem ser acolhidas em qualquer serviço de saúde, com facilidade no acesso, não em espaços segregadores (ALVES, 2006), mas em espaços de cuidado integral.

Pelos motivos expostos, a legislação de saúde aponta uma relação entre as práticas de saúde mental e o SUS, demonstrando ser fundamental construir modelos de atenção aliados ao movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Ressaltamos a importância de conhecer quais práticas estão sendo efetivadas para as pessoas em sofrimento mental, visto que durante muitos anos essas pessoas foram excluídas dos serviços de saúde, prioritariamente na Atenção Básica.

4.2 ENTENDENDO AS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE

Entendem-se como práticas as ações exercidas em determinados contextos e com usos diversos. As práticas representam “as possibilidades que se apresentam no cotidiano de determinado grupo social em seu contexto específico” (ACIOLI, 2006, p. 188). As práticas de saúde podem ser definidas como “as ações identificadas pelas pessoas como atividades que contribuem para que se sintam saudáveis” (ACIOLI, 2006, p. 189).

As práticas de cuidado podem ser designadas como “o conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida” (MATTOS, 2008, p. 321), e são desenvolvidas por profissionais da saúde, constituindo assim formas de trabalho em saúde.

No plano da organização das práticas de saúde é importante dar atenção às manifestações de indignação dos usuários destes serviços, de pequenos episódios de rebeldia, de questionamentos à ordem instituída nas instituições de saúde. Uma análise crítica desses episódios pode contribuir para nossa percepção, como profissionais da saúde, de algumas das consequências de nossas ações, e das opressões que com elas provocamos.

Insta examinarmos de modo sistemático as trajetórias percorridas pelas pessoas, na tentativa de obtermos algo nos serviços de saúde, as suas estratégias para minimizar ou contornar os obstáculos e os sofrimentos produzidos pelo padrão de organização dos serviços de saúde. Também, cabe-nos o esforço de compreender a experiência vivida pelo outro, ao se submeter às regras e aos procedimentos que preconizamos (MATTOS, 2008).

Reconhecemos que, em geral, as práticas de cuidado são pautadas por uma ordem que atende mais aos serviços e aos profissionais do que às pessoas que procuram os serviços de saúde.

Algumas práticas e atividades de Cuidado Integral em Saúde vêm sendo discutidas por diversos autores (PINHEIRO, 2010; MATTOS, 2008; LACERDA et al., 2009), tais

como homeopatia, participação em grupos religiosos, determinadas atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde, entre outras, que objetivam promover a saúde e o espaço para legitimar outras formas de conhecimento, além do modelo biomédico. “Essas práticas de Cuidado Integral em Saúde trabalham na perspectiva do apoio social e suas redes, e se apresentam como propostas para aliviar o sofrimento dos sujeitos e grupos sociais” (LACERDA et al., 2009, p. 251).

Para que as práticas de Cuidado Integral em Saúde sejam incorporadas no cotidiano dos serviços de saúde faz-se necessário promover mudanças na organização dos serviços e das práticas, e isso não representará uma tarefa fácil, enquanto essas questões não fizerem também parte da agenda dos gestores de saúde (ALMEIDA; PINHEIRO, 2010).

As práticas de saúde atuais parecem refletir a fragmentação do cuidado e o seguimento rígido de protocolos criados para alcançar um modelo assistencial ideal, tornando o cuidado como algo burocratizado (LOPES et al., 2009). O profissional de saúde atuando, dessa forma, desconsidera a pessoa enquanto sujeito, descontextualizando o cuidado e desumanizando o ser humano.

No que se refere às práticas de cuidado com as pessoas com sofrimento mental, elas também são normatizadas, em conformidade com a racionalidade médica⁴ vigente, com prescrições segmentadas e descontextualizadas, contribuindo para a discriminação e aumento do preconceito.

Os espaços dos serviços de saúde possuem características bastante específicas se comparados com outras instituições (LOPES et al., 2009), podendo ser revelado ao percorrermos os diferentes tipos de serviços de saúde, por exemplo, Unidades Básicas, Unidades de Saúde da Família, Pronto Atendimento, Centros de Especialidades, Centros de Referência, Hospitais, etc. Esses espaços constituem lugares de aquisição de conhecimento, vivências e atitudes que produzem e reproduzem, criticamente, formas de atuar em saúde e de se relacionar com os

⁴ Racionalidade médica pode ser definida como um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais, quais sejam: morfologia (anatomia humana); dinâmica vital (fisiologia); doutrina médica; sistema de diagnósticos e sistema de intervenções terapêuticas (LUZ, M. T., 2007).

usuários e podem ser espaços de vivência e reflexão crítica da realidade, de compromisso social em suas vivências (LOPES et al., 2009).

O espaço dos serviços de saúde é marcado por disputas e conflitos, mas também pode ser espaço de construção de novas possibilidades de cuidar e aprender a cuidar. A construção das relações dentro das instituições tem como compromisso ultrapassar os limites impostos pela lógica capitalista predominante. Tal visão, longe de superar conflitos inerentes a essa relação, os acirra e não contribui para a construção de um olhar que se desloque de uma prática centrada no procedimento e na categoria profissional para outra, na qual o usuário seja reconhecido na sua alteridade, gerando o reordenamento dos processos de trabalho (LOPES et al., 2009).

A ideia de espaço público configura um encontro de produção do comum, de visibilidade, onde as expectativas de vida, no caso de saúde, podem incluir as experiências de adoecimento e de sofrimento (PINHEIRO, 2010).

Imaginar os espaços cotidianos da saúde como espaços públicos – e como tal, o cuidado em saúde – consistiriam numa união do pensar e do agir, tornando visíveis os sujeitos sociais e seus valores, frente a outros valores de outros sujeitos que se reconhecem habitantes do mesmo mundo do qual todos fazemos parte (PINHEIRO, 2009).

Considero que as USF tanto podem ser espaços de produção de saúde como de cuidado ou de adoecimento. Ponderando essa afirmativa, esta pesquisa buscou conhecer como acontecem as práticas de Cuidado Integral em Saúde, voltadas às pessoas com sofrimento mental no cotidiano.

4.3 PRÁTICAS NORTEADAS PELA LEI

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental,

as ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003, p. 3).

Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica. Os princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e Atenção Básica são: a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a multiprofissionalidade ou interdisciplinaridade; a desinstitucionalização; a promoção da cidadania dos usuários; e a construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01 (BRASIL, 2001) busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Em suma, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade e ofereça cuidados com base nos recursos que a comunidade possui. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e também faz parte dessa Política (BRASIL, 2012).

Historicamente, tanto no Brasil como mundo, as pessoas com sofrimento mental, consideradas “loucas”, “malucas”, “doidas”, recebiam um tratamento excludente e de caráter isolador. A loucura, ao longo dos séculos, vem sendo encarada de diversas formas pelo homem. Sabemos que o modo de reconhecer a loucura hoje, não é o mesmo de tempos atrás, pois a forma de entender, tratar, lidar e olhar a loucura se

modificou e ainda está se modificando lentamente, em alguns lugares e em outros, com um pouco mais de vigor. Vigor esse, devido à implementação dos novos modelos de assistência à Saúde Mental.

Durante muito tempo, o atendimento à pessoa com sofrimento mental no Brasil esteve ligado ao modelo centrado no hospital, limitado às internações prolongadas, mantendo a pessoa afastada do seu âmbito familiar e social.

Em 1978, com o movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e com a redemocratização das políticas de saúde, prevendo inclusão, solidariedade, cidadania, iniciou-se o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Junto a esses fatores acrescentou-se, posteriormente, em 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e, em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 1995).

Podemos apontar a Reforma Psiquiátrica como um movimento que visa à libertação dos pacientes com transtornos mentais dos grilhões do hospital psiquiátrico. É a luta por uma nova assistência a esse público, que começa com as novas propostas depois do período pós-guerra, através das diferentes estratégias ocorridas em vários países. O Brasil foi influenciado pela corrente da Psiquiatria Democrática Italiana, especialmente pelas ideias de Franco Basaglia. A Reforma Psiquiátrica, desde seu início, critica a atuação dos hospitais psiquiátricos e também as condições da falta de tratamento e as de exclusão das pessoas que até então estavam internadas.

A inclusão na sociedade e um tratamento digno e humano são os principais ideais da Reforma Psiquiátrica. Ainda estamos longe desse ideal, contudo, nessa caminhada, já é possível vislumbrar algumas vitórias.

Para que, realmente, aconteça uma Reforma Psiquiátrica no cotidiano, as mudanças precisam ocorrer em diferentes campos da sociedade, pois cada campo possui uma relação de codependência com outro. Portanto, uma mudança no campo teórico-conceitual seria ineficaz sem uma transformação no campo técnico-assistencial ou/e jurídico-político. E advindo essas modificações, seriam incompletas sem uma mudança no aspecto sociocultural (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica corrobora a ideia de integralidade no cuidado, ao propor a superação do tratamento como diminuição progressiva de sintomas e ao enfrentar posturas medicalizantes e individualizantes (BEDIM; SCARPARO, 2011).

De acordo com Abou-yd (2010)

a invenção da Reforma psiquiátrica não se faz, contudo, seguindo um modelo único ou acabado. De natureza múltipla, germina em contextos e possibilidades diversas e envolve diferentes atores. Sua diversidade, no entanto, se constrói tendo por balizadores éticos a defesa do direito à liberdade e à cidadania para todo homem (p. 93).

A política de Saúde Mental está inserida em uma macropolítica pública de saúde. No entanto, muitas vezes, parecem tratar de políticas divergentes e ambivalentes. Durante muito tempo, a política de saúde pública não priorizou a atenção às pessoas com sofrimento mental, pois elas não eram consideradas sujeitos/pessoas (cidadãos). Hoje as pessoas com sofrimento mental, em alguns municípios, são atendidas pela rede de Atenção Básica, tendo como porta de entrada a ESF, que faz parte da rede de atenção em saúde mental. Mesmo assim, a política pública de saúde mental convive ainda com formas degradantes de tratamento, presentes nos hospitais psiquiátricos, espalhados pelo país.

A rede de atenção em saúde mental é composta de diversos serviços que podem incluir “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos, cooperativas de trabalho, oficinas de criação e leitos em hospitais gerais” (FAGUNDES, 2010, p. 215) e, atualmente, as equipes da Estratégia Saúde da Família. “Nesses serviços se tece uma rede flexível e solidária de cuidados, de proteção e de atenção às diversas necessidades: saúde, educação, trabalho, lazer e afeto (...)” (FAGUNDES, 2010, p. 215).

Ao utilizar a metáfora da rede, a autora sugere que “uma rede de balançar é flexível, molda-se ao corpo de quem a utiliza, é pendurada nos mais diversos lugares e, mesmo sendo uma, tem várias funções” (FAGUNDES, 2010, p. 214). Uma rede, onde se recebem cuidados, deve ser constituída de múltiplos serviços, saberes e fazeres e deve servir para “deitar e relaxar”, isto é, ser um lugar para confiar (FAGUNDES, 2010).

Nas palavras da autora:

(...) a rede pode ter as funções de proteção, de lazer, de convivência, de escuta, de tratamento, de cuidado, de orientação, de interação, de suporte, de tolerância e de apoio. A rede deve ser inventada e possibilitar invenções. Essa exigência técnica e ética exigia uma pedagogia de implicação. Sem os recursos estratégicos e políticos próprios das ciências da educação não haveria como produzir, viabilizar e sustentar tanto ensinar e aprender (FAGUNDES, 2010, p. 216).

Nessa rede, os CAPS, caracterizados como serviços da média complexidade, assumem papel estratégico na organização da atenção às pessoas com transtornos psíquicos, estando, na época atual, regulamentados, especificamente pelas portarias Ministeriais nº189 e nº 336/GM, ambas de 2002 (BRASIL, 2004). OS CAPS são caracterizados como dispositivos de cuidado intensivo, comunitários, personalizados e promotores de vida, tendo como objetivo garantir atendimento

às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e suas famílias (BRASIL, 2004, p.12).

Entretanto, os CAPS não foram desenhados para dar conta, isoladamente, de todas as demandas em saúde mental, por ser essencial a existência de outros equipamentos de saúde e sociais, com os quais os CAPS devem se articular. A rede de cuidados em saúde mental, no contexto da política nacional vigente, deve ter caráter diversificado e marcadamente territorial, fundamentada numa perspectiva de integralidade. No campo da atenção psicossocial, que se configura no contexto da construção da rede de cuidados integrais em saúde mental, há uma exigência de práticas e que estas lancem seu olhar investigativo e compreensivo para a complexidade própria dos humanos, que transitam num dado território, habitam lugares psicossociais, cuja experiência de loucura e de sofrimento psíquico é atravessada por suas condições existenciais (CABRAL, 2011).

4.4 PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL EM VITÓRIA: NORTEADOR DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O município de Vitória ainda não possui uma política específica de Saúde Mental, o que existe, de acordo com o site da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), é o Programa de Saúde Mental. Segundo o site, esse programa oferece “atenção integral aos moradores que apresentam sofrimento psíquico e contribui para a plena inserção social desses indivíduos, garantindo seus direitos e seu lugar de cidadãos” (VITÓRIA, 2012). A proposta é de reduzir, ao máximo, o sofrimento e ampliar a inserção social, a autonomia e o protagonismo das pessoas, potencializando sua capacidade para lidar com a vida e os problemas.

No site, a Secretaria afirma ainda que as ações de saúde mental devem ser desenvolvidas, inicialmente, pelas equipes das unidades de saúde que procuram conhecer a pessoa - que necessita de atenção -, sua família e o contexto geral de cada situação para, em conjunto com as pessoas e famílias envolvidas, desenvolver as estratégias de atenção e tratamento que mais contribuam para a redução do sofrimento e a melhor inserção social e familiar (VITÓRIA, 2012).

Com a adoção da ESF, como modelo de reorganização da Atenção Básica em novas bases assistenciais, as equipes têm sido solicitadas a atuar frente a questões como dependência química, depressão e violência doméstica, de alta prevalência na população em geral. À medida que a adscrição da clientela em base territorial é um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho na ESF, o vínculo e a continuidade do cuidado tendem a gerar um confronto cotidiano dos profissionais atuantes nesse nível de atenção, com questões relacionadas a tais demandas (VECCHIA, 2006).

O município de Vitória é o único do Espírito Santo no qual o psicólogo está inserido em, praticamente, toda rede básica de saúde. As 28 Unidades de Saúde (US) contam com a presença desse profissional (IGLESIAS et al., 2009) contratado por meio de concurso público, em regime de 40 horas semanais (VITÓRIA, 2007). Após o concurso público de ingresso de novos profissionais em 2006, houve nas US

aumento da participação dos profissionais da psicologia nas ações coletivas de promoção à saúde (GUERRA; DALBELLO-ARAUJO, 2008).

Iglesias et al. (2009) nos esclarece que “os profissionais (psicólogos) têm se mostrado comprometidos com a transformação das práticas e com o papel que desempenham nas US” (p.124). Esses profissionais não se colocam apenas no lugar do saber especialista, ao contrário, buscam desconstruir esse lugar, colocando-se como um facilitador nas atividades em que participam e firmando parcerias com outros profissionais (IGLESIAS et al., 2009). Porém, há “um caminho longo a ser percorrido, principalmente no que diz respeito aos pacientes com transtornos mentais, vistos, pelos demais profissionais, como responsabilidade privativa dos psicólogos” (IGLESIAS et al., 2009, p.124).

A atuação do psicólogo tem se modificado ao longo das últimas décadas. Estudos anteriores (BASSANI, 1995; ANDRADE, 2007) sobre a atuação dos psicólogos na área de saúde, em Vitória, demonstravam que o atendimento individual e sem ligação com os objetivos da Atenção Básica eram preponderantes, com ações de uma clínica tradicional com caráter curativo e individual.

Em levantamento de caráter exploratório sobre as ações de promoção à saúde realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), executado em dois municípios da região metropolitana da Grande Vitória, no Estado do Espírito Santo, constatamos que os psicólogos participavam de várias ações de caráter coletivo e estão inseridos em vários grupos dirigidos para pais, crianças, adolescentes, homens, tabagistas, transtorno mental grave, etc. “Os profissionais (psicólogos) demonstraram compreender a importância e a legitimidade desse tipo de atividade em uma unidade de saúde” (IGLESIAS et al., 2009, p. 120).

Segundo Iglesias et al. (2009), apesar das dificuldades encontradas quanto à formação e atuação dos profissionais psicólogos na saúde pública, essas não impedem a ousadia de práticas coletivas, inventivas e inovadoras..

A pesquisa de Santos et al. (2010) sobre a atuação dos profissionais psicólogos das UBS da região de São Pedro revelou que a prática do psicólogo estava diferente da demonstrada em trabalhos anteriores e que tinha sido alvo de críticas (BASSANI

1995; ANDRADE, 2007), assinalando assim, novas expectativas para o agir de novas práticas no campo da saúde.

Na mesma pesquisa, as autoras citam que, segundo os psicólogos entrevistados, existe uma determinação por parte da coordenação municipal de saúde mental de Vitória, instruindo que as atividades sejam distribuídas em sua carga horária, de forma que 30% sejam destinados a atividades individuais e 70%, a atividades coletivas (SANTOS et al., 2010).

Com base em minha experiência profissional, esse percentual não foi cumprido por diversos motivos, entre eles: uma grande demanda para atendimento individual; falta de locais para a realização de atividades coletivas (condições estruturais de cada unidade); postura política do profissional; visão de trabalho em equipe; e, muitas vezes, desinteresse por parte dos profissionais.

No presente, é preconizado pela Coordenação de Saúde Mental, após uma discussão para regulamentação de parâmetros, que haja 40% da carga horária para atendimento individual e 60% do tempo para atividades coletivas⁵. Todavia, percebemos, conforme discurso dos profissionais presentes nas reuniões mensais de saúde mental da Região de São Pedro, que os atendimentos individuais ainda predominam.

Com a presença efetiva do profissional psicólogo na Atenção Básica, houve uma aproximação das pessoas com grave sofrimento psíquico da unidade de saúde do seu território de moradia. Transformar as unidades em lugares de acolhimento, de mobilização e de transformação da relação da comunidade com esses usuários e, ao mesmo tempo, em local de referência para eles e para sua família, quando da necessidade de cuidados, é uma tarefa essencial para avançar na proposta de desinstitucionalização⁶ (VICTAL BASTOS; ROMANHOLI, 2010).

A descentralização da assistência farmacêutica em saúde mental também contribui para os objetivos da Reforma Psiquiátrica, pois a medicação, que antes era

⁵ De acordo com relatório da reunião sobre agenda eletrônica dos Psicólogos do dia 30/11/11.

⁶ Desinstitucionalização pode ser caracterizada pela produção de estruturas de saúde mental que substituam a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (Franco Rotelli).

disponibilizada apenas em três pontos da rede, passou a ser distribuída em cada região de saúde, de modo a facilitar o acesso da população e, posteriormente, entregue, diretamente, em cada uma das unidades de saúde (VICTAL BASTOS; ROMANHOLI, 2010).

Dentro do contexto do Programa de Saúde Mental do município de Vitória, existe o matriciamento relacionado ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde. O apoio matricial constitui

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003, p. 4).

O apoio próximo e constante à Atenção Básica e, primordialmente, às equipes da ESF alcançou muitos avanços no acompanhamento integral das pessoas com grave sofrimento psíquico. Por exemplo, na resolutividade de situações complexas, famílias com diversos membros adoecidos, sofrimento psíquico grave, uso de drogas, tráfico e violências têm sido cuidados por profissionais que não recuam e que se articulam com outros setores, como a Secretaria de Assistência Social, os Conselhos Tutelares, a área da Cidadania e de Direitos Humanos, promotoria pública, habitação, Projeto Terra, escolas, vizinhos, igrejas, etc. (VICTAL BASTOS; ROMANHOLI, 2010).

A compreensão de que o indivíduo e seus problemas precisam ser cuidados, e não somente ter o seu diagnóstico, determinam um olhar “integral” da situação. A diversificação de ações é fundamental para se acolher alguém de forma integral, já que, com a oferta de outras possibilidades, reduz-se muito a tentação da seleção (ALVES, 2006). Isso quer dizer que todos podem ser cuidados na ESF, sem se aterem, apenas, ao seu diagnóstico.

O que pode dificultar esse cuidado é a forte influência do modelo tradicional de cuidado, e a dificuldade de alguns profissionais para renunciarem a “um papel

específico” – afinal são especialistas - e compartilharemos saberes. Trata-se de um exercício contínuo e muito difícil (ALVES, 2006). O que diferencia a ESF é, sobretudo, o “olhar integral do problema, do contrário não faria sentido ser local, territorial e, portanto, comunitário” (ALVES, 2006, p.175).

Entendemos que as diretrizes da ESF estão em consonância com os postulados da atenção à saúde mental, daí a intenção de investigar como ocorrem, dentro das USF da região de Maruípe, as práticas de cuidado integral em saúde, voltadas às pessoas com sofrimento mental.

5 OBJETIVO GERAL

- Analisar as práticas de cuidado integral em saúde, dirigidas às pessoas com sofrimento mental, nas USF da Região de Maruípe – Vitória-ES.

5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os locais onde são realizadas ações de cuidado integral em saúde, dirigidas às pessoas com sofrimento mental.
- Investigar como ocorrem as práticas de cuidado integral em saúde, referentes às pessoas com sofrimento mental.
- Analisar os limites e possibilidades envolvidos no desenvolvimento das práticas de cuidado integral em saúde.

6 METODOLOGIA

6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de pesquisa descritiva e de abordagem qualitativa capaz de

[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2006, p. 22).

Para Minayo (2007), todo estudo qualitativo objetiva, como núcleo básico, trabalhar com o significado dado pelos sujeitos aos fatos, às relações, às práticas e aos fenômenos sociais: compreender tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas. Esse conjunto de fenômenos humanos é considerado como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Para a autora, o universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e, é objeto da pesquisa qualitativa, dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.

A abordagem qualitativa de pesquisa realmente busca compreender o cotidiano, a vida das pessoas, que vivem e convivem num determinado lugar, possuem história, cultura, normas, jeitos de pensar e de agir próprios. Essa abordagem faz uma contraposição ao método cartesiano, bem como mostra que a verdade absoluta não existe. O que existe são “várias verdades”.

Dalbelo-Araujo (2008, p. 3) afirma a

necessidade de recuperação do sujeito emocional e integral. Isso nos obriga a rever a postura do pesquisador e sua relação com os “objetos” de pesquisa, assim como sua capacidade de interpretar os dados por meio exclusivamente da razão, insistindo que o pesquisador se afeta e é afetado pelas relações de pesquisa que estabelece.

Destarte, essa postura não significa ausência de rigor com o que está sendo produzido e afirmado. Desde o momento da formulação do problema de pesquisa - durante o trabalho de campo -, até à análise, é fundamental que permaneçamos atentos para que nossas próprias convicções e modos de ver o mundo não se sobreponham ao inusitado daquilo que poderíamos ver ou ouvir durante a pesquisa (DALBELLO-ARAUJO, 2008), no que assevera a autora:

por meio desta postura, estaremos nos afastando de qualquer pretensão à neutralidade, pois nessa perspectiva metodológica, o pesquisador não só tem existência, como ocupa um lugar de implicação (DALBELLO-ARAUJO, 2008, p. 3).

Essa implicação não impede que a pesquisa seja conduzida pelas “normas éticas”, mas apenas que o pesquisador seja afetado por aquilo que está pesquisando, como também afetará o ambiente pesquisado. Constatamos que, em uma investigação como a realizada neste estudo, são muitos os caminhos a seguir com os dados que vão surgindo no decorrer da pesquisa de campo.

O caminho percorrido despertou uma gama de sentimentos e de observações. O início do campo - minha primeira experiência como pesquisadora – um turbilhão de sentimentos: medo, ansiedade, desejo, alegria, desconfiança foram sendo trabalhados, ressignificados e levados em conta a cada etapa, com a ajuda do

Grupo de Estudos em Trabalho e Saúde (GEMTES⁷) e de vários momentos de reflexão.

Para alcançar os objetivos propostos foi realizado um extenso trabalho de campo entre os meses de fevereiro e julho de 2012, com seis sessões de Grupo Focal, 17 horas de Observação Sistemática e sete Entrevistas Semiestruturadas. Em todas as etapas da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE D).

6.2 ETAPAS DA PESQUISA

6.2.1 Começando a caminhar: conhecendo o cenário

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória se organiza sobre bases territoriais, e a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência. O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura (VITÓRIA, 2009).

O objetivo dessa organização é prevenir riscos e evitar danos à saúde, a partir de um diagnóstico da situação e das condições de vida de populações em áreas delimitadas. Por isso, “pressupõe limites, organização e participação, para se constituírem em espaços de trocas e pactuações para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar” (VITÓRIA, 2009).

⁷ O grupo GEMTES aglutina pesquisadores e técnicos que atuam na área da saúde coletiva e da saúde pública. Objetiva construir relações de intercâmbio e produção de conhecimento na área da Saúde Coletiva. Suas principais áreas de estudo dizem respeito ao estudo de políticas de saúde e processos de trabalho em saúde.

O município de Vitória se divide em 06 Regiões de Saúde (Figura 1), a saber: Região São Pedro, Região Continental, Região Forte São João, Região Centro, Região Santo Antônio e Região Maruípe. A rede de serviço municipal é composta por 28 Unidades de Saúde, sendo que 21 são USF, três são PACS e quatro são UBS.

A rede é completada por: dois prontos-atendimentos; um Centro de Especialidades (CME); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Bento Ferreira); Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi); Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT); Centro de Referência de Atendimento ao Idoso (CRAI); Centro de Referência DST/AIDS; Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

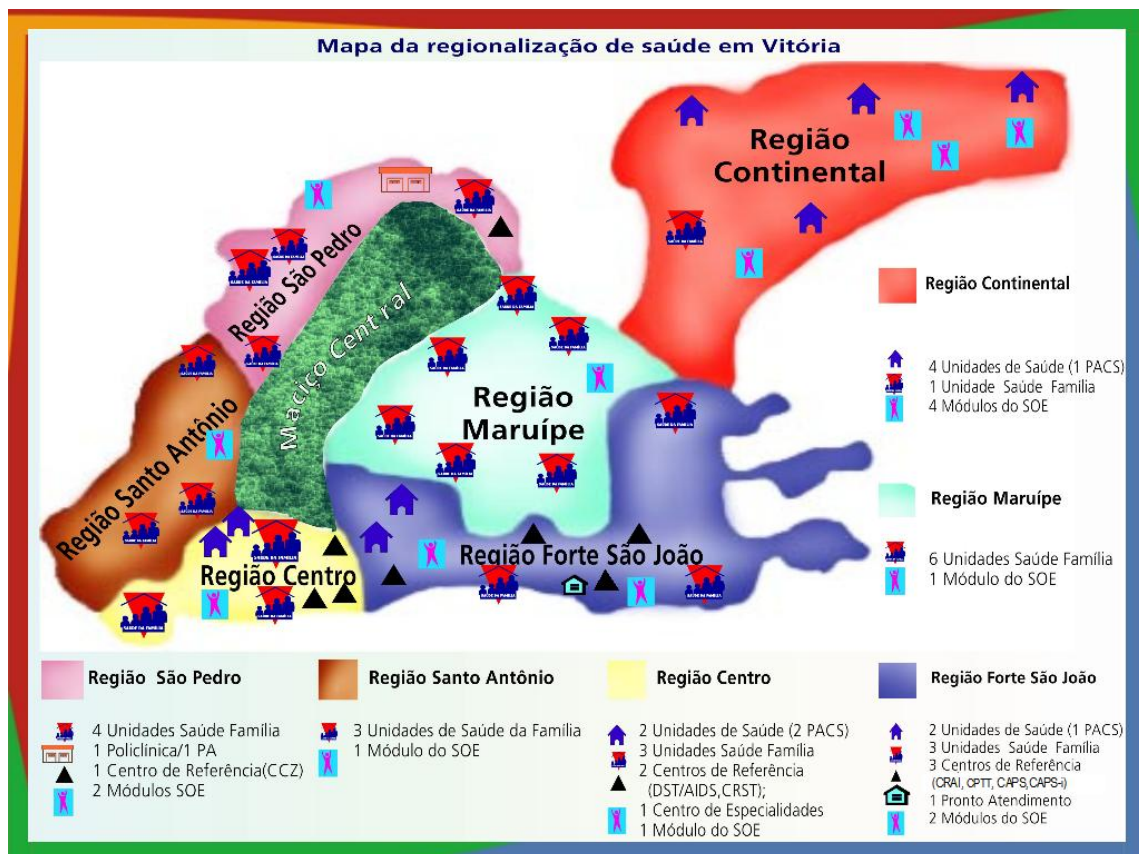


Figura 1: Mapa da territorialização da saúde em Vitória – Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Fonte: Prefeitura Municipal de Vitória, 2009.

A região de Maruípe, contemplada por esta pesquisa, compreende 12 bairros: Maruípe, Bairro da Penha, Bonfim, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristovão, Tabuazeiro, Andorinhas, numa área aproximada de 5.671.517 m². Abriga: o Museu Solar Monjardim; o Parque do Horto de Maruípe, o maior da cidade; o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM); o Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), que oferece cursos de graduação e cursos de pós-graduação, destacando o de Saúde Coletiva.

A Região de Saúde de Maruípe, na ocasião da pesquisa, era composta por seis unidades, atuando dentro da lógica da ESF: Tomaz Tomassi, Bairro da Penha; Consolação; Maruípe; Andorinhas e Santa Marta. Hoje abriga também a Unidade de Saúde de São Cristovão.

Essa região de Maruípe foi eleita para ser campo de pesquisa, por ser referência para os trabalhos e pesquisas da UFES, e campo de estágio docente-assistencial. Além disso, o GEMTES tem, ao longo dos últimos cinco anos, acumulado uma série de informações e análises sobre as atividades realizadas pelas Unidades que compõem a região mencionada. Estudar essa região significa empreender esforços para compreender o modo de funcionamento das unidades que a compõem, em seus diferentes campos e interfaces.

6.2.2 As visitas preliminares

A pesquisa de campo começou com visitas de reconhecimento e com a apresentação do projeto às coordenações das seis USF pesquisadas, que foram: Tomaz Tomassi, Bairro da Penha; Consolação; Maruípe; Andorinhas e Santa Marta.

A Região de Maruípe também foi campo de pesquisa para outra pesquisadora do grupo GEMTES e, por essa razão, optamos por realizar as visitas às USF conjuntamente, a fim de otimizar o tempo dos diretores e dos profissionais.

Nessas visitas, solicitamos permissão para a realização da pesquisa e para o reconhecimento da estrutura física de cada uma das seis unidades. Também fizemos um pré-convite informal aos profissionais apresentados, para a realização do Grupo Focal.

6.2.3 Sessões de Grupo Focal

“O grupo focal é um ambiente mais natural e holístico em que os participantes levam em consideração os pontos de vista dos outros na formulação de suas respostas e comentam suas próprias experiências e as dos outros” (GASKELL, 2002, p. 76). O objetivo do grupo focal é estimular os participantes a falar e a reagir àquilo que outras pessoas no grupo dizem, e o entrevistador atua como catalisador da interação social (comunicação) entre os participantes (GASKELL, 2002). No grupo focal, “as pessoas nos grupos estão mais propensas a acolher novas ideias e a explorar suas implicações” (GASKELL, 2002, p.76).

Dentro das vantagens do grupo focal, destaca-se a possibilidade de o grupo fornecer discernimentos sobre o consenso emergente, e a maneira como as pessoas lidam com as divergências. A partilha e o contraste de experiências constroem um conjunto de interesses e preocupações comuns que, em parte vivenciadas por todos, são raramente articuladas por um único indivíduo (GASKELL, 2002).

Optamos por essa técnica ao considerarmos que o grupo focal possibilitaria explorar o espectro de atitudes, opiniões e comportamentos dos participantes e orientar na seleção das etapas posteriores do estudo.

Foram realizados seis encontros baseados na técnica de Grupo Focal que tiveram o objetivo de averiguar as principais atividades realizadas em cada uma das seis Unidades da região de Maruípe e a compreensão geral sobre a diretriz da Integralidade. Ademais, indagamos sobre as práticas de Cuidado Integral em Saúde e investigamos em quais unidades são realizadas as ações de Cuidado Integral

dirigidas às pessoas com sofrimento mental. Foi utilizado um roteiro (APÊNDICE A) para nortear o desenvolvimento dos grupos.

Os grupos foram organizados no período de fevereiro a abril/12. As sessões de grupo focal tiveram duração de duas horas cada uma e aconteceram em horário de trabalho, no turno vespertino e contaram com a participação de 40 profissionais das seguintes categorias: agentes comunitários de saúde (ACS), assistentes administrativos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, odontólogos, psicólogos, sanitaristas e estudantes de graduação, com a frequência de sete profissionais por grupo. A presença foi livre e todos assinaram o TCLE. Em todos os grupos, houve a participação de um copesquisador, que fez a digitação do material.

Os dados colhidos através dos grupos focais foram gravados, transcritos e analisados para procurar “sentidos e compreensão” (GASKEL, 2002, p 85). A análise visou a organizar os dados de modo que eles revelassem, com a objetividade e isenção possíveis, como os grupos em questão se relacionavam com o foco do estudo em pauta (CARLINI-COTRIM, 1996). A análise detectou duas Unidades onde se realizam práticas sistemáticas de cuidado integral voltadas às pessoas com sofrimento mental e estas foram observadas no segundo momento da pesquisa.

6.2.4 Observação Sistemática

De posse da análise do material proveniente dos grupos focais, demos início à segunda etapa, a observação sistemática que deve ser considerada uma técnica para colher impressões e registros sobre um fenômeno. É desenvolvida por meio do contato direto com as pessoas a serem observadas, de modo a abstraí-las de seu contexto, para que possa ser analisadas em suas diferentes dimensões (MOURA; FERREIRA, 2005).

As observações feitas, individualmente, em sua vivência diária são influenciadas pela história pessoal de cada um, que o leva a privilegiar certos aspectos da realidade e negligenciar outros. A fim de que se torne um instrumento válido e

fidedigno de investigação científica, a observação precisa ser controlada e sistematizada. Isso implica a existência de um planejamento cuidadoso do trabalho e uma preparação rigorosa do observador (LUDKE; ANDRE, 1986).

“Planejar a observação significa determinar com antecedência ‘o que’ e ‘o como’ observar” (LUDKE; ANDRE, 1986, p. 25). Por isso, a observação sistemática “implica a adoção de uma série de decisões prévias sobre os elementos e situações a serem observados e a forma de registro desses dados” (MOURA; FERREIRA, 2005, p. 57). Nesta pesquisa, as observações foram baseadas em um roteiro previamente planejado (APÊNDICE B).

A técnica de observação sistemática acompanhou as práticas de Cuidado Integral em Saúde no cotidiano dos serviços. Para conhecer como um fenômeno acontece é preciso observá-lo em seu habitat natural. Por isso, optamos, naquele momento, por essa técnica. Entretanto, reconhecemos que o simples fato de o pesquisador adentrar em um espaço já produz algum tipo de interferência que precisa ser considerado no momento da análise.

A USF Azul e a USF Verde foram as unidades que preencheram os critérios para esta etapa. Os critérios para eleição dessas USF foram: a) USFs, onde os profissionais afirmaram, durante o grupo focal, realizar ações de cuidado integral em saúde, dirigidas às pessoas com sofrimento mental; b) Essas ações estarem acontecendo durante o período da pesquisa.

Assegurados os critérios citados acima, foram observadas duas práticas reconhecidas pelos profissionais de saúde como de cuidado integral em saúde. As ações observadas foram nomeadas de **Prática A** e **Prática B**, respectivamente, na USF Azul e na USF Verde.

A Prática A é um Projeto de Extensão do curso de Terapia Ocupacional da UFES, em parceria com profissionais da USF. Teve seu início no segundo semestre de 2011, com os objetivos de propor e desenvolver atividades em grupo que possibilitem aos usuários uma melhor qualidade de vida. É um grupo que tem encontros semanais no auditório da unidade, com uma hora e meia de duração e uma média de cinco participantes por encontro. A Prática A é voltada para as pessoas adultas (homens e mulheres) com sofrimento mental moderado e grave, ou

seja, é dirigida para as pessoas que passam pela experiência da loucura. Nesse grupo, os participantes desenvolvem um projeto individual, de acordo com seu desejo, através de atividades como pintura, colagem, mosaico de EVA, bijuteria, confecção de cartaz, etc. Para participar desse grupo, o encaminhamento é feito pelo profissional de Psicologia ou por meio de convite feito pelos ACS.

A pesquisadora frequentou cinco encontros desse grupo, num total de 10 horas de observação.

A Prática B consiste em um grupo de apoio terapêutico, com início no ano de 2012. Os objetivos declarados da Prática B são: oferecer apoio às pessoas com sofrimento mental; melhorar o conhecimento dos profissionais sobre esses usuários, com a intenção de uma maior aproximação com eles, a fim de propor outras ações e melhorar a assistência. Os responsáveis são profissionais das áreas referentes à Medicina, Psicologia, Farmácia e ao Serviço Social. Os encontros são mensais no auditório da unidade, com média de 13 participantes. A Prática B é voltada para os usuários com sofrimento mental grave que tenham condições de frequentar a Unidade e, por vezes, o convite é estendido aos familiares dos usuários. Também é feita a renovação de receitas de controle especial, dando continuidade ao tratamento medicamentoso. Para participar do grupo, a indicação é feita a priori pela profissional da Psicologia, e o convite impresso é entregue pelos ACS. Foram realizadas 7 horas de observações, autorizadas pelo coordenador da USF, como também pelos facilitadores.

O registro das observações foi feito em diário de campo. O conteúdo das observações foi dividido em duas partes: uma parte descritiva que compreendeu um relato detalhado de como ocorrem as práticas e outra parte reflexiva, com as observações pessoais do pesquisador, feitas durante a fase da coleta: suas especulações, sentimentos, problemas, ideias, impressões, dúvidas, certezas, surpresas e decepções.

6.2.5 Entrevistas com roteiro semiestruturado

Concomitante ao segundo momento, iniciamos as entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado (APÊNDICE C). Essas entrevistas constituem

uma representação da realidade: idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2007, p. 65).

Coube à entrevista fornecer os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão detalhada de crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos, pois a compreensão dos mundos das vidas dos entrevistados e de grupos sociais é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa (GASKEL, 2002).

A entrevista semiestruturada parte de um roteiro, de um guia e se direciona através do objetivo da pesquisa. O mais importante é dar ao entrevistado o maior escopo possível para apresentar as suas opiniões (FLICK, 2004), porquanto, a entrevista semiestruturada se apresenta sob a forma de um roteiro preliminar de perguntas, que se molda à situação concreta da entrevista, já que o entrevistador tem a liberdade de acrescentar novas questões com o intuito de aprofundar pontos considerados relevantes aos propósitos do estudo (MOURA; FERREIRA, 2005).

Esse roteiro não é rígido, pode ser modificado durante a pesquisa, se o pesquisador observar que existem, no roteiro, questões “irrelevantes do ponto de vista dos interlocutores” (MINAYO, 2007).

Ao começar a entrevista “o entrevistador deve deixar o entrevistado à vontade e estabelecer uma relação de confiança e segurança, o que se costuma chamar de *rapport*” (GASKELL, 2002, p. 74).

Nessa etapa, entrevistamos sete profissionais das áreas de Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional e Farmácia, considerados responsáveis pelo desenvolvimento

das práticas observadas. Realizamos quatro entrevistas com profissionais da USF Azul e três, com os profissionais da USF Verde.

As entrevistas foram agendadas de comum acordo com a disponibilidade dos entrevistados e aconteceram nos locais de trabalho de cada um, com duração média de 45 minutos. Foram gravadas em máquina digital, com a autorização do entrevistado e transcritas para análise posterior.

Mediante as entrevistas semiestruturadas, foi possível aprofundarmos o entendimento dos profissionais de saúde, em relação às práticas de cuidado integral em saúde, desenvolvidas por eles, bem como compreendermos as possibilidades e limites existentes para o seu desenvolvimento.

6.2.6 Análise dos Dados

Em cada etapa, realizamos uma análise específica do material para delimitar e nortear a etapa posterior. O conjunto das análises foi orientado pela Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (1977), pode ser entendida como

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p.42).

O objetivo da análise é procurar sentidos e compreensão. O que é, realmente, falado constitui dado, “mas a análise deve ir além da aceitação deste valor aparente. A procura é por temas com conteúdo comum e pelas funções destes temas” (GASKELL, 2002, p.85).

“É vital garantir que toda a interpretação esteja enraizada nas próprias entrevistas, de tal modo que, quando a análise é feita, o corpus pode ser trazido para justificar as conclusões” (GASKELL, 2002, p.86).

Para a interpretação dos resultados, a partir do embasamento da Análise de Conteúdo, providenciamos o processamento dos dados, formando um corpus e depois um tratamento dos dados, a fim de reconhecermos as categorias que foram trabalhadas para atingir os objetivos definidos.

Para a criação das categorias, efetivamos a leitura e releitura dos materiais trazidos das observações, das transcrições das entrevistas e do diário de campo. Como em cada etapa, havia sido feita uma análise para orientar a etapa posterior, todo o material foi relido várias vezes para a criação das categorias, com o objetivo de analisar as práticas de cuidado integral em saúde, voltadas às pessoas com sofrimento mental.

6.2.7 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) do município de Vitória em 13 de Setembro de 2011 (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em concordância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 238/11 (ANEXO 2).

Cada sujeito da pesquisa foi informado quanto aos objetivos da pesquisa, à garantia da confidencialidade de sua identidade e das informações prestadas, ficando também esclarecido quanto ao direito de desistência de participação em qualquer momento do estudo.

Para assegurar de que estavam cientes do exposto acima, os sujeitos assinaram, em cada etapa da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Ao término desta pesquisa, os resultados apreendidos serão disponibilizados no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, bem como, na Prefeitura Municipal de Vitória-ES, através da apresentação dos resultados aos profissionais das USF pesquisadas na região de Maruípe.

7 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE DIRIGIDAS ÀS PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL

7.1 O CAMINHO PERCORRIDO: A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

A ESF é uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde da Atenção Básica, mantendo coerência com os princípios organizativos do SUS, como: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular. É responsável pelo atendimento integral e contínuo à saúde das famílias adscritas ao território rural ou urbano, com limites geográficos definidos. As equipes das USF atuam em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças mais frequentes (OHARA; SAITO, 2010).

As equipes da ESF são importantes recursos no enfrentamento de problemas de Saúde Pública (BRASIL, 2005). Esperamos que essas equipes também acolham as necessidades das pessoas com sofrimento mental, pois todo problema de saúde pode ser também um problema de saúde mental (BRASIL, 2003).

As USF do município de Vitória são compostas por equipes com médicos, enfermeiros, ACS e auxiliares de enfermagem. Contam ainda com equipe de Saúde Bucal composta por dentista, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Por outro lado, apresentam um diferencial, pois inclui na rede de assistência outros profissionais como: sanitaristas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos (em algumas) e farmacêuticos. As USF da Região de Maruípe também contam com os profissionais citados acima e, em algumas unidades, há ainda estagiários de várias áreas da saúde.

Com essa estrutura, as USF podem ser consideradas como locais estratégicos para a prática do cuidado, devido à sua proximidade com as famílias e comunidades, e à diversidade de profissionais, buscando garantir um atendimento integral aos sujeitos de determinado território.

Assim, a partir da coleta de dados, observamos que os profissionais das USF Verde e Branca consideraram, como práticas de cuidado integral: as ações de pré-natal; as ações da saúde da criança (puericultura); a vacinação; o atendimento na escola e o hiperdia, avaliadas, por alguns profissionais dos serviços como práticas fáceis de cumprir.

Outros profissionais fizeram os seguintes apontamentos sobre as práticas integrais realizadas:

Tem alguma ação de atendimento integral... Quando a gente vai à escola... a gente faz uma ação... é um trabalho integrado né... (Profissional de Saúde 1 - USF Rosa).

Atenção integral? Sempre dão um jeitinho, porque não quer que a pessoa saia daqui sem ser atendida (Profissional de Saúde 1 - USF Branca).

Ficamos tristes porque não dá pra fracionar a saúde, não sei qual a necessidade de saúde que ele vai chegar. Tenho matéria prima (profissionais), mas quando chega ao equipamento aqui não tem. Cuidado integral dá para fazer se tivesse as ferramentas... (Profissional 2 - USF Branca).

Embora os profissionais identificassem essas práticas como sendo integrais, eles relatam práticas de integração que não, necessariamente, têm o sujeito como centro da atenção. Nesse sentido, a fala do Profissional 2, da USF Branca parece remeter à ideia de que um cuidado integral só seria possível se tivessem outros equipamentos, desconsiderando os recursos humanos que ela denomina de matéria-prima. Porém, o cuidado entendido como uma dimensão da integralidade deve permear as práticas de saúde e não pode se restringir às competências e tarefas técnicas (AYRES, 2001) nem aos equipamentos.

Entendemos que, na construção de uma nova forma de cuidado, a integralidade estabelece uma relação sujeito-sujeito, quer nas nossas práticas nos serviços de saúde quer nos debates sobre a organização dos serviços (MATTOS, 2006). Entretanto as falas acima apontam concepções de integralidade que se confundem com a integração, não pressupondo relações baseadas no acolhimento e na escuta dos sujeitos, bases para a integralidade existir, de fato, nas práticas de cuidado.

Ainda nas falas apontadas, o Profissional 1 da USF Branca diz que “dão um jeitinho”, parecendo justificar que a unidade não está preparada para atender à demanda das necessidades de saúde de sua população.

Para Ceccim (2010), a integralidade da atenção à saúde supõe a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, propondo táticas para o funcionamento operacional do conceito ampliado de saúde. Nas falas acima, parece-nos que as ações da unidade não são baseadas no conceito ampliado de saúde, que busca compreender o processo saúde-doença para além da ausência de uma doença.

Ademais, Ceccim (2010) nos alerta sobre a importância de os profissionais se tornarem mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento aos usuários das ações e serviços de saúde, mais sensíveis às dimensões do processo saúde-doença não inseridas nos âmbitos tradicionais da epidemiologia ou da terapêutica. E se tornarem mais implicados em projetos de vida que contribuam pela autodeterminação dos usuários na condução da sua vida - seu pertencimento às redes de invenção de vida, para uma verdadeira configuração da integralidade na atenção à saúde.

Sabemos que a integralidade está relacionada com a demanda dos equipamentos de saúde, porém considerá-la apenas neste contexto é um reducionismo. Mattos (2006) aponta três sentidos para a integralidade. O primeiro diz respeito a atributos das práticas dos profissionais de saúde, constituindo valores ligados ao que podemos considerar uma boa prática. O segundo conjunto refere-se a atributos da organização dos serviços. E o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas da saúde.

A integralidade requer a escuta e o olhar assegurado no momento da clínica, bem como acesso e continuidade da atenção a todos os serviços e cuidados de uma pessoa, grupo ou coletividade. Supõe, também, um exercício profissional comprometido com a promoção da autonomia dos indivíduos, no enfrentamento das questões de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Ou seja, a integralidade que apostamos é aquela que compreende o indivíduo como um sujeito integral, que possui necessidades diferentes e em momentos diferentes.

Nessas reflexões, os profissionais de saúde responsáveis pelas práticas pesquisadas apontaram que o exercício das práticas de cuidado integral pode trazer vários benefícios, tais como: olhar o sujeito enquanto pessoa, para além do sintoma, evitando restringi-lo apenas à dimensão biológica. Tal como nos conta Ayres (2004), no exemplo: A paciente D. Violeta - uma hipertensa descompensada - reclamava do tempo de espera pelo atendimento e apresentava sempre as mesmas queixas. O autor, diferentemente de outras vezes, pensou em revidar às queixas. Esse pensamento produziu diversos efeitos no profissional, entre eles a tentativa de fazer com D. Violeta um contato diferente. O profissional iniciou o atendimento de modo atípico, questionando sobre a vida de D. Violeta, pedindo que ela falasse um pouco dela mesma, das coisas que gostava, não questionando sobre sua doença. Essa nova abordagem provocou efeitos na vida deles. O profissional afirma ainda que, depois dessa experiência, nenhuma consulta foi igual à outra, e que aconteciam bons encontros a cada vinda de D. Violeta ao serviço.

Portanto, as práticas de cuidado podem induzir a uma escuta mais apurada de outros elementos que interferem no adoecimento dos sujeitos, que talvez apenas numa consulta normatizada não seja possível captar, devido a diversos fatores, entre eles o tempo, a cobrança de produtividade, etc.

É preciso lembrar que a noção de cuidado integral permite inserir, no âmbito da saúde, as preocupações pelo bem-estar dos indivíduos e lhes devolver (incluindo aqueles com sofrimento mental) o poder de julgar quais são seus problemas de saúde, situando-os assim como outros sujeitos e não como outros objetos (PINHEIRO, 2006).

Nesse contexto, destacamos que, na Região de Maruípe, das seis USF participantes da primeira etapa da pesquisa, em apenas duas, os profissionais de saúde identificaram ações de cuidado integral em saúde, referentes às pessoas com sofrimento mental. São elas: a USF Azul e a USF Verde, com as Práticas A e B, respectivamente.

A existência de ações em somente duas unidades parece demonstrar que as práticas de cuidado integral dirigidas às pessoas com sofrimento mental ainda não fazem parte da realidade das USF da Região de Maruípe, apesar de a lei nº 10.216,

em seu artigo 2º, inciso IX (BRASIL, 2001), mostrar que essas pessoas precisam ser tratadas, preferencialmente, na comunidade.

O fato de os profissionais das outras unidades não mencionarem ações voltadas às pessoas com sofrimento mental pode indicar que essas ações não foram consideradas como práticas de cuidado integral pelos profissionais pesquisados, porém há evidências de que existem algumas ações esporádicas e que possuem o caráter de atendimento individual.

Vale destacarmos que a pessoa com sofrimento mental também possui necessidades em saúde e exige ser cuidada. Um cuidar de acordo com a perspectiva de Boff (1999) que aponta o cuidado como uma atitude de atenção, mostrando interesse pelo outro, compartilhando e estando com o outro com prazer, numa relação de sujeito-sujeito, sem domínio sobre, mas de convivência. Nas Práticas A e B, foi possível verificar, em vários momentos, o cuidado de acordo com essa perspectiva, apesar de que as atitudes normativas dos profissionais, em relação ao cuidado, prevalecerem na maioria dos encontros – fato que será discutido mais adiante.

Dentro da ótica do cuidado integral, alguns profissionais consideraram que as Práticas A e B são integrais por que:

Trabalha com o paciente como um todo, não olha o paciente só aqui... dentro do grupo, a gente está com o paciente buscando conhecer a demanda real dele, do contexto de vida dele (Prática A - Profissional de Saúde 1)

Um exemplo, uma das pacientes que vem sempre com a mãe, e em um encontro veio a irmã mais nova. Percebemos o contexto todo que envolve a adolescente, tudo mais, tanto da parte de escola, a gente começa a observar o comportamento, a interação dela com a família, a ver qual o comportamento da mãe em relação à doença dela... A gente aborda a família. **É integral, porque é integral como um todo** (Prática B – Profissional de Saúde 3 – grifo meu).

Em ambas as afirmações, a palavra “todo” está relacionada à noção de integralidade e está vinculada à ideia de cuidado completo, que ‘não deixa nada de fora’. Como apontam os profissionais, a procura de novo modo de cuidar, tentando escutar quais as demandas desses sujeitos, nos seus diferentes contextos de vida é a expressão

da integralidade. Assim sendo, na Prática B, os profissionais levam em conta o fato de os familiares participarem do grupo como uma forma de conhecer o comportamento e a interação do paciente, pretendendo oferecer o cuidado integral.

Ao mesmo tempo em que alguns profissionais afirmam serem as Práticas A e B de cuidado integral, outros parecem confusos ao explicar essa questão, pontualizando ser integral por que

O grupo trabalha um grupo específico de transtorno, de sofrimento psíquico (Prática A – Profissional de Saúde 2).

No entanto, compreendemos que a afirmação do profissional se apresenta equivocada, uma vez que ressalta, justamente, o fato de que as atividades acontecem com um grupo específico, o que se pressupõe a exclusão das demais pessoas e, por esse motivo, entendemos que a prática se caracteriza como não integral. Outro fator que impede a integralidade na ação é a exclusão de pessoas dependentes de substâncias psicoativas ou pessoas com demência mental, conforme a assertiva abaixo.

O público do grupo não prevê crianças, idosos, pessoas com demência mental, nem usuários de substâncias psicoativas. (Prática A – Profissional 4).

Como uma prática pode ser integral, se dentro da própria concepção já é excludente? Ao contrário, essas práticas restringem o cuidado a uma questão específica da vida do sujeito, desconsiderando outros aspectos de sua vida, como se fosse possível “fatiar” o indivíduo.

Consideramos o Cuidado Integral em Saúde como produto das relações entre pessoas, numa ação integral com repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Isto quer dizer que o cuidado integral implica em uma inter-relação entre esse tripé – usuário-profissional-instituição, por meio de um

atendimento firmado no respeito e na dignidade e que atenda às reais necessidades da pessoa que busca o serviço de saúde.

Com esse conceito as Práticas A e B, apesar de serem acatadas pelos profissionais como de cuidado integral, podem ser consideradas práticas de saúde, pois são ações ou atividades que contribuem para que as pessoas se sintam mais saudáveis (ACIOLI, 2006). Todavia, ainda não são integrais, pois deduzimos que os sujeitos não são participantes da construção dessas práticas e que não há uma relação estabelecida entre os usuários e as instituições.

7.1.1 Especificidades do caminho – focando a Saúde Mental

O documento “Saúde Mental e a Atenção Básica – o Vínculo e o Diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica” expõe que qualquer serviço de saúde deve acolher as demandas em saúde mental, fazendo com que as ações de saúde mental, na Atenção Básica, funcionem de acordo com o modelo de redes de cuidado, com base no território, buscando o estabelecimento de vínculos (BRASIL, 2003), embora nem sempre a Atenção Básica dê conta dessa tarefa (BRASIL, 2005).

Apesar de todas as considerações sobre integralidade e cuidado integral, resta-nos ainda um questionamento: por que as práticas de cuidado integral, voltadas às pessoas com sofrimento mental, acontecem em apenas duas unidades?

Faremos alguns apontamentos para responder essa questão, mas com a clareza de que são apenas observações, pois discorrer sobre a Saúde Mental na Atenção Básica é uma questão bastante complexa. A princípio, ressaltamos que uma das ponderações que possa explicar a inexistência de práticas de cuidado integral, voltadas para essa temática, em todas as unidades, seja a falta de entendimento das atribuições dos profissionais da Atenção Básica, em relação ao cuidado com as pessoas com sofrimento mental.

Destarte, o Programa de Saúde Mental do município de Vitória visa a oferecer atenção integral aos munícipes que apresentam sofrimento psíquico com a proposta de reduzir esse sofrimento e ampliar a inserção social, a autonomia e o protagonismo das pessoas, potencializando sua capacidade para lidar com a vida e com os problemas (VITÓRIA, 2012). Contudo, no município de Vitória reconhecemos que a atenção em saúde mental está em construção, visto que o “louco” passa agora a ser considerado cidadão, com direitos e deveres, podendo também frequentar os serviços de saúde, como salienta um profissional.

O público (com sofrimento mental) existe, incomoda, bate a porta, toma um tempo, sobe no telhado (Prática A – Profissional de Saúde 2).

Apoiados nessa fala, apreendemos que as pessoas com sofrimento mental frequentam as unidades de saúde. Elas levam ao serviço suas demandas, suas queixas, mesmo que, em algumas vezes, essas demandas possam não ser acolhidas. Por isso, talvez, o entrevistado, metaforicamente, nos remeta a essas pessoas como “sobem no telhado”, ou seja, procuram ser notadas como pessoas com direitos de estarem naquele lugar, pois, historicamente, as pessoas com sofrimento mental foram excluídas dos serviços de saúde.

Assim, o Programa Municipal de Saúde Mental (VITÓRIA, 2012) se propõe a contribuir para a plena inserção social das pessoas com sofrimento mental, garantindo seus direitos e seu lugar de cidadãos. O que observamos é que ocorrem avanços no sentido de uma atenção integral, mas ainda há muitos desafios a serem superados. Um dos desafios diz respeito à postura política dos profissionais das unidades de saúde, que podem ou não se dispor a trabalhar sob a lógica do cuidado integral.

Dessa forma, a falta de clareza das atribuições dos profissionais da Atenção Básica em relação ao cuidado com as pessoas com sofrimento mental ou mesmo o desconhecimento do que seja sofrimento mental podem comprometer práticas que sejam interrompidas a qualquer momento, como ocorreu, por exemplo, com uma prática citada por Iglesias (2009) - o Grupo de Saúde Mental que, no momento da pesquisa, não mais ocorria.

Pelo exposto, consideramos relevante investir na formação técnica-teórica dos profissionais da Atenção Básica, com o objetivo de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura, como registra o documento “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil” (BRASIL, 2005), pois conforme o Programa Municipal, as ações de saúde mental, inicialmente, são realizadas pelas equipes das unidades de saúde que buscam conhecer a pessoa que precisa de atenção, sua família e o contexto geral de cada situação para, em conjunto, desenvolver as estratégias de atenção e de tratamento que mais contribuam para a redução do sofrimento e que melhorem a inclusão social e familiar (VITÓRIA, 2012).

Isto quer dizer que as equipes das ESF podem e devem ser espaços de acolhimento das demandas de saúde mental. Para isso, precisam se organizar para oferecer assistência de qualidade às pessoas com sofrimento mental. Destacamos que essa assistência pode ser realizada por todos os profissionais da Atenção Básica e não apenas pelo profissional da Psicologia, embora reconheçamos que esse profissional possua um arcabouço teórico característico para lidar com as demandas do sofrimento mental.

Constatamos que a presença do profissional da Psicologia numa unidade de saúde não garante um cuidado integral, tampouco uma melhor atenção para as pessoas com sofrimento mental. Victal Bastos e Romanholi (2010) apontam que, com a presença efetiva do profissional da Psicologia na Atenção Básica, existiria uma aproximação das pessoas, com grave sofrimento psíquico, da unidade de saúde do seu território de moradia. Porém, apesar da presença efetiva do profissional psicólogo na Atenção Básica, nem todas as unidades de saúde pesquisadas, conseguiram aproximar, do seu território as pessoas com grave sofrimento mental da unidade.

Inferimos que as práticas de cuidado integral em saúde existentes podem ser entendidas como uma aposta na possibilidade de levar a Reforma Psiquiátrica para a Atenção Básica, com a intenção de uma desinstitucionalização para além dos CAPS (VICTAL BASTOS; ROMANHOLI, 2010). Os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da ESF se assemelham, e a articulação, o acolhimento, a responsabilização, o estabelecimento de vínculos, a atenção territorial e a integralidade do cuidado estão em consonância com as diretrizes da ESF e do SUS.

Concordamos com Amarante (2007) ao afirmar que - para que realmente aconteça uma Reforma Psiquiátrica no cotidiano -, as mudanças precisam ocorrer em diferentes campos da sociedade, porquanto cada campo possui uma relação de codependência com o outro. E uma mudança no campo teórico-conceitual seria ineficaz sem uma transformação no campo técnico-assistencial e/ou jurídico-político. E advindo essas modificações, elas seriam incompletas sem uma mudança no aspecto sociocultural.

Todas essas mudanças dependem das transformações dos vários atores, (profissionais, usuários, gestores, sociedade em geral), envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica em suas concepções e suas atitudes no cotidiano. Na verdade, as equipes da ESF têm um papel importante na consolidação dessas mudanças, pois atuam mais próximos aos sujeitos.

As práticas pesquisadas podem ser consideradas um avanço no campo técnico-assistencial e podem representar um “grão de areia num oceano” de desafios, pois muitas mudanças ainda precisam ocorrer em todos os campos, para multiplicarmos as práticas integrais.

Bedim e Scarparo (2011) afirmam que a Reforma Psiquiátrica vai ao encontro da ideia de integralidade no cuidado, ao propor a superação do tratamento como diminuição progressiva de sintomas e ao enfrentar posturas medicalizantes e individualizantes. Esse movimento pode ser confirmado ao constatarmos a existência de “práticas de cuidado integral” voltadas às pessoas com sofrimento mental, demonstrando uma transformação do modo de cuidar.

Nesse raciocínio, deduzimos que as Práticas A e B corroboram com a proposta do Programa de Saúde Mental em diminuir o sofrimento e aumentar a inserção social, a autonomia e o protagonismo das pessoas, potencializando a capacidade dos sujeitos para lidar com a vida e os problemas.

Uma das atribuições das equipes da ESF, no município de Vitória, é atender às pessoas com sofrimento mental (VITÓRIA, 2012), e por isso, os profissionais precisam ser capacitados para acolher essas pessoas com dignidade e respeito, observando suas diferenças e necessidades específicas.

Como asseveram Pinheiro e Guizardi (2006), pensar o direito de ser na saúde é ter cuidado com as diferenças dos sujeitos, respeitando as necessidades específicas de cada pessoa. Pois, é um direito ser diferente, e que essas diferenças possam ser respeitadas publicamente (PINHEIRO, 2009).

Em contraposição, outro profissional relata, que muitas, vezes a pessoa com sofrimento mental passa despercebida.

A questão da saúde mental é uma coisa tão aparente, mas passa despercebida (...) (Prática A – Profissional 2).

Ponderamos que, apesar de “quase despercebida”, a demanda é real e aumenta cada dia. Compete aos profissionais das USF “ir ao encontro do outro para acompanhá-lo e juntos promoverem e fomentarem a vida boa para todos” (ZOBOLI, 2009, p.63). Isso significa que cabe aos profissionais, usuários, gestores assumirem o cuidado como proposta ética e não como ato isolado da assistência ou atenção à saúde a grupos específicos, mas para quem precisar. Além disso, os profissionais podem produzir bons encontros (AYRES, 2001), onde as relações podem ser pautadas por atitudes de preocupação, responsabilização e sensibilidade com a experiência humana, reconhecendo a realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças (ZOBOLI, 2009).

7.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADO INTEGRAL - DIFERENTES MODOS DE CAMINHAR

Saber como as pessoas com sofrimento mental eram cuidadas, e que tipo de cuidado lhes estava sendo oferecido foram os questionamentos que desencadearam esta pesquisa.

Para responder a essas questões, analisamos como a Prática A e a Prática B - consideradas pelos profissionais como práticas de cuidado integral em saúde -, ocorriam no cotidiano das USF Azul e Verde.

As Práticas A e B aconteciam em unidades distintas e tinham metodologias diferentes, a começar pela periodicidade - uma era semanal e a outra mensal. Isso demonstra que não há apenas um único modo de caminhar para realizar o cuidado integral das pessoas com sofrimento mental, mas que, em cada serviço, buscamos possíveis estratégias para promover o acolhimento e um atendimento digno e de qualidade.

A Prática A tinha por objetivo propor e desenvolver atividades em grupo que possibilitassem aos usuários uma melhor qualidade de vida. Interessante observar que os participantes tinham liberdade de “ir e vir”, numa prática não tutelada, pois as pessoas iam sozinhas, demonstravam alegria em estar nesse grupo, bem como relatavam que participavam de rotinas familiares, como buscar o neto na escola.

Concluimos que, por ser o grupo aberto no sentido do ir e vir permitia às pessoas um maior gerenciamento das necessidades básicas. Pode parecer pouco, porém como o grupo tem liberdade até mesmo para chegar mais tarde ou como lhe convier, facilita o acesso do participante e a sua adesão ao grupo. Aumenta também a contratualidade com os responsáveis pelo grupo, estendendo essa experiência às outras relações com os familiares, com os vizinhos, igreja, e outros.

Segundo Tykanori (2001), de uma maneira geral, a pessoa com o rótulo de doente mental é enunciada pela sua negatividade, é vista como inválida ou sem valor. A contratualidade está determinada pela relação que se estabelece entre o usuário e os profissionais que atendem. Passa pelo fato de os profissionais usarem seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois, passa pela capacidade de elaboração de projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se. As ações terapêuticas, do ponto de vista do “poder contratual” de cada sujeito, visam a redimensionar a troca de bens, a troca de mensagens e a troca de afetos.

Na Prática A, acontecia o desenvolvimento de um projeto. Em um primeiro momento, o projeto era escrito ou desenhado junto com o usuário, e depois cada pessoa buscava transformar esse projeto em realidade. Salientamos que o projeto era individual. Ficou explícito que esse grupo não apresentava um projeto coletivo, apesar de o objetivo desenvolver atividades em grupo.

Constatamos, na Prática A, uma falta de identidade do grupo como um grupo, pois em vários momentos, percebemos as facilitadoras oferecerem atenção individualizada a quem estava mais próximo, o que poderia comprometer o funcionamento do grupo, mas, ao mesmo tempo, poderia responder às necessidades dos participantes.

Campos e Gama (2008) afirmam que o trabalho grupal não deve ser pensado somente como uma forma de dar conta da demanda, mas sim, como tendo características que propiciem socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos. Nesse sentido, foi visível a ausência de um projeto coletivo. O grupo se apresentava como um “atendimento individual coletivo”.

Para o profissional entrevistado, o fato de um participante construir um projeto é aceito como positivo, segundo o exemplo:

No semestre passado uma paciente quis fazer uma bolsa reciclável. Começou com desenho no papel, a cor, o desenho, pintar, depois a bolsa começou a se transformar, a virar realidade. Foi muito bacana (Prática A – Profissional de Saúde 3).

A construção de um projeto é utilizada como disparador que favorece aos participantes relatarem sobre suas vidas, suas dificuldades e seu cotidiano. Essa é uma estratégia proposta para melhorar a qualidade de vida dos participantes, como prescrito no objetivo do grupo.

Outra consideração sobre a Prática A diz respeito ao público ao qual ela se destina.

O grupo é para pessoas que sentem alguma dificuldade de se desenvolver no seu dia a dia com autonomia e independência. São pessoas que conseguem realizar algumas atividades no seu dia a dia, mas algumas sentem muitas dificuldades (Prática A - Profissional 2).

O público são pessoas que apresentam transtornos psíquicos, sofrimento, como esquizofrenia, depressão, transtornos leves, moderados e graves (Prática A – Profissional 3).

Essas falas nos remetem a pensar sobre para quem é realmente o grupo. Reconhecemos que a delimitação favorece a participação das pessoas com sofrimento mental (depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar) em um espaço que se sintam bem, participem das atividades propostas. Por outro lado, impede que pessoas, que não se enquadram no perfil, participem do grupo, especialmente, aquelas vinculadas à dependência química.

A informação sobre a existência da Prática A foi fornecida em conversas informais por profissionais que não faziam parte do Grupo Focal. Isso pode demonstrar que a prática pesquisada ainda não estava incluída no contexto geral da USF Azul, pois poucos tinham conhecimento dela.

Os objetivos da Prática B consistiam em dar apoio às pessoas com sofrimento mental, melhorar o conhecimento dos profissionais sobre esses usuários, com a intenção de uma maior aproximação com eles, a fim de propor outras ações e melhorar a assistência. Esse grupo era voltado, no momento da pesquisa, a todas as pessoas com sofrimento mental da unidade. Anteriormente, o grupo era restrito aos usuários de apenas uma equipe. Essa mudança possibilitou que um número maior de pessoas pudesse participar dessa atividade, bem como permitiu a participação de vários familiares.

O fato de ter um grupo de apoio é visto pelos profissionais como uma forma de atender à população (com sofrimento mental) que está crescendo e que não estava inserida nos atendimentos “padronizados” pela unidade.

Como a unidade trabalha com agenda aberta, a pessoa com transtorno mental, que tem certas limitações, às vezes, não tinha acesso (Prática B – Profissional de Saúde 3).

Para outro profissional, a Prática B apresenta função específica.

O grupo serve para pegar na mão mesmo, perguntar, para sentir qual o fluxo que eles (usuários) estão precisando, de darmos encaminhamentos e marcamos consultas (médicas, psicológicas). Por exemplo: os pacientes que precisam de atendimento individual é o momento da Psicóloga dela já organizar a agenda dela, cobrar os pacientes, saber o que acontece, com a médica também saber o que está precisando, os que não conseguem tomar medicação sozinhos, a farmacêutica faz atendimento individual, faz acompanhamento farmacoterapêutico (Prática B – Profissional de Saúde 2).

Fundamentados na fala acima, os profissionais utilizam o grupo para organizar os atendimentos posteriores e para garantir acesso a quem precisa. Por outro lado, parece que essa dinâmica não colabora com a autonomia dos participantes, considerando que autonomia é entendida como a capacidade de uma pessoa suscitar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrentam (TYKANORI, 2001). Jorge et al. (2011) nos lembram de que a autonomia é o resgate da cidadania dessas pessoas, a procura da autoestima, do poder contratual e do autocuidado. Os autores enfatizam que é importante trabalhar as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos das pessoas com sofrimento mental para que possam gerenciar suas vidas.

Segundo um profissional,

(...) o grupo veio para organizar. Mais para a equipe do que para os próprios pacientes (Prática B – Profissional de Saúde 2).

Evidenciamos, nessa fala, a percepção que o profissional tem em relação ao grupo e ao objetivo do mesmo. Mattos (2008) já advertia que os serviços estão organizados para atender às instituições e aos profissionais, e não às pessoas que procuram os serviços. A fala apresenta uma crítica velada ao modo de funcionamento do grupo, e uma constatação de que os usuários não participaram da organização dessa prática, tampouco atuaram ou atuam como protagonistas.

Também, na Prática B, deduzimos que o planejamento foi feito antes de cada encontro, com a escolha do coordenador naquele momento. Um profissional relata que o grupo

Não está organizado (definido quem coordena). Tem sido assim, cada encontro uma pessoa direciona e os outros ficam orientando. O planejamento é meia hora antes (Prática B – Profissional 2).

O planejamento é essencial para o resultado bem sucedido de qualquer ação. Concluimos, pela fala, que os profissionais responsáveis não tinham outro espaço de encontro para esse planejamento, por isso era feito antes do grupo.

Na Prática B, os responsáveis procuravam

trabalhar a temática do acompanhamento do tratamento, como é difícil lidar com um paciente com transtorno mental dentro de casa, que os familiares conhecessem uns aos outros, e soubessem que as dificuldades elas são parecidas muita das vezes, como a gente pode lidar com isso (Prática B – Profissional de Saúde – 2).

Seguindo essa lógica, dá-nos a impressão de tanto os profissionais de saúde quanto os participantes do grupo (pacientes ou familiares) sustentam a ideia de que as dificuldades de lidar com pessoas com sofrimento mental são, realmente, complexas. Isso limita a busca por outras opções, o ir além da doença, gerando, muitas vezes, uma atuação do profissional baseada na lógica da “queixa-resposta”, como se os profissionais apresentassem um maior conhecimento sobre o sofrimento do outro do que a própria pessoa que sofre.

Por sua vez, o grupo era considerado como um grupo de fala.

É um grupo que a gente deixa que eles falem (Prática B – Profissional de Saúde 2).

O grupo em si nós fazemos uma escuta das queixas dos pacientes, de como foi o último mês, temos feitos mensalmente, até termos segurança de ampliar esse período. A gente dá oportunidades de o paciente trazer queixas de setores diversos da vida dele, além da medicação. Medicação é pouco falado (...). Eles falam mais do entorno do que da medicação propriamente. Depois a gente faz uma pequena entrevista com todos juntos, um ajudando ao outro, um fazendo observação do que o outro está falando, ao final se a gente identificou alguma coisa que a gente tem que intervir na hora, mesmo que não seja de saúde mental, com suas restrições, pois não estamos no consultório, a gente já começa a dar algum encaminhamento, se é modificar alguma dose, a gente julga que precisa de um encaminhamento para o CAPS ou mesmo uma manutenção da prescrição (Prática B – Profissional de Saúde 3).

As falas descrevem detalhes do funcionamento do grupo. Ressaltamos que o Profissional de Saúde 3 destaca que o grupo fala pouco sobre medicação, porém observamos a importância dada ao medicamento, com a entrega, no decorrer dos encontros, de receitas controladas. Apesar de entendermos que o medicamento é necessário à maioria dos casos de sofrimento mental grave, vale ressaltar que uma prática que enfatiza a medicalização não potencializa outros aspectos da vida da pessoa.

Cumpramos destacar que por essa prática contar com profissionais de várias áreas da saúde pode demonstrar uma visão ampliada do processo saúde-doença, bem como favorecer o conhecimento dos profissionais sobre os participantes do grupo. De um lado, é importante salientar a participação do profissional da Medicina nos grupos, pois não é comum a participação deste profissional em atividades coletivas. Por outro lado, apesar do formato da prática ser de atenção interdisciplinar, a impressão é que existe, por parte dos usuários, a noção de que o profissional da Medicina “tem poder” sobre os demais facilitadores do grupo.

Assim, ressaltamos que, após o grupo, os participantes buscavam esclarecimentos com o profissional da Medicina sobre medicação e sobre algumas questões dos familiares. Sentimos que os participantes têm dificuldade de acesso ao profissional da Medicina por outros caminhos. Notamos, também, que os participantes ainda

esperam respostas prontas dos facilitadores, como se não fossem responsáveis também pelo seu cuidado e pela sua saúde.

Um ponto interessante da Prática B foi que, desde o início, os profissionais procuraram a ajuda do CAPS, para apreciação do projeto, em busca de uma parceria com o psiquiatra. Este profissional faria atendimento, trimestralmente, na unidade de saúde, em conjunto com o médico da família e o farmacêutico. Salientamos que, de acordo com o profissional

o momento em que o psiquiatra vem é fora do grupo, marca consulta individual com os usuários com a presença da médica e da farmacêutica” (Prática B - Profissional de Saúde 1).

Durante a pesquisa, presenciamos um momento de discussão dos responsáveis pela Prática B, em relação ao formato atual do grupo. Os profissionais relataram o incômodo com a situação na possibilidade de mudanças. Observamos que esse incômodo foi refletido na postura dos participantes, durante o decorrer das atividades do grupo, quando foi explicado para os mesmos que, nos próximos encontros, apresentariam mudanças para melhorar a assistência. Os participantes ficaram apreensivos e um pouco abalados, como também os responsáveis. Percebemos que o grupo parece atravessar um momento de transição, que é necessário, para não engessar as ações desenvolvidas.

É importante registrarmos a existência de relações afetivas entre os participantes e os responsáveis. Ficou claro para nós que as relações de afetos estavam mais evidentes na Prática A, talvez pelo fato de as pessoas se encontrarem semanalmente. Na Prática B, que ocorria mensalmente, as trocas de afeto pareciam mais contidas. Os participantes demonstravam afeto uns com os outros, traduzidos em atitudes de carinho, respeito e consideração. Aparentemente, todos se sentiam acolhidos.

Silva e Barros (2010) salientam que o acolhimento é uma tecnologia do encontro, uma tecnologia do cuidado, que vai além de recepcionar o usuário. Diz respeito a receber e a ouvir a população que procura os serviços de saúde. O acolhimento é um dos dispositivos para que o cuidado integral aconteça, bem como o vínculo.

Havemos de declarar relevante uma avaliação sobre a periodicidade de uma ação e afirmamos que uma prática semanal, facilita a construção de vínculos, apesar de não ser o único fator para a constituição destes.

Em relação ao vínculo, um profissional relata

Eles (participantes) falam (no grupo) porque eles já têm um vínculo com a gente, ninguém está chegando ali sem saber quem nós somos. Quem vem pela primeira vez não sabe a idéia do grupo, mas já nos conhece, tem esse vínculo, então fica a vontade para falar, na verdade para falar do que já vem acontecendo (Prática B – Profissional de Saúde 1).

Jorge et al. (2011) aponta que o vínculo favorece o cuidado integral por horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constroem laços afetivos, confiança, respeito e valoriza os saberes dos usuários/família/profissionais de saúde, propiciando o desenvolvimento da corresponsabilização e da parceria desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com sofrimento mental.

O Profissional 1 salienta no relato “ (...) Quem vem pela primeira vez não sabe a ideia do grupo, mas já nos conhece”, demonstrando uma relação de confiança e de convivência essenciais à prática do cuidado. Para Vasconcelos (1998), cuidar é traduzido em atitudes de ocupar-se do aqui e agora, dos problemas que podem ser enfrentados, colocando-se à disposição, conforme as condições exigidas pelos mesmos e não com aquelas condições oferecidas tradicionalmente pelo serviço.

Observamos que as Práticas A e B são uma tentativa de modificar o modelo assistencial, visando ao resgate da cidadania das pessoas com sofrimento mental, orientadas a partir do cuidado integral que pressupõe estabelecer trocas e envolvimento entre as pessoas e, com isso, construir espaços de expressão das emoções (LACERDA et al., 2009). Na construção dessa relação, são utilizados os dispositivos como o acolhimento, o diálogo e a escuta qualificada, objetivando transformar os modos sedimentados de ver, sentir e perceber o mundo dos profissionais de saúde, assim como das pessoas com sofrimento mental.

7.3 OS PERCALÇOS DO CAMINHO

No desenvolvimento das práticas A e B, consideradas pelos profissionais de saúde como práticas de cuidado integral em saúde, direcionadas para as pessoas com sofrimento mental, destacamos alguns limites observados que podem cercear a plena execução dessas práticas, como também podem ser entendidos como dificuldades ou desafios a serem vencidos para o desenvolvimento do cuidado integral.

Um dos responsáveis pela Prática A assevera que os outros profissionais não entendem o que é o grupo, demonstrando uma falta de discernimento sobre os motivos das práticas e sobre os resultados esperados, a partir dessas atividades.

Segundo um dos entrevistados, uma dificuldade é

a falta de entendimento de algumas pessoas acham que é oficina. As pessoas (profissionais) encaminham pessoas que não tem perfil para o Grupo. Acham que oficina é para passar o tempo, e aqui é um Grupo que as pessoas têm certa demanda (...) (Prática A – Profissional de Saúde 2).

A falta de entendimento pode acontecer devido ao desconhecimento dos profissionais sobre o grupo. Talvez fosse preciso um trabalho de divulgação sobre os objetivos do grupo por parte dos responsáveis, que poderia ser realizado nas reuniões de equipe, já que compreendemos que alguns profissionais desconheciam a existência do grupo na USF.

A falta de sistematização foi outra dificuldade apontada pelos profissionais.

Deveria ser sistemático, com caráter permanente, com local adequado, com agendamento previamente deste local, e principalmente formas de manter os usuários nesse grupo (Prática A – Profissional de Saúde 3).

Embora os grupos tivessem espaços reservados, estes nem sempre eram garantidos, pois o auditório utilizado para uma das práticas também o era para

outras atividades, as quais, muitas vezes, eram consideradas prioritárias em relação ao grupo. Ou seja, às vezes, mesmo com a reserva antecipada do espaço, o auditório poderia ser ocupado sem aviso prévio, gerando confusão, incômodos e reclamações dos participantes e facilitadores.

Em relação à Prática B, evidenciamos que apesar de ter uma periodicidade mensal, a data agendada para a realização do grupo foi adiada várias vezes devido à agenda dos profissionais, demonstrando que a atividade coletiva não constituía prioridade nas unidades de saúde e que a sistematização não acontece, realmente.

Constatamos, então, que as práticas de grupo, especialmente as Práticas A e B, estão sempre em segundo plano, não desfrutando da mesma importância que outras atividades desenvolvidas nas unidades, pois os grupos são os primeiros a serem mudados de horário, dia e local, em função de outras atividades ou agendas individuais.

Também foram relatadas dificuldades na aquisição de materiais na Prática A.

Aqui na unidade tem alguns materiais da Psicologia, a UFES também libera alguns materiais e nós também compramos (Prática A - Profissional de Saúde 3).

Observamos que a ausência de determinados materiais não impediu a concretização dos objetivos, porquanto, através da criatividade, os participantes construía seus projetos. Além disso, esse obstáculo favoreceu o fortalecimento dos participantes do grupo envolvidos.

Agregada à questão dos materiais concretos, sentimos a dificuldade dos facilitadores em relação à chave do auditório, e/ou à chave do almoxarifado ou ao controle remoto do ar condicionado. Certo é que esses objetos, muitas vezes, não foram encontrados facilmente na unidade, no momento das atividades do grupo.

Também, no momento em que a Prática A estava ocorrendo, outros profissionais faziam uso do computador, no mesmo espaço, demonstrando falta de consideração com as atividades que estavam em curso.

A falta de consideração para com os participantes do grupo foi registrada também na Prática B, na sala de espera, quando outros profissionais (que não eram responsáveis pelas práticas) passavam, cumprimentavam a pesquisadora, e não cumprimentavam os participantes. Talvez isso passasse despercebido para muitos, pois as pessoas com sofrimento mental, durante muito tempo, não foram consideradas cidadãos. Neste momento, questiono que tipo de cuidado é proposto nesse espaço em que alguns profissionais desconsideram por completo o outro, enquanto sujeito, demonstrando indiferença.

Fato é que o usuário de saúde mental suscita uma série de sentimentos, e alguns profissionais relatam a dificuldade de trabalhar com eles, como nos afirma o Profissional 5.

Eu tenho dificuldade com o paciente de transtorno mental. Não consigo identificar o que eu sinto... Eu sinto angústia, eu sinto pena... e acho que isso atrapalha... (Profissional de Saúde 5 - USF Azul)

Inferimos que os sentimentos negativos despertados no cuidado de pessoas com sofrimento mental podem ser consequência do estigma que a loucura provoca nas pessoas, e também nos profissionais de saúde. O sentimento de pena parece indicar que essas pessoas não acreditam que o outro (mesmo em grande sofrimento mental) possa ter potência de vida e reconstruir suas relações afetivas, seja com a família, com os vizinhos e com os profissionais de saúde.

Outra questão de destaque aparece na afirmação abaixo, ao mencionar sobre a incapacidade das pessoas com sofrimento mental.

O usuário é visto como incapacitado, não precisa trabalhar com ele, é só dar remédio e tá bom, não precisa de outras ações (...) (Prática A - Profissional de Saúde 2).

A visão que alguns profissionais ainda têm das pessoas com sofrimento mental como incapazes é apontada também por Campos e Gama (2008). Segundo os autores, às vezes as equipes tratam os pacientes como se eles fossem incapazes de

toda e qualquer iniciativa, e, que apenas, os profissionais soubessem o que lhes é bom ou não. Se essa postura é complicada em relação à saúde em geral, na saúde mental ela é reforçada pela atitude de que o sujeito não é responsável pelo seu sintoma.

Dentre os limites encontrados, relataremos os que podem ser considerados como desafios. Um deles é a constatação da baixa adesão dos usuários às práticas pesquisadas.

A média de participantes que vem com mais frequência é de cinco pessoas. No início compareciam entre 10 a 12 pessoas (Prática A – Profissional de Saúde 2).

O número de participantes em média é de oito participantes, mas o grupo tem estrutura para até 15 pessoas (Prática A – Profissional de Saúde 4).

Por que será que não comparecem mais pessoas? Por que os grupos não são atrativos? De um lado, talvez seja porque os participantes não constroem juntos com os profissionais as ações a serem desenvolvidas. Por outro lado, talvez, as ações propostas não atendam às reais necessidades das pessoas com sofrimento mental.

O Relatório da OMS (2001) destaca que quase 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais da Atenção Básica têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Ainda, de acordo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), os transtornos mentais severos e persistentes vão atingir a 3% da população e vão demandar cuidados contínuos. Também, mais de 9% da população vão precisar de atendimentos eventuais (transtornos menos graves). Com base nesses números, podemos intuir que muitas pessoas com sofrimento mental ainda não estão sendo atendidas pela Atenção Básica.

Outro desafio é a distância que existe entre as práticas pesquisadas (Práticas A e Prática B) e os outros profissionais da unidade. Mas como ser mais próximas, se as pessoas desconhecem essas práticas?

O ponto crucial é como aproximar-se mais das equipes para falar de pessoas numa situação em que normalmente os profissionais de saúde não privilegiam no cuidado, principalmente da atenção básica, que tem inúmeros programas que são privilegiados pelo próprio governo, e que gera marketing pra eles, e que os profissionais têm maior habilidade estão mais acostumados a lidar com esses problemas de saúde (Prática A – Profissional de Saúde 1).

Essa citação nos revela uma séria consideração sobre programas de saúde que são privilegiados pelo governo. Ao que parece, os profissionais se sentem mais à vontade, e mais preparados para executarem esses programas do que aqueles que tratam das questões do sofrimento mental.

Os profissionais também relatam que as práticas voltadas para o sofrimento mental não são valorizadas na unidade, e não são populares, como são as ações voltadas para crianças, mulheres, hipertensos ou diabéticos.

Acho que falta valorização. Andei queixando disso. Gente, nunca lembra que tem esse grupo. Como se esse grupo fosse quietinho, porque ele tem pouca expressão. Acho até que não é discriminação com o grupo, é porque ele não tem evento, é técnico demais (Prática B – Profissional de Saúde 3).

A afirmação acima demonstra uma clara indignação diante da falta de valorização da prática desenvolvida e dos participantes do grupo. O profissional destaca que não é discriminação. Mas, realmente, não é? Ou significa um descaso com as pessoas com sofrimento mental?

Outro desafio diz respeito à divisão de recursos financeiros destinados para festas na unidade.

A gente não foi contemplada porque não tem grandes eventos, não movimentamos eventos na unidade. Continua invisível (Prática B – Profissional de Saúde 3).

Essa fala corrobora com a percepção de que as práticas pareciam invisíveis para a maioria dos profissionais das unidades. O tema invisibilidade apareceu em outros momentos, como podemos confirmar na seguinte fala:

Esse é um grupo novo, ele tem pouca repercussão na unidade, o que observo claramente é que ele não é um grupo popular como os outros são. Ele faz menos volume visual que outros. Fico indignada mesmo. Esse grupo lida com a valorização de pessoas que a princípio é tida como incapazes e tem grandes capacidades, mas isso ainda não é interessante (Prática B - Profissional de Saúde 3).

Diante desse contexto, entendemos que as pessoas em sofrimento mental, muitas vezes, principalmente, no que diz respeito ao cuidado nesses serviços, são tratadas como invisíveis. Mesmo existindo ações específicas endereçadas ao atendimento dessas pessoas, na maior parte das vezes, somente poucos profissionais se sentem responsáveis por elas. O que demonstra como a saúde mental é ainda tratada nas USF e como está longe de ser uma prioridade na Atenção Básica, seja por falta de formação dos profissionais, seja por falta de desejo de trabalhar com essas pessoas que, diante das atitudes de alguns profissionais, deveriam ser tratadas em um lugar diferente e não no espaço das unidades de saúde.

Não só a respeito da invisibilidade, mas também os profissionais relatam que a execução das práticas depende do esforço individual de cada um deles.

Então assim, acho que tem algo que na PMV fica bastante delicado essa questão do cuidado integral, acho que existem dentro das unidades alguns profissionais que se esforçam muito para um cuidado que vão em direção dessa integralidade, alguns que não fazem muita questão para que isso ocorra e outros que não tem a menor condição de tentar (Prática A – Profissional de Saúde 2).

A gente não tem poder na mão pra resolver tudo que envolve a saúde da pessoa. Tem hora que a gente fica exausta de tentar e de ver que você depende de muitas outras coisas estruturais para avançar, você chega ao máximo e aquele máximo não vai para frente (Prática B – Profissional de Saúde 3).

Uma postura individual é assumida pelo Profissional de Saúde 3, quando perguntado por que outras pessoas não realizavam práticas de cuidado integral com as pessoas com sofrimento mental. A resposta foi a seguinte:

Cada um assumiu um grupo de acordo com a sua afinidade (Prática B – Profissional 3).

Com essa afirmação, o profissional justifica por que apenas ele estava realizando atividades de cuidado integral com pessoas com sofrimento mental. Podemos concluir dessa afirmação que o trabalho em saúde mental depende de uma postura individual ou de afinidade. Essa falta de afinidade talvez justifique o pouco apoio de outros profissionais às práticas.

Em relação à postura dos outros profissionais quanto às práticas pesquisadas, entendemos que tanto na Prática A, como na Prática B, apenas os responsáveis tinham conhecimento das atividades desenvolvidas.

Nenhum outro profissional encaminhou para o grupo (Prática A - Profissional de Saúde 3).

Apesar disso, os entrevistados relataram na Prática A que eles têm o apoio da direção da unidade e do profissional do Serviço Social, enquanto na Prática B, as atividades parecem não mobilizar outros profissionais. Entretanto, em ambos os grupos, inferimos haver pouca participação dos profissionais da unidade como colaboradores, participantes ou mesmo como apoiadores dessas práticas. À exceção dos psicólogos e de alguns ACS, houve pouca integração e interesse de outros profissionais da unidade por essas práticas.

Para alguns profissionais, e como aponta Iglesias et al. (2009), o cuidado em saúde mental pertence aos psicólogos, em especial, o cuidar das pessoas com sofrimento mental, e no que diz respeito aos pacientes com transtornos mentais. E assim, pode-se afirmar que eles são vistos, pelos demais profissionais, como responsabilidade privativa dos psicólogos.

Para Campos e Gama (2008), é comum nos depararmos com equipes trabalhando de forma fragmentada, uma parte trabalhando com os problemas físicos e outra responsável pelos problemas psíquicos. Há uma grande dificuldade de implantação do que é preconizado pelas políticas públicas, no Brasil, para a Saúde Mental. As práticas de saúde mental na Atenção Básica ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico, faltando preparo aos profissionais para atuarem num novo paradigma. Falta essa de preparo que pode ocasionar posturas inadequadas por parte dos profissionais, como práticas discriminatórias e preconceituosas em relação à pessoa com sofrimento mental, além de ações moralistas, de infantilização, normatizadoras, repressivas, dentre outras.

Em relação aos ACS, estes representam, dentro da lógica da ESF, o elo entre a comunidade e os profissionais. Eles são considerados importantes para que qualquer ação em saúde possa ser resolutiva, principalmente, aquelas voltadas às pessoas com sofrimento mental. Lancetti et al. (2001), no volume sete da Coletânea “SaudeLoucura: Saúde Mental e Saúde da Família” cita vários exemplos da participação dos ACS, em intervenções bem sucedidas, dirigidas às pessoas com sofrimento mental.

Nas Práticas A e B, os ACS são os responsáveis por entregar os convites para os participantes dos grupos, por acompanhar as visitas domiciliares com outros profissionais e, em alguns casos excepcionais, por executar a dose supervisionada

da medicação. Porém, reconhecemos que a ação deles poderia ser mais eficaz, caso participassem da execução dos grupos em si. Dessa forma, a presença dos ACS nos grupos, pode fortalecer os grupos existentes, proporcionando formação de vínculos entre os participantes e os agentes, reduzindo os pré-conceitos que, porventura, esses profissionais venham apresentar.

Outro desafio apontado pelos profissionais diz respeito à rede de atenção à saúde mental. Constatamos que pensar nessa rede envolve mais que a existência de serviços de saúde e abarca também as redes afetivo-sociais e a reflexão sobre as articulações de como é concretizado o cuidado.

Todavia, observamos que os profissionais se contradizem em relação à existência de uma rede. Para alguns profissionais, a rede existe, conforme as falas abaixo.

Fiquei feliz por participar de uma reunião em que eles conseguiram solucionar um caso de saúde mental. Eles conseguiram fazer uma rede, chamaram, tentaram intervenções e conseguiram chegar a uma solução para os três casos. Eu fico feliz porque as equipes estavam preocupadas com eles e eles estavam precisando mesmo (USF Azul - Profissional de Saúde 6).

Eles discutem na equipe para decidirem quem da rede vai contactar e na próxima reunião fazem o contato e na própria reunião ele vem... (USF Azul - Profissional de Saúde 7).

Foi uma ação voltada para orientação coletiva. Um movimento em prol da luta antimanicomial – articular com o CRAS, com a escola para orientar a população quais os direitos. A ação foi feita em duas escolas. O resultado foi surpreendente. Público atento. Também participaram a professora da UFES e os estagiários de enfermagem. O projeto inicial foi transformado para outra forma. Isso foi bacana lidar com os imprevistos. Foi muito legal, teve a aceitação dos estudantes de 14 anos. A partir desse momento já pensamos em outros movimentos (Prática A - Profissional de Saúde 3).

Entretanto, outros profissionais assinalam a ausência da mesma.

Por enquanto não vejo (rede). Tem articulação dentro da unidade, com outros locais não tem. (...) Tem uma rede interna, mas externa não. (Prática A – Profissional de Saúde 2).

Também os profissionais apontaram que a ausência de uma rede pode ser um elemento dificultador à efetivação do cuidado integral em saúde.

O “Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção” registra que apenas uma rede, através do seu potencial de construção coletiva de soluções, é capaz de alcançar a complexidade das demandas e de garantir a promoção de autonomia e cidadania às pessoas com transtornos mentais. Ressaltamos que a rede de saúde mental é complexa, diversificada, de base territorial e deve se organizar como um conjunto vivo e concreto de referências para o usuário dos serviços (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde explica que, mesmo sendo estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Acrescido disso, o Ministério estabelece que a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, incluindo a Atenção Básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003).

Um profissional de forma crítica diz que

É complicado pensar em cuidado integral oferecido por um único equipamento de saúde, não acredito nessa onipotência de qualquer equipamento de saúde ou profissional, é preciso estabelecer redes entre os serviços e que possam expandir para outros... além da saúde (Prática A – Profissional de Saúde 1).

Essa constatação corrobora com a ideia de que somente um arranjo em rede e, não apenas, um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É preciso considerar que é a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não somente do setor da saúde que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização dessa rede, a noção de território é, especialmente, orientadora (BRASIL, 2005).

A ESF tem como um de seus pilares a noção de território. Trabalhar no território significa resgatar os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo, coletivamente, as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de

atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos (BRASIL, 2005).

Dentro do contexto, em relação à rede, destaca-se o matriciamento em saúde mental, visto que percebemos uma divergência de opiniões sobre o tópico, demonstrando que o matriciamento ainda não está bem definido para os profissionais das USF.

Os profissionais afirmam sobre o matriciamento:

Existe matriciamento na prefeitura, existe, mas para os profissionais ele não funciona. Mas o CAPS está nos dando uma assistência razoável dentro do possível. Ela (Prática B) especificamente está articulada com a rede, porque foi contrato no início. É uma articulação que é frágil ainda. Não tem a frequência que a gente queria, na verdade por falta de condição. Condição da especialidade mesmo, porque eles (psiquiatras) estão sobrecarregados (Prática B – Profissional de Saúde 3).

O momento em que o Psiquiatra vem é fora do grupo, marca consulta individual com eles com a presença da médica e da farmacêutica (Prática B – Profissional de Saúde 2).

As falas demonstram que o matriciamento nos dá a impressão de estar associado à participação do profissional de psiquiatria (intervenção conjunta). Entretanto, compreendemos que este também deve perpassar pela participação de outros profissionais, além do psiquiatra. O matriciamento significa um arranjo organizacional que objetiva oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). O compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar mediante discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2003).

Convém esclarecer que o apoio matricial se constitui em uma relação na qual se estabelece uma troca de saberes entre diferentes serviços de atenção envolvidos no cuidado às pessoas em sofrimento mental. Logo, todos os atores envolvidos são

corresponsáveis pelas ações desencadeadas no processo de assistência, buscando garantir a integralidade da atenção em todo o SUS.

Já outros profissionais relatam que

A prefeitura não tem feito matriciamento em saúde mental, que será no mínimo um momento privilegiado de diálogo entre o CAPS e as Unidades de Saúde (Prática A - Profissional de Saúde 2).

O matriciamento de saúde mental acabou. A saúde mental, não tem mais. Roda de discussão de casos clínicos acabou, porque cada semana era uma equipe (Profissional de Saúde 6 - USF Azul).

O matriciamento em saúde mental foi suspenso, foi suspenso tudo de saúde mental. Mas ainda tem psicóloga que acompanha e tem a assistente social que acompanha. É acompanhado de alguma maneira pelo médico e pela psicóloga. Os novos (casos) são trazidos para a reunião de equipe. Quando trata do assunto coloca na reunião de equipe e é tirado visita para psicóloga (Profissional de Saúde 8 - USF Branca).

São falas que demonstram haver, para alguns profissionais, uma interrupção do matriciamento em saúde mental, mesmo ao observamos que algumas ações do matriciamento aconteciam, como na USF Verde. Também temos a impressão de que os profissionais apresentam uma visão equivocada sobre o matriciamento, o que pode interferir na construção desse dispositivo ou mesmo dificultar sua concretização.

Além dos limites (dificuldades e desafios) relatados pelos profissionais, decidimos demarcar, neste espaço, um dos desafios apontados pelos participantes das práticas.

Estou tentando marcar consulta com psiquiatra do SUS desde dezembro/11. Demora dois anos para conseguir consulta de psiquiatra pelo SUS (Prática A - Usuário 1A).

Há uma grande dificuldade de marcar psiquiatra (Prática B – Usuário 1B).

No município de Vitória, a atenção ambulatorial na área de psiquiatria é vista como um entrave para um atendimento na lógica de um novo modelo de atenção à saúde, devido ao número reduzido de psiquiatras na rede (IGLESIAS, 2009).

Iglesias (2009) atenta para algumas dificuldades nas ações voltadas à Saúde Mental, como pouca adesão dos usuários e falta de materiais. Essas dificuldades são condizentes com os resultados encontrados nesta pesquisa.

Enfatizamos que os limites, seja na configuração de dificuldades seja de desafios, são reais e, aparentemente vão continuar até que constituam uma política específica, embora saibamos que, a elaboração da política também não acarretará mudanças significativas. Há necessidade de uma transformação na postura política de cada profissional, buscando atuar de acordo com os conceitos trazidos neste trabalho, sobre cuidado integral em saúde. Caso isso não ocorra, o ideal almejado de uma atenção de qualidade no SUS pode não ocorrer.

7.4 AS POSSIBILIDADES DO CAMINHO: O QUE NOS MOVE A CAMINHAR

Refletir sobre as potencialidades das práticas de cuidado integral em saúde, voltadas para as pessoas com sofrimento mental é vislumbrar novos jeitos de caminhar pelo mesmo caminho.

Dentre algumas possibilidades indicadas pelos profissionais, destacamos os efeitos das práticas pesquisadas como possíveis guias para o desenvolvimento de novas práticas que garantam o cuidado integral às pessoas com sofrimento mental.

Convencemo-nos de que as práticas de cuidado integral produzem, nos usuários, um sentimento de pertença a um grupo. Pertencer a um grupo é uma necessidade para o ser humano. Muitas vezes, as pessoas em sofrimento mental têm dificuldade em aderir a grupos predeterminados, mas, nas práticas observadas, foi-nos possível apreender que esses usuários se sentem como pertencentes aos grupos e que gostam de participar. Campos e Gama (2008) salientam que, pertencer a um grupo, favorece a saúde mental do sujeito.

É relevante afirmarmos que os usuários conseguiam se articular, ficar à vontade, transformar o ambiente em um espaço satisfatório para eles. Trocavam informações

sobre família, verbalizavam intimidades, solicitavam orientações. Enfim, construíam um espaço para garantir ou tentar buscar uma melhor qualidade de vida. Também, comprovamos que os usuários valorizavam os encontros e, de modo geral, o ser humano, considerando que podiam aprender um com o outro.

E mais, podemos apontar o modo como as pessoas conseguiram organizar a vida de forma mais satisfatória, a partir de sua participação no grupo. A continuidade do grupo, a autonomia, a participação dos familiares, a adesão ao grupo e a oportunidade de fala são desdobramentos das ações de cuidado integral em saúde de comum acordo com os profissionais entrevistados.

Os profissionais de saúde declararam que é importante um grupo ter pessoas de várias áreas do saber, com disponibilidade para realizarem atividades grupais, principalmente, o profissional da Medicina. Um profissional relatou que

Estar juntos os profissionais durante toda uma tarde por mês. Qualquer decisão a ser tomada será junta (Prática B – Profissional 2).

Quando o profissional faz abordagem sobre esse trabalho em conjunto, demonstra que os profissionais são corresponsáveis pelas decisões a serem tomadas, visto que as deliberações serão assumidas, em conjunto, pelos responsáveis pelo grupo.

Em relação ao trabalho em conjunto, admitimos que os ACS são parceiros especiais para o desenvolvimento das práticas de cuidado integral. Um profissional relata o trabalho do ACS e descreve:

na verdade a equipe, **em especial os ACS** tem uma leitura positiva do sofrimento psíquico, eles conseguem traçar algumas estratégias, eles visitam, eles categorizam, percebo que eles sabem exatamente quem padece desse sofrimento e buscam alternativas. Seja buscando outro profissional para visita. **Acredita (os ACS) que juntos podem bolar (criar) outras estratégias** (Prática A – Profissional 3 – grifo nosso).

A fala do Profissional 3 ressalta que os ACS reconhecem o sofrimento das pessoas e buscam alternativas para ajudá-las “na e com a equipe”. A participação dos ACS

nas práticas de cuidado é muito importante, pois são eles que estão mais próximos das pessoas do seu território. Lancetti (2001) nos lembra no subitem “Guia de Saúde Mental do ACS” que o ACS é um membro em uma equipe. Geralmente, o ACS se depara com problemas de difícil solução. É importante que ele lembre que pode escutar, conhecer, relacionar-se, mas que não precisa dar respostas imediatas, pois ele faz parte de uma equipe.

Os profissionais relatam - como um dos desdobramentos do grupo -, a resolução de conflitos pessoais por parte dos participantes.

Uma pessoa que vivia conflitos, ela não está no grupo este semestre, mas no grupo ela conseguiu rever sua vida e assumiu o término do casamento, voltou para a família e outro estado (Prática A - Profissional de Saúde 1).

A gente no decorrer das atividades a gente vai conversando com o paciente, às vezes a gente consegue colocar a atividade que a gente está fazendo e dá como se fosse dá o exemplo da situação que ele está passando no dia a dia e ele consegue perceber e transformar o que tá passando aqui e usar no dia a dia (Prática A – Profissional de Saúde 2).

Essas falas demonstram que o grupo pode ser um espaço para ressignificar situações do cotidiano, para aprender novos caminhos e lidar com o sofrimento. Talvez, isso explique por que os usuários valorizam essa prática.

E o profissional acrescenta

As coisas são pontuais em relação ao ganho de alguns usuários que participam do grupo, visualizo um ganho se houver certa estabilidade da equipe, a possibilidade de olhar mais cuidadoso, atencioso com essas pessoas, e elas deixarem ser muitas vezes parte daquele grupo sem solução ou ignoradas nas reuniões de equipe (Prática A – Profissional de Saúde 1).

Ainda que os participantes venham a ter benefícios com o grupo, o profissional, de forma crítica, adverte que o resultado do cuidado depende de toda a equipe. E não somente dos responsáveis pela prática, pois o participante, provavelmente, circula em vários espaços da unidade e precisa deixar de ser visto como “uma pessoa sem solução”, para ser aceito como uma pessoa diferente.

A continuidade da participação dos usuários nos grupos foi apontada pelos profissionais como efeito positivo. Isso desfaz o mito de que as pessoas com sofrimento mental não conseguem participar de grupos, são perigosos ou tantos outros mitos criados para justificar a existência dos hospitais psiquiátricos e a exclusão dessas pessoas.

No que se refere à adesão ao grupo, um profissional relata:

Você consegue imaginar que um paciente de transtorno mental vem na unidade todo mês num grupo. Só o fato de ele vir ao grupo é algo fantástico. Porque a adesão a um grupo tem que envolver um monte de coisas que valha a pena, ali não estamos oferecendo quase nada e as pessoas vêm. Quase nada no sentido de moeda de troca e elas vem. Elas estão sentindo que é fato, elas (pessoas) estão tendo uma oportunidade de fala. Eles estão enxergando que de fato aquilo (oportunidade de fala) acontece (Prática B – Profissional de Saúde 3).

Mesmo sendo considerada positiva, a frequência nos encontros causou surpresa no profissional ao vislumbrar que as pessoas com sofrimento mental são capazes de participar de atividades coletivas, o que parece demonstrar um olhar estereotipado em relação a essas pessoas.

Quanto à evolução da autonomia, um profissional afirma que

Eles têm mais autonomia, agora eles impõem mais a vontade deles, antes eles incentivavam tudo que as responsáveis falavam. Agora já conseguem se colocar, verbalizando melhor. Conseguem se expressar melhor (Prática A – Profissional 2).

Tal autonomia está relacionada à expressão dos desejos dos participantes, no sentido de expressarem suas vontades, e não ao modo de gerirem a própria vida que é, realmente, o significado de autonomia.

Quanto à participação dos familiares, esta foi citada como uma consequência das práticas. Na Prática A, esta ocorre de forma indireta, com os familiares lembrando ao participante o dia do grupo, ou mesmo, levando-o até a unidade. Na Prática B, há

uma participação mais efetiva da família, que coopera com o grupo junto com o usuário, inclusive na ausência deste.

O envolvimento da família é fundamental no tratamento da pessoa com sofrimento mental, mas insta encontrar um lugar para os familiares, que vá além da culpa ou da vitimização, de forma que seja possível descobrir alternativas mais saudáveis para lidar com os problemas (MELMAN, 2001). Talvez, a participação de familiares na Prática B possa desencadear novas atitudes e outros modos de subjetivação por parte dos usuários, dos familiares e, quiçá, dos profissionais de saúde.

Os profissionais da Prática B relataram a experiência de uma jovem que enfrentou o preconceito da sociedade e conseguiu sua inserção no mercado de trabalho. Os profissionais classificam essa experiência como “fantástica”. O exemplo dessa jovem é relatado nas falas seguintes.

Uma paciente nova, 20 anos, educada, delicada, ela grudou no diagnóstico que é **F 20**. Ela contou no grupo que queria trabalhar, **mas que não conseguia emprego porque era F 20**. Aí todo mundo quis falar, saber do seu F. **Outra disse que não você não tem que pensar isso não, o mercado de trabalho está difícil, mas não é porque tem o diagnóstico não quer dizer que você não possa trabalhar**. No mês seguinte, ela mandou um recado para o grupo e para gente (profissional) que ela não poderia comparecer porque tinha arranjado um trabalho. Eu levei essa notícia para grupo, todo mundo ficou super feliz, bateu palmas e disse “tá vendo não tem nada a ver esse negócio de F 20” (Prática B – Profissionais de Saúde 1 e 2 – grifo nosso).

A mesma história foi relatada pela Profissional de Saúde 3, acrescentando que a participação de outros atores foi importante para a inclusão da adolescente no mercado de trabalho, como descrito:

Trouxemos o CRAS por causa dessa adolescente, ela é jovem, está na escola, numa das reuniões uma paciente que tinha um transtorno semelhante ao dela, relatou que se sentia a margem profissionalmente por que tinha transtorno. E uma ou duas reuniões depois ela não veio mais tinha sido empregada. Isso gerou um sentimento de esperança (no grupo), você sentia isso tanto por parte dos pacientes e por parte dos profissionais (Prática B – Profissional de Saúde 3).

Existia um envolvimento dos profissionais com as práticas que desenvolviam. No momento das entrevistas, foi possível sentir a emoção dos profissionais ao relatarem a experiência da jovem. Assinalamos que há um longo caminho a ser percorrido para garantir os direitos (conforme a Lei nº 10.216/01) às pessoas com sofrimento mental. Todavia, a história acima e tantas outras nos mostram que são possíveis outros caminhos.

Compartilhamos com as reflexões de Moreira (2010), ao dizer que a crença no homem e em sua capacidade de construir um jeito de existir - que é o melhor possível naquele momento existencial -, contribui para compreendermos que as pessoas se apropriam dos espaços sociais, em conformidade com as atuais condições que suas vidas se apresentam.

As práticas, segundo os profissionais da saúde, podem proporcionar uma escuta ampliada. Segundo um profissional

essa ação (grupo de apoio) **consegue me dar acesso a coisas que no consultório eles não falam, pois acham que ali não é lugar daquilo.** Infelizmente a tensão de produção que existe sobre a gente às vezes, nos induz a objetivar a questões muito restritas (restringir um foco), eu até amplo, mas tem coisas que não depende de uma consulta para liberar que o filho está preso, que não pode sair porque o tráfico não deixa, (...) isso tem a ver com a hipertensão dela (a queixa dela) (...) com a saúde dela (Prática B – Profissional de Saúde 3).

Na experiência da Prática B com a jovem, como na prática da experiência de Ayres (2004) no seu encontro com D. Violeta, o que fez a diferença foi, efetivamente, uma escuta diferenciada. É a essa escuta que a Profissional de Saúde 3 se refere ao apontar sobre os discursos que não são pronunciados no consultório. Segundo Ayres (2004), não é a escuta, em si, que faz a diferença, mas a qualidade da escuta. Ele acrescenta que não é a qualidade na acepção de ser boa ou ruim, mas da própria natureza da escuta, daquilo que se quer escutar. É aí que faz toda a diferença.

As consequências dessas experiências foram ajudar as pessoas a serem mais felizes. Ayres (2004) ressalta que os profissionais não sabem qual o projeto de felicidade das pessoas que eles atendem, porém o projeto de felicidade traz para o

espaço do encontro terapêutico um processo de (re)construção de uma identidade que implica, mutuamente, profissionais e usuários, afetando-os. Pensamos que foi isso que aconteceu na experiência relatada sobre a jovem.

A ação intersetorial também pode ser apontada como uma potencialidade, entretanto ainda é considerada pelos profissionais de saúde como incipiente, porque ainda é imprescindível estabelecer redes entre os serviços, além do setor da saúde.

Julgamos relevante, mesmo que não fizesse parte dos objetivos da pesquisa, pontuar dos participantes algumas considerações que necessitam ser mais exploradas.

Verificamos que uma participante estava com uma postura rígida, tensa. Ela apresentou, no início, desânimo para participar das atividades, mas, no decorrer do grupo, tornou-se mais participativa. No final de um dos encontros, ela relatou

Me deu vontade de fazer as coisas (Prática A - Participante C).

A mudança de postura da participante foi observada durante os encontros e demonstra que de, alguma forma, ela foi afetada, positivamente, por ter participado das atividades desse grupo.

Outros participantes nos comunicam que:

Tenho médico particular, mas valorizamos este grupo aqui. É uma honra ter vocês aqui (Prática A - Participante M).

No grupo um pode aprender com o outro (Prática A - Participante B).

É importante salientar que os participantes valorizavam o grupo do qual faziam parte, ressaltando que a aprendizagem pode ocorrer entre eles. Temos a consciência de que essas considerações precisam ser mais estudadas, pois não realizamos entrevista com os usuários, mas seria uma perda de informações não considerarmos manifestações.

8 APRECIÇÕES DA CAMINHADA

A partir de indagações sobre o cuidado, estabelecemos como objetivo desta pesquisa analisar as práticas de cuidado integral em saúde, voltadas às pessoas com sofrimento mental, efetivadas nas ESF da região de Maruípe – Vitória (ES). Para alcançar tal finalidade, identificamos duas práticas sistemáticas qualificadas como tal e acompanhamos seu desenvolvimento, entendendo seus limites e potencialidades. O cuidado é compreendido como uma atitude interativa, isto é, cuidar é nos envolver com as pessoas, ter respeito pelas suas histórias de vida e pelos seus sofrimentos. O Cuidado Integral em Saúde é compreendido como o produto das relações entre usuários, profissionais e instituições e pode ser manifestado no acolhimento, no vínculo e no tratamento digno e respeitoso. Nesse tipo de cuidado as relações são horizontais, de sujeito para sujeito. Assim, o cuidado integral é tomado como uma ação de responsabilidade para com o outro, sem tutela ou infantilização.

É importante registrar que adotamos como sofrimento mental, o conjunto de males que acometem as pessoas, incluindo as dores além do aspecto físico, isto é, aquelas que se apresentam por meio de angústias, de lutos mal resolvidos, dos impactos da violência cotidiana em suas várias formas, nas ansiedades e no sofrimento social (condições de vida precárias). Também envolve as condições crônicas da doença mental, tais como a esquizofrenia, a depressão e outras patologias, nosologicamente, descritas.

Optamos por realizar nossa caminhada nas USF por entendermos que elas são consideradas locais estratégicos para a prática do cuidado, devido à sua proximidade com as famílias e comunidades e abrigarem uma diversidade de profissionais que tentam garantir um atendimento integral aos sujeitos de determinado território.

Essa caminhada foi realizada em três etapas: seis sessões de grupos focais em todas as USF da região de Maruípe, observações das ações sistemáticas que ocorriam em duas Unidades (USF Azul e USF Verde); e sete entrevistas por meio de

roteiro semiestruturado com profissionais responsáveis pelas práticas de cuidado integral. Esses foram nossos “meios de transporte” nessa jornada.

Os profissionais de saúde admitiram como práticas de cuidado integral voltadas às pessoas com sofrimento mental a Prática A e a Prática B, realizadas nas USF Azul e Verde, respectivamente. A Prática A teve, por objetivo, propor e desenvolver atividades em grupo que possibilitassem aos usuários uma melhor qualidade de vida; e os objetivos da Prática B consistiram em dar apoio às pessoas com sofrimento mental, melhorar o conhecimento dos profissionais sobre esses usuários, com a intenção de uma maior aproximação com eles, propondo outras ações e melhorando a assistência. Percebemos que apesar dessas práticas serem focadas na saúde, não podemos afirmar que sejam práticas integrais, visto que os sujeitos não são participantes de sua construção.

Reconhecemos que os profissionais tiveram dificuldades para explicar por que consideravam determinadas práticas como integrais e outras não, especialmente, aquelas voltadas às pessoas com sofrimento mental. Ressaltamos que houve divergência entre essas justificativas, fazendo-nos acreditar não haver uma clareza nas falas sobre a questão da integralidade, para nós entendida como a que compreende a pessoa como um indivíduo com necessidades diferentes e em momentos diferentes.

Na Prática A, foi visível a ausência de um projeto coletivo, e o grupo funcionava como um “atendimento individual coletivo”; e, na Prática B, destacamos a ênfase em relação à medicação, ainda que o grupo fosse considerado de “fala”.

No que concerne as Práticas A e B, essas pareciam estar em segundo plano, não desfrutando da mesma importância que outras atividades desenvolvidas nas unidades, pois os grupos são os primeiros a serem alterados (mudanças de horário, dia e local) em função de outras atividades nas unidades.

As práticas de saúde mental na Atenção Básica ainda estão muito vinculadas ao modelo biomédico e devem estar relacionadas à falta de capacitação dos profissionais para atuarem em um novo paradigma. Essa falta de formação pode ocasionar posturas inadequadas por parte dos profissionais, como práticas discriminatórias e preconceituosas em relação à pessoa com sofrimento mental,

além de ações moralistas, de infantilização, normatizadoras, repressivas, dentre outras.

Com efeito, percorrer o caminho da Atenção Básica, a partir da lógica do cuidado integral, permitiu-nos visualizar, no cotidiano dos serviços, a preocupação de alguns profissionais com o bem-estar das pessoas com sofrimento mental, respeitando-as como sujeitos de direitos, que conhecem seus problemas e buscam novas formas de lidar com o sofrimento.

Mesmo com a existência das Práticas A e B, apenas duas unidades possuem esse espaço demarcado. Isso demonstra estar a saúde mental distante de ser uma prioridade na Atenção Básica e que existe um desconhecimento das atribuições dos profissionais das USF, em relação ao cuidado tão importante para as pessoas com sofrimento mental.

Apesar dos avanços na atenção às pessoas com sofrimento mental, um aspecto marcante da pesquisa foi a constatação de que as práticas de cuidado integral, voltadas às pessoas com sofrimento mental, passam despercebidas dentro dos espaços dos serviços de saúde. No cotidiano, ainda persistem ações que desconsideram a pessoa, que sofre mentalmente, como um cidadão, como alguém que possui direito e, portanto, deve ter seu acesso à saúde assegurada, de preferência, em seu território. Assim sendo, a pessoa com sofrimento mental poderá circular em vários espaços da cidade, possibilitando novas formas de contratualidade e de posicionamento diante dos dilemas da vida.

Na construção do cuidado em saúde mental, é de grande valia a existência de uma rede de cuidados que possa incluir além dos serviços de saúde, outros setores como habitação, assistência social, cidadania e direitos humanos, etc., e além desses, incluir os espaços do território como igrejas, clubes, centros de convivência.

Em relação à rede, salientamos o dispositivo do matriciamento, que busca oferecer suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, por meio do compartilhamento de casos, visitas domiciliares ou atendimento em conjunto. Destacamos que profissionais demonstravam noções equivocadas sobre esse dispositivo, prejudicando o desenvolvimento de várias atividades. Cumpre-nos afirmar que

houve uma divergência de opiniões sobre o assunto, demonstrando que a proposta de matriciamento não está bem esclarecida para os profissionais das USF.

Nessa caminhada, vimos que os participantes se sentiam pertencentes ao grupo do qual faziam parte, enfatizando que o pertencimento das pessoas a esses grupos trouxe benefícios para a saúde delas, como também o fortalecimento da autonomia.

O formato das práticas de atendimento a grupos específicos pode ser uma abertura para melhorar o cuidado às pessoas com sofrimento mental, propiciando o envolvimento dos profissionais e uma escuta mais qualificada, apesar da restrição de acesso aos grupos, através de um perfil predefinido.

Concluimos que as Práticas A e B são dispositivos eficazes para a promoção da saúde mental, mesmo que tenhamos a impressão de que esse cuidado não envolve os muitos profissionais.

Essas constatações nos levam a estabelecer que as equipes das USF precisam estar mais preparadas para acolher as demandas das pessoas com sofrimento mental, o que dependerá da transformação de todos os atores envolvidos no processo saúde-doença, exigindo mudanças nos aspectos jurídicos, teórico-práticos e, principalmente, nos aspectos socioculturais. Sabemos que a Atenção Básica se configura como uma estratégia para uma atenção integral às pessoas com sofrimento mental, mas que ainda carece de condições para executarmos essa importante tarefa.

Nesta pesquisa, ficou evidenciado que as unidades representam referências para os usuários e suas famílias, embora essas referências sejam limitadas às pessoas responsáveis pelas Práticas. Logo, um grande desafio é fazermos com que os profissionais atuem na lógica do acolhimento, com um atendimento baseado no respeito e na corresponsabilização.

Reiteramos que as práticas permitiram “bons encontros” e acreditamos que os bons encontros possam ser mais frequentes nas USF, se forem ancorados na saúde e na vida, com uma ampliação do cuidar para além do diagnóstico e postulados da doença mental. Ou seja, olharmos para as pessoas que sofrem como pessoas, cidadãos e que possuem particularidades.

Apostamos na mudança do cuidado às pessoas com sofrimento mental, na diminuição do preconceito, na construção de um fazer em saúde mental, que incluindo as várias categorias profissionais e os mais variados serviços possíveis no exercício do cuidado em saúde, para além daquele executado por poucos profissionais.

Esperamos que os resultados desta pesquisa possam contribuir para uma mudança de postura por parte dos profissionais que, porventura, ainda entendam o atendimento às pessoas com sofrimento mental como uma atividade atípica da Atenção Básica e, dessa forma, esperamos colaborar para ampliar o olhar em relação à Saúde Mental, por entendemos que a Saúde Mental, apesar de suas especificidades, não pode ser separada do campo da Saúde como um todo. E, como tal, o campo da Saúde Mental não deve ser tratado como um “gueto”, assim como as pessoas com sofrimento mental não devem ser tratadas como “loucas” ou incapazes, mas como pessoas com suas diferenças. E não somos todos diferentes?

Esta pesquisa possui como limitações a não realização de entrevistas com os usuários, o que poderia ter enriquecido este material. Estamos conscientes dessa limitação e acreditamos que os usuários podem ser protagonistas de suas vidas, de seus cuidados, e não de ser ouvidos em relação a este tema, em outro momento.

Reconhecemos que, para o atendimento baseado no cuidado integral ser uma realidade, se faz indispensável uma rede constituída de diversos serviços, que possa atender às diferentes demandas das pessoas com sofrimento mental, pois essas demandas ou necessidades são complexas e mutáveis. Assim, a continuidade da atenção é importante para garantirmos um cuidado integral, bem como mudanças no modelo de atenção à saúde.

Quando os profissionais pautarem suas ações na ética, teremos serviços de saúde permeados pela integralidade, pela escuta ampliada das demandas dos usuários, dentro da lógica da clínica ampliada, com continuidade da atenção para quem assim precisar. Certamente, teremos profissionais comprometidos com a promoção da autonomia das pessoas ou de grupos para o enfrentamento das necessidades de saúde. Este é o meu sonho, minha luta, minha esperança.

Ao fim dessa caminhada, sofremos, choramos, sorrimos e aprendemos. Ao longo do percurso, encontramos pessoas que nos ajudaram a caminhar. Sabemos que o fim de uma caminhada é apenas o ponto de partida de uma nova empreitada, pois o caminho está posto, basta apenas que tenhamos coragem de trilhá-lo. Muitas vezes, no caminho percorrido, não percebemos aquilo que está ao redor, necessitando refazermos muitas vezes o caminho para distinguirmos o que passou despercebido. Mas também o refazer o caminho requer além da coragem, determinação, força e muita audácia.

Enfim, foi muito bom trilharmos este caminho. Sabemos que a próxima caminhada não tardará a chegar.

9 REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. IN: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (orgs). **SAUDELOUCURA** - Experiência da Reforma Psiquiátrica. n. 9. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 91-99.

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 187-203.

ALMEIDA, S.; PINHEIRO, R. A trajetória de mulheres com câncer de mama: uma proposta de estudo sobre prática avaliativa de integralidade no município de Volta Redonda. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 253-292.

ALVES, S. Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 169 a 178.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, A. N. Práticas psicológicas, epistemicídio e unidades básicas de saúde. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2007.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de out. 2012.

_____. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o Cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p.127-144.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARDIN, L. (1977). **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70.

BASSANI, E. **A atuação do psicólogo clínico no Serviço de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Vitória (ES)**. Dissertação de Mestrado, PPGP/ UFES, 1995.

BEDIM, D. M.; SCAPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicol. Teor. Prat.** São Paulo, v.13, n.2, ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 out. 2012.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano - compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 263-277.

BRASIL. Ministério da Saúde **Legislação em Saúde Mental 1990/2001/Coordenação-geral de Documentação e Informação**. – 2 ed. Revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação e Coordenação da Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Circular conjunta n. 01/03. **Saúde Mental e Atenção Básica – o vínculo e o diálogo necessários** – inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2012.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: PNPIC: atitude de ampliação de acesso / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 78 p.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde Mental**. Disponível em: < MS - http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925>. Acesso em: 18 out. 2012.

CABRAL, B. E. B. **Sustentando a Tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde**. Tese de Doutorado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória-ES/Petrolina-PE. 2011.

CAMPOS, R. O.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. 411 p.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 30, n.3, p. 285-293, 1996.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 131-154.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out., 2004. p.1400-1410.

DALBELLO-ARAUJO, M. Comunidade ampliada de Pesquisa. In: Rosa, E. M.; SOUZA, L.; Avelar, L. Z. (orgs.). **Psicologia Social: temas em debate**. Vitória:UFES/ABRAPSO/GM, 2008.

DUARTE, E. D. et al. A utilização da técnica e agir ético no cuidado: conciliações possíveis na prática educativa. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/UERJ:ABRASCO, 2008, p. 267-276.

FAGUNDES, S. Os municípios e a desinstitucionalização em saúde mental coletiva. IN: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (orgs). **SAUDELOUCURA - Experiência da Reforma Psiquiátrica**. N. 9. São Paulo: Hucitec, 2010. p.203-231.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**: o mini dicionário da língua portuguesa. 6. ed. rev. ampl. Curitiba: Posigraf, 2004.

FLICK, U. Entrevistas Semi-Estruturadas. In: FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In BAUER, M. B.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GERHARDT, T. E. et al. Critérios sensíveis para dimensionar repercussões do cuidado profissional na vida das pessoas, famílias e comunidades. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 293-306.

GUERRA, B. C.; DALBELLO-ARAUJO, M. **Práticas psicológicas em promoção da saúde**. 2008. 15 f. Relatório final de Pesquisa do Programa Institucional de Iniciação Científica, Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação-Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

IGLESIAS, A. et al. Análise das ações de promoção à saúde realizadas por psicólogos em Vitória (ES). *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v.11, n.1, p. 110-127, junh. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Em nome da promoção da saúde: análise das ações de macrorregião do município de Vitória**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2009.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, July 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2013.

LACERDA, A. et al. Cuidado integral e emoções: bens simbólicos que circulam nas redes de apoio. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 249-262.

LACERDA, A; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LANCETTI, A. Saúde Mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. et al. **SaúdeLoucura** - Saúde mental e saúde da família.n. 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

LANCETTI, A. et al. **SaúdeLoucura** - Saúde mental e saúde da família.n. 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

LOPES et al. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 29-40.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca do cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006, p. 7-19.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO, 2006.

_____. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: COSTA, L. A. (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.313-352.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental** – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOREIRA, M. I. B. O cuidado e as novas produções de sentidos da loucura pela via da cidade. Texto produzido como material didático para o Módulo Saúde Mental – UNIFESP/Baixada Santista. Santos, 2010. Recorte do Livro: MOREIRA, M. I. B. (Org.) **Loucura & Cidade: Potencializando novos territórios existenciais. Experiências em Residências Terapêuticas**. Vitória, GM/FAESA, 2008. p. 155- 168.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. **Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2005.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família**. Considerações teóricas e aplicabilidade. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para as condições crônicas**: componentes estruturais para a ação. Relatório mundial/Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no mundo 2001 - Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança. OPAS/OMS: Brasília, 2001.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re) pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p.15-28.

_____. Demanda, necessidade e direito de cuidado. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 17-37.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 21-36.

SANTOS et al. A atuação do psicólogo na promoção da saúde. **Psicologia: Teoria e Prática**. v. 12, p. 181-196, 2010.

SILVA, F. H.; BARROS, M. E. B. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 383-391.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, n.2, p.03-05. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 26 out. 2011.

TYKANORI, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VALLA, V. V. et al. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 103-117.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. **Cadernos de saúde pública**, n. 14, p.39-57, 1998.

VECCHIA, M. D. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família** – estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2006.

VICTAL BASTOS, L.; ROMANHOLI, A. C. Saúde Mental em Vitória: A rede tensionada. IN: CAMPOS, F. B.; LANCETTI, A. (orgs). **SAUDELOUCURA** - Experiência da Reforma Psiquiátrica. n. 9. São Paulo: Hucitec, 2010.p.193-201.

VITÓRIA, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de Saúde Mental atua na prevenção e tratamento de transtornos**. Vitória, 2012. Disponível em: < http://www.vitoria.es.gov.br/semus.php?pagina=servicosoferecidos_sm>. Acesso em: 06 set. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, 2009. 113 p. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2010_2013.pdf> Acesso em: 18 out.2012.

_____. Secretaria de Saúde, Vitória. **Relatório de Gestão 2006**. Vitória, 2007.
Disponível em: <
http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2006.pdf>.
Acesso em: 18 out. 2012.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Razões Públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2009. p. 63-78.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ORIENTAÇÃO DO GRUPO FOCAL

- 1 - Para vocês o que é cuidado integral em saúde?
- 2- Existem ações de cuidado integral em saúde onde você trabalha?
- 3 - Você poderia citar quais ações de cuidado integral em saúde são feitas na Unidade de Saúde?
- 4 - Quem são os usuários que participam dessas ações?
- 5 - Na sua experiência têm alguma ação de cuidado integral em saúde voltada os usuários com sofrimento mental? Quais são? Como são feitas?
- 6 - O que você acha que poderia ser feito pelos profissionais para melhorar as ações de cuidado integral em saúde?

APÊNDICE B

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

- 1 - Quais são as práticas de cuidado integral voltadas às pessoas com sofrimento mental nessa Unidade de Saúde?
- 2 - Como acontecem essas práticas?
- 3 - Quais profissionais realizam ações de cuidado integral em saúde voltada aos usuários com sofrimento mental?
- 4 – Quem são os responsáveis por essas ações?
- 5 – Quais são os usuários que recebem essas ações?
- 6 - Como o cuidado é articulado na rede de serviço?
- 7 - Como é a relação entre concepção e prática dos profissionais em relação as ações de cuidado integral em Saúde?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE

- 1 – Descreva a ação que você realiza com os usuários com sofrimento mental.
- 2 – Por que você decidiu realizar esta ação?
- 3 - Quais as vantagens você percebe de praticar o cuidado integral aos usuários com sofrimento mental?
- 4 - Quais as dificuldades você sente quando pratica o cuidado integral aos usuários com sofrimento mental?
- 5 – Quais os resultados dessa ação?
- 6 - Quais os motivos, que no seu entendimento, dificultam que os colegas façam o que você faz?
- 7 - Quais as dificuldades para oferecer cuidado integral em saúde com maior frequência?
- 8 - Você se sente apoiado pelos colegas na prática do cuidado integral em saúde?
- 9 - Como o cuidado é articulado na rede de serviço?

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof(a) Dra. Maristela Dalbello de Araújo e que será realizada pela mestranda Gilza da Silva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo. Esta pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória-ES.

A pesquisa tem o título, provisório de **“Práticas de Cuidado Integral em Saúde nas Unidades de Saúde da Família da região de Maruípe, Vitória (ES)”**.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que objetiva analisar as práticas de cuidado integral em saúde nas USF da Região de Maruípe, Vitória -ES. Os procedimentos que serão utilizados nesta pesquisa consistem de Grupo Focal, Observação Sistemática e Entrevista semiestruturada.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta ou participar de qualquer procedimento que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento. Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados nas USF pesquisadas ou em publicações científicas, garantindo o sigilo e a confidencialidade das informações, não havendo nenhum prejuízo para você.

Agradecemos a colaboração.

Eu _____
RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista, os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura do voluntário

Assinatura do Pesquisador

Gilza da Silva - gilzadasilva@hotmail.com ou 8127-8862

Vitória-ES, ____/____/____.

ATENÇÃO! Em caso de dúvidas sobre os procedimentos éticos que envolvem a sua participação nesta pesquisa ou para informar ocorrências irregulares deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Av. Marechal Campos, 1468 - Campus de Maruípe da Universidade Federal do Espírito Santo- Vitória/ES - Tel: 3335 7211 - Email: cep@ccs.ufes.br

ANEXOS

ANEXO 1



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a rede municipal de saúde – SEMUS/Vitória - possui a infra-estrutura adequada para a coleta de dados e realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Concepções e Práticas sobre o Cuidado Integral em Saúde para os Profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) da Região de Maruípe-Vitória -ES ”**.

Vitória, 13 de setembro de 2011.


Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 27 de outubro de 2011.

De: Prof. Dr. Adauto Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

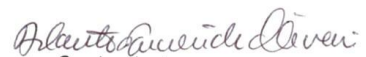
Para: Prof. (a) Maristela Dalbello Araújo
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado “**Concepções e práticas sobre Cuidado Integral em Saúde para os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) da Região de Maruípe – Vitória (ES).**”

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **238/11** intitulado “**Concepções e práticas sobre Cuidado Integral em Saúde para os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) da Região de Maruípe – Vitória (ES)**” e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de outubro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES

ANEXO 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que a Mestranda **Gilza da Silva**, foi submetida ao exame de Qualificação com o Projeto de Dissertação intitulado: "**Práticas de Cuidado Integral em Saúde nas Unidades de Saúde da Família (USF) da região de Maruípe -Vitória -ES**", sendo aprovada pela banca examinadora.

Vitória, 01 de dezembro de 2011.

Coordenação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
CCS/UFES

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rita de Lima", is written over a horizontal line.

Prof.ª. Dr.ª. Rita de Cássia Duarte Lima
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva - CCS – UFES

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva – CCS – UFES
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-090.
Telefax 3335 7287

ANEXO 4



PREFEITURA DE VITÓRIA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ US THOMAZ TOMASSI, BAIRRO DA PENHA, CONSOLAÇÃO, MARUÍPE, ANDORINHAS E SANTA MARTA	19/12/2011	JÚLIA

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Senhor (a) Diretor (a),

O projeto de pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES "Concepções e práticas sobre cuidado integral em saúde para os profissionais das unidades de saúde da família (USF) da região de Maruípe – Vitória (ES)" de autoria de Gilza da Silva com orientação da Professora Maristela Dalbello Araújo foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:

Analisar as concepções e práticas de cuidado integral em saúde dos profissionais das USF da região de Maruípe – Vitória (ES).

A metodologia a ser utilizada para a coleta de dados será através de três etapas, sendo que na primeira etapa todas as unidades serão contempladas com a realização dos grupos focais por meio de um roteiro que será gravado e depois transcrito. Na segunda etapa será utilizado um roteiro de observação sistemática, onde serão escolhidas algumas unidades para que a pesquisadora utilize a técnica de observação para investigar como ocorrem as práticas ditas de cuidado integral em saúde e para finalizar a coleta de dados, a terceira etapa consistirá em entrevistas semi-estruturadas com os profissionais que afirmam durante o grupo focal realizar ações de cuidado integral.

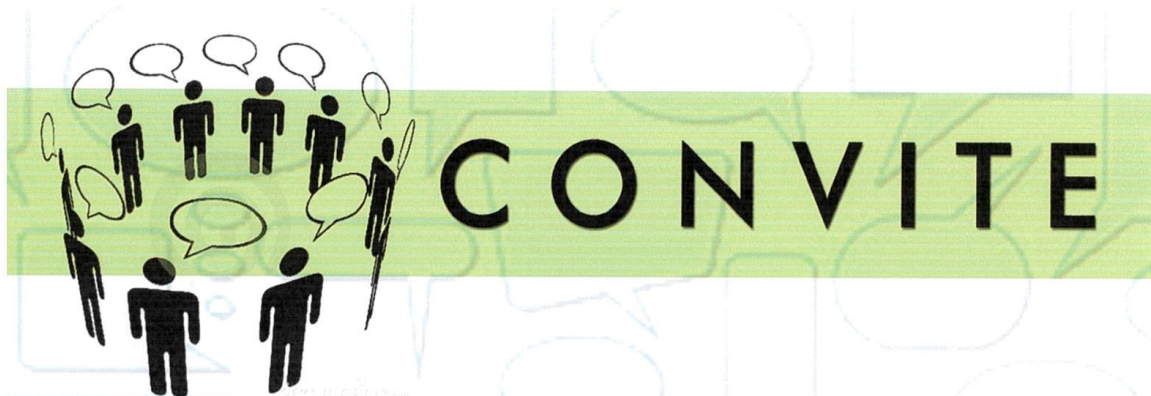
Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de outras solicitações protocolizadas pelo seu orientador.

Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.

Atenciosamente,


Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO 5



VAMOS CONVERSAR SOBRE INTEGRALIDADE?

CONVIDAMOS TODOS OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA PARTICIPAR DO GRUPO FOCAL SOBRE INTEGRALIDADE.

A ATIVIDADE FAZ PARTE DA PESQUISA DE MESTRADO DAS ALUNAS GILZA DA SILVA (GILZADASILVA@HOTMAIL.COM) E LUANNA MATTANÓ (LUAMATT@GMAIL.COM) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/ UFES.

CONTAMOS COM A PARTICIPAÇÃO!

**No auditório
da unidade!**

**DIA: ___/___/___,
ÁS ___:___**

**OS PARTICIPANTES
RECEBERÃO
CERTIFICADO!**

