

**UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM BIOÉTICA**

EUCLIDES COLAÇO MELO DOS PASSOS

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Pouso Alegre - MG

2019

EUCLIDES COLAÇO MELO DOS PASSOS

**PERCEPÇÃO DE MÉDICOS SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA**

Dissertação apresentada para o programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí, para obtenção do título de mestre em Bioética.

Área de Concentração: Bioética, os ciclos da Vida e Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho

Pouso Alegre - MG

2019

Passos, Euclides Colaço Melo dos.

Percepção de médicos sobre os cuidados em saúde mental na atenção primária à saúde numa perspectiva da bioética / Euclides Colaço Melo dos Passos. – Pouso Alegre: Univás, 2019.

127f.: il.

Dissertação (Mestrado em Bioética) – Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade do Vale do Sapucaí, 2019.

Título em inglês: Physician's perception of mental health care in primary health care from a bioethichs perspective.

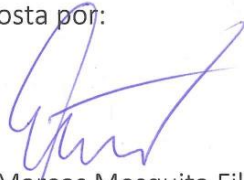
Orientador: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho

1. Saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 3. Bioética. 4. Saúde coletiva.
I. Título.

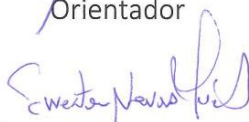
CDD -174.2

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

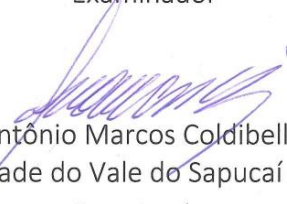
Certificamos que a dissertação intitulada “PERCEPÇÃO DE MÉDICOS SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA” foi defendida, em 30 de novembro de 2019, por EUCLIDES COLAÇO MELO DOS PASSOS, aluno regularmente matriculado no Mestrado em Bioética, sob o Registro Acadêmico nº 98013909, e aprovada pela Banca Examinadora composta por:



Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Orientador



Prof. Dr. Ewerton Naves Dias
Universidade de Mogi das Cruzes – UMC
Examinador



Prof. Dr. Antônio Marcos Coldibelli Francisco
Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS
Examinador

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE SE NO ORIGINAL

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA - PROPPES

Av. Prof. Tuany Toledo, 470 – Fátima I – Pouso Alegre/MG – CEP: 37554-210 – Fones: (35) 3449-9231 e 3449-9248

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha família, aos meus mestres da Medicina de Família e Comunidade que sempre estiveram presentes na minha jornada, e à Medicina de Família e Comunidade, que me transforma diariamente em uma pessoa melhor.

Dedico também a figura de Karina Ana – menina sorridente que conheci como paciente na Clínica da Família Sergio Vieira de Mello no Rio de Janeiro. Frequentadora diária da unidade, por todos os funcionários cuidada. Ela, e muitos outros pacientes, me inspiraram a estudar e me preocupar com o adoecimento mental. De certa forma ela representa a todos os pacientes que contribuíram com meu desenvolvimento e me inspiram todos os dias a tentar ser um melhor profissional. Na tentativa de prestar melhores cuidados superei conflitos internos e acabei por me apaixonar pelo estudo da mente e seus desdobramentos.

Dedico este trabalho também a memória de meu avô Fernando Barbosa – ora lendo seu jornal ora bebericando sua coca-cola, sempre me ensinou o gosto pelo aprender. Desde as lições dos nomes das Princesas e Barões nas notas de cruzeiros, do uso da norma culta do português, das idas ao BANERJ, passando pelos cartões de agradecimento terminados em votos de “saúde e *pax*”. Meu avô Fernando, meu primeiro professor.

AGRADECIMENTOS

Os meus mais sinceros agradecimentos:

Aos meus pais SUELY DE SOUZA COLAÇO e EUCLIDES MELO DOS PASSOS, por todo o suporte e amor que vocês sempre me deram ao longo da minha jornada.

Aos meus irmãos GUILHERME COLAÇO MELO DOS PASSOS e HUMBERTO BRUNO PEREIRA DOS PASSOS.

A minha grande amiga, ILZE KAIPPERT, por sempre me apoiar, e dividir marchas e contramarchas durante a residência em Medicina de Família e Comunidade e na vida.

A ANA CAROLINA MIGNOT ROCHA, por me inspirar o melhor, sempre.

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS, por incentivar o aperfeiçoamento de seus profissionais e pela liberação de carga horária. Continuem assim!

Aos PROFISSIONAIS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM KENNEDY 2. Obrigado por embarcarem nas minhas loucuras! Trabalhar com vocês vale a pena!

Ao meu orientador PROF. DR. MARCOS MESQUITA FILHO, por me acompanhar, orientar e ensinar ao longo desse mestrado. Avante URSAL!

Aos meus alunos e camaradas OTÁVIO AUGUSTO FERNANDES e ANA CAROLYNE OLIVEIRA por toda a contribuição durante o trabalho.

Aos profissionais que se dispuseram a participar deste projeto de dissertação.

Aos meus mestres da Medicina de Família e Comunidade, em especial à professora MARIA INEZ PADULA ANDERSON, ao professor RICARDO DONATO RODRIGUES a professora DEBORA SILVA TEIXEIRA e a professora REGINA GONÇALVES DE MOURA, por, desde os idos de 2005, me auxiliarem na caminhada pela medicina e posteriormente na especialidade que me faz sentir mais consultor de saúde do que detetive de doenças. Muito obrigado!

EPÍGRAFE

Eros e Psique

Conta a lenda que dormia
uma Princesa encantada
a quem só despertaria
um Infante, que viria
de além do muro da estrada.

Ele tinha que, tentado,
vencer o mal e o bem,
antes que, já libertado,
deixasse o caminho errado
por o que à Princesa vem.

A Princesa Adormecida,
se espera, dormindo espera.
Sonha em morte a sua vida,
e orna-lhe a fronte esquecida,
verde, uma grinalda de hera.

Longe o Infante, esforçado,
sem saber que intuito tem,
rompe o caminho fadado.
Ele dela é ignorado.
Ela para ele é ninguém.

Mas cada um cumpre o Destino –
ela dormindo encantada,
ele buscando-a sem tino
pelo processo divino
que faz existir a estrada.

E, se bem que seja obscuro
tudo pela estrada fora,
e falso, ele vem seguro,
e, vencendo estrada e muro,
chega onde em sono ela mora.

E, inda tonto do que houvera,
à cabeça, em maresia,
ergue a mão, e encontra hera,
e vê que ele mesmo era
a Princesa que dormia.

(Fernando Pessoa)

EPÍGRAFE

‘Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana’

(Carl Gustav Jung)

“Os defeitos e falhas da mente são como feridas no corpo. Depois que todo cuidado possível foi tomado para curá-las, ainda restará uma cicatriz.”

(François de La Rochefoucauld)

“Quem não provou a água escura em sua mente?”

(John Steinbeck)

“Ph'nglui mglw'nafh Cthulhu R'lyeh wgah'nagl fhtagn.”

(H.P. Lovecraft)

RESUMO

Os transtornos mentais são extremamente prevalentes na população em geral. Desde a antiguidade estão presentes e a forma como são entendidos e socialmente construídos fazem ecos até os dias de hoje influenciando, inclusive, a forma como os profissionais de saúde lidam com os mesmos. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) se responsabiliza pela maior parte dos casos de saúde mental, mesmo os casos mais graves são compartilhados e mantem segmento conjunto na APS. A Bioética põe-se como uma lente extremamente potente para análise de situações de vulneração persistentes, como os transtornos mentais. O objetivo dessa pesquisa é estudar a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família a respeito do Cuidado em Saúde Mental prestados pela Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva da Bioética. Trata-se de um estudo qualitativo e transversal, realizado no município de Poços de Caldas - MG. Foram entrevistados médicos atuantes na APS. Para análise das respostas as questões abertas foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As respostas de caracterização da amostra foram analisadas por procedimentos de estatística descritiva. Participaram do estudo 21 sujeitos, representando 58,33% das equipes atuantes no município. Houve pequeno predomínio do sexo feminino (55%). 95% dos entrevistados se declarou Branco e 05% como Pardo. Quanto a Formação, apenas 01 possui titulação em Medicina de Família e Comunidade. Em relação ao cuidado a pacientes em Sofrimento Mental 85% referem não haver em suas equipes protocolos; 65% referem contar com apoio matricial; 95% consideram que é função da ESF prestar atenção a usuários em Sofrimento Mental, porém 60% destes não se consideram preparados para o atendimento a estes usuários. O estudo apontou que fatores como o estigma, a falta de capacitação e a medicalização são importantes pontos de tensão e prejudiciais na atuação profissional no cuidado em saúde mental. Indica também que o acesso na APS e o trabalho em equipe são importantes fontes de resiliência para garantir esses cuidados. Estimular formação específica em MFC para atuação destes profissionais, além do uso dos protocolos de saúde mental, fortalecer a plena atividade de matriciamento e da educação continuada são intervenções potentes para a mudança deste cenário, garantindo cuidado mais ético e equânime.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção Primária à Saúde; Bioética; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Mental disorders are extremely prevalent in the population. In Brazil, Primary Health Care (PHC) is responsible for most cases. They have been around since ancient times and the way they are understood and socially constructed echo to this day, even influencing the way health professionals deal with them. Bioethics stands as an extremely powerful lens for analyzing persistent situations of vulnerability, such as mental disorders. The aim of this research is to study the perception of Family Health Strategy physicians regarding Mental Health Care in Primary Health Care from the perspective of Bioethics. This is a qualitative study designed as Descriptive-Exploratory and Cross-sectional, to be conducted in the city of Poços de Caldas - MG. Physicians working in PHC were interviewed. For the analysis of the answers to the open questions, the Collective Subject Discourse (CSD) technique was used. Sociodemographic responses were analyzed by descriptive statistical procedures. Twenty-one doctors working in PHC participated in the study, representing 58.33% of the teams working in the municipality. There was a small predominance of females (55%). 95% of respondents declared themselves White and 5% as Brown. As for training, only 01 has a title in Family and Community Medicine. Regarding the care of patients with Mental Suffering 85% report that there are no protocols with therapeutic guidelines in their teams; 65% report having matrix support; 95% consider that it is the function of the FHS to pay attention to users in mental distress, but 60% of them do not consider themselves prepared to care for these users. The study also pointed out that factors such as stigma, prejudice, lack of training and medicalization are important points of tension and harmful in professional performance in mental health care. It also points out that PHC access and teamwork are important sources of resilience to ensure such care. Encourage training, knowledge about available mental health protocols, and involve actors from various levels of mental health care in the qualification process of care. Stimulating the training in GP for these professionals in addition to the use of mental health protocols, strengthening the matricial activity and continuing education are potent interventions to change this scenario, ensuring more ethical and equitable care.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Bioethics; Collective Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AC	Ancoragem/ Ancoragens
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Álcool e Drogas
APAE	Associação de Pais de Alunos Excepcionais
APS	Atenção Primária em Saúde
BI	Bioética de Intervenção
BP	Bioética da Proteção
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEI	Centro de Educação Infantil
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CT	Comunidades Terapêuticas
DAB	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DOU	Diário Oficial da União
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
ECH	Expressão Chave/ Expressões Chave
eCR	Equipe Consultório na Rua
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central/ Idéias Centrais
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais

MFC	Medicina de Família e Comunidade/ Médico de Família e Comunidade
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado da Saúde da Família/ Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NHS	Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMT	Organização Mundial do Trabalho
OS	Organização Social/ Organizações Sociais
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso de da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Representação Social/ Representações Sociais
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SM	Sofrimento Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtorno Mental/ Transtornos Mentais
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
UNIFEOB	Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos
UNIVÁS	Universidade do Vale do Sapucaí
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URSS	União das Republicas Socialistas Soviéticas
V	Século 05
XVIII	Século 18
XIX	Século 19
XX	Século 20
XXI	Século 21

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Protocolos com diretrizes terapêuticas	48
Figura 2 - Protocolos para estratificação de risco	49
Figura 3 - Busca ativa de pacientes portadores de transtorno mental	49
Figura 4 - Oferta de consulta com tempo maior para pacientes portadores de TM	50
Figura 5 - Possui/mantém registro dos usuários encaminhados	50
Figura 6 - Registro dos pacientes com casos considerados mais graves de TM.....	51
Figura 7 - Ação educativa nas suas equipes para portadores de TM	51
Figura 8 - Algum tipo de atendimento em grupo para portadores de TM	52
Figura 9 - Possui atendimento com profissionais de apoio matricial para portadores de transtorno mental.....	52
Figura 10 - Registro dos usuários com necessidades decorrentes do uso de drogas	53
Figura 11 - Realiza ações para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas	53
Figura 12 - Registro dos usuários crônicos de medicações psicotrópicas	54
Figura 13 - Realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de medicações psicotrópicas.....	54
Figura 14 - Função da ESF prestar atenção a usuários com sofrimento mental	55
Figura 15 - Consideram preparados para o atendimento a usuários com sofrimento psíquico	55
Figura 16 - Ideias Centrais a respeito de Percepção da Atuação da Equipe da ES.....	70
Figura 17 - Ideias Centrais a respeito de Percepção da Atuação do Médico da ESF	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da amostra estudada (1).....	47
Quadro 2 – Caracterização da amostra estudada (2).....	47
Quadro 3 – Percepção da Atuação da Equipe da ESF.....	56
Quadro 4 – Ideias Centrais – Percepção da Atuação da Equipe da ESF.....	64
Quadro 5 – Percepção da Atuação do Médico da ESF.....	71
Quadro 6 – Ideias Centrais – Percepção da Atuação do Médico da ESF	78

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Estigma e Sofrimento Mental: Uma Situação Bioética Persistente	16
1.2.1 Belerofonte e a Quimera	17
1.2.2 Saul e Davi	18
1.2.3 A China e Imperador Amarelo	19
1.2.4 Hipócrates de Cós	19
1.2.5 A Idade Média	19
1.2.6 O Renascimento	20
1.2.7 A doença mental no Século XX	21
1.2.8 Perspectivas no Século XXI	22
1.3 A Reforma Psiquiátrica	23
1.4 O Sistema Único de Saúde	24
1.4.1 A construção do SUS	24
1.4.2 Estrutura e Princípios do SUS	25
1.5 A Atenção Primária à Saúde (APS)	26
1.5.2 A Medicina de Família e Comunidade e a Saúde Mental	28
1.5.3 O Cuidado Compartilhado: Psiquiatria e Medicina de Família de mãos dadas	29
1.6 A Política Nacional de Saúde Mental	30
2.1 Breve Histórico da Bioética	32
2.2 A Bioética de Intervenção	33
2.3 A Bioética da Proteção	34
2.4 Bioética e Atenção Primária à Saúde	35
3 OBJETIVO	38
4 METODOLOGIA	39
4.1 Delineamento do estudo	39
4.1.1 A pesquisa qualitativa	39
4.1.1.1 Representações Sociais – Discurso do Sujeito Coletivo	39
4.1.2 A pesquisa quantitativa	40
4.1.3 A abordagem quali-quantitativa	41
4.2 Local da pesquisa – A Cidade de Poços de Caldas	41
4.3 Participantes do estudo e Amostra	42
4.3.1 Amostras e critérios de amostragem	42
4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão	43
4.4 Coleta de dados	43
4.4.1 Instrumentos	43

4.4.1.1	Questionários sociodemográfico.....	43
4.4.1.2	Instrumento para pesquisa qualitativa.....	43
4.4.1.3	Procedimentos para a coleta de dados.....	44
5	TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	45
6	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
7	RESULTADOS.....	47
7.1	Dados Gerais - Características dos participantes da pesquisa.....	47
7.2	Temas estudados, agrupamentos, ideias centrais e DSC.....	55
7.2.1	Percepção da Atuação da Equipe da ESF junto a pacientes em Sofrimento Mental.....	56
8	DISCUSSÃO.....	86
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
10	CONCLUSÃO.....	104
	REFERÊNCIAS.....	10505

1 INTRODUÇÃO

Respondendo por cerca de um terço dos problemas de saúde não transmissíveis, os transtornos mentais são importantes fatores de morbidade e mortalidade em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).¹ A carga de incapacidade provocada pelos diversos transtornos mentais, como depressão, dependência de álcool e esquizofrenia tem sido subestimada, devido ao fato de que as abordagens tradicionais não consideram o comprometimento da vida do indivíduo como, por exemplo, o número de anos vividos em sofrimento mental e sua (consequente) redução da expectativa de vida.² Projeções mundiais apontam que em 2030 os problemas de saúde mental serão responsáveis as principais causas de morbidade no mundo^{3, 1}. “*No health without mental health*” (“Não há saúde sem saúde mental”)⁴, traz à baila a gravidade do sofrimento mental e como ele integra a saúde na totalidade.

A OMS define Saúde Mental como “estado de bem-estar em que o indivíduo tem consciência da sua capacidade de manter atividades produtivas, construir e manter relações gratificantes com outras pessoas, de se adaptar à mudança e de lidar com a adversidade”⁵. Em contra A definição de transtorno mental (sejam leves, moderados ou graves) tem, em sua gênese, perda da “razão”, principalmente nos quadros dos transtornos psicóticos. Ao longo do tempo, foram incorporados aspectos do sofrimento mental mais amplos, como os quadros de alteração de humor como sintomas de ansiedade e depressão.⁶

Segundo estimativas da própria OMS e do Ministério da Saúde (MS), cerca de 3% da população brasileira necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves).⁷

Assim, os transtornos mentais impactam na vida das pessoas e das comunidades. Do contexto individual, familiar e comunitário/social, podendo gerar sofrimento em todos os envolvidos.⁸

Nesse sentido, a OMS apontou a relevância da atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) na promoção da saúde mental dos indivíduos e das comunidades.^{9, 10} Dentre essas recomendações destaca-se a função das equipes de atenção básica no desenvolvimento de ações visando o rastreamento, tratamento e encaminhamento quando necessário dos usuários que possuem quadros de sofrimento mental, conforme

os níveis de severidade.^{7, 8, 9, 10}

No cenário brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das políticas de expansão, formação e avaliação da Atenção Básica (AB), vem estimulando ações que comungam com os preceitos da OMS, buscando cuidar dos sujeitos e das comunidades em suas dimensões físicas e psíquicas, atuando sobre seus problemas de saúde mental.^{11,12} A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS) no contexto do SUS, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da AB e , por meio de ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas, no território onde vivem e trabalham.^{8, 11}

Para um adequado entendimento sobre como as percepções sobre o Sofrimento Mental e a Loucura são entendidos atualmente faz-se necessário um recuo histórico uma vez que parte do entendimento nosológico que temos é parte de uma longa construção histórica, que nos remete a tempos muito antigos.

Vale ressaltar que os males da mente ao longo do tempo carregam um conjunto de ideias, preceitos, preconceitos dentre outros. Nessa amalgama, as condições que colocam o Sofrimento Mental como uma Situação Bioética Persistente - Situações que são aquelas que persistem recalcitrantemente desde os tempos da Antigüidade, em geral acompanhadas de iniquidades, perda de direitos civis, perda da autonomia, discriminações em geral além da exclusão social¹².

1.1 Estigma e Sofrimento Mental: Uma Situação Bioética Persistente

Estigma pode ser definido, segundo a gramática, como marca, cicatriz ou sinal no corpo.¹³ A palavra ganhou mais significados, referindo seu portador como desvalorizado ou desqualificado. Em sociologia o estigma está relacionado com a identidade social dos sujeitos e dos grupos sociais, com um grupo categorizando outro, conferindo-lhe um grau inferior de status social¹⁴. O estigma é atribuído com base nos preconceitos, esterótipos e no medo do desconhecido.¹⁴

Para Garrafa as Situações Bioéticas Persistentes são “situações que se mantém teimosamente na pauta da comédia humana desde os tempos do Antigo Testamento”¹². Estudos dentro e fora do Brasil falam da construção dos estigmas sofridos pelos portadores de transtornos mentais, mesmo frente aos avanços da ciência e

tecnologia, perdurando pereptoriamente. Em muitos casos estas pessoas são consideradas inconstantes, imprevisíveis e perigosas. Num estudo sobre estereótipos e crenças ligadas a esquizofrenia ve-se que mesmo psiquiatras apresentaram crenças estigmatizantes em relação a essas pessoas¹⁵. Isso, em parte, pode se justificar com base numa construção histórica sobre o sofrimento mental e a loucura.

1.2 Resgate histórico: o Sofrimento Mental ao longo da História

Todas as formas de cultura produziram ao longo dos milênios, e ainda hoje, explicações de caráter místico, mágico ou sobrenatural na tentativa de compreender o mundo e seus fenômenos.^{16, 17}

Nesse ponto, o desenvolvimento do pensamento abstrato e bem posteriormente as religiões e as crenças se tornam peças fundamentais para o desenvolvimento das sociedades. Todas as representações culturais das sociedades humanas ao longo do séculos deixaram concepções presentes no imaginário coletivo.¹⁶ São marcas ou ecos das interpretações diversas sobre o mundo e o viver nele.^{16, 17}

Ao longo da História podemos constatar como os transtornos mentais ou os males da mente foram abordados pelos diversos grupamentos humanos ao longo de sua jornada. Perceber como os males da mente são retardados e persistem durante toda a história humana auxilia a entender as construções que são feitas nos dias atuais. Há questões que, de Homero a Aristóteles, perpassam o pensamento grego, e que normalmente creditamos, erroneamente, à Psicanálise (esta tendo o papel de os resgatar)¹⁸. Muito do imaginário da loucura se mantém dos antigos. Santaella escreveu “parece estar certo Borges ao dizer que as grandes metáforas, leituras do mundo, são poucas, bem poucas, é quase todas se perfizeram no mundo grego. O resto são representações dessas metáforas sob uma nova entonação.”¹⁹

1.2.1 Belerofonte e a Quimera

Na Mitologia grega encontramos a história de Belerofonte: neto do trágico rei Sísifo. Ele tem um embate com a Quimera (descrita como monstro de três cabeças: uma de leão, outra de dragão e outra de cabra, além de uma cauda terminada em uma cobra), que destruía colheitas e matava homens na região da Lícia. Montado no cavalo alado Pégaso e com as bênçãos de Atena, mata a temível besta com setas atiradas do ar

e traz a paz para a região. Rico, cheio de glórias, e soberbo, Belerofonte tenta subir ao Monte Olimpo, o que era proibido aos mortais. Zeus enfurecido faz com que o mesmo caia de sua montaria. Belerofonte sobrevive a queda, porém, coxo, cego e ridicularizado pelos deuses que lhe tiram todas as graças além de o castigarem com a chaga da loucura. Passa então a viver solitário e recluso, preferindo viver com os animais, evitando contato com outros homens até sua morte.^{17,20,21,22}

Encontramos na *Ilíada*²³ a história de Belerofonte narrada no livro VI: “Belerofonte, já dos Céus malquisto, na alma comendo-se e evitando os homens, sozinho errava pelo campo alheio”.²³

A visão desse mito grego mostra a relação dos deuses com os mortais. As divindades gregas e romanas podiam dar glórias aos mortais, mas sendo extremamente passionais, não suportam o pecado ou o desrespeito, castigando os homens, muitas vezes com a loucura.¹⁷ A história de Belerofonte caracteriza como os pré-socráticos entendiam a condição do Homem no mundo: sempre a mercê do divino e seus caprichos¹⁷.

1.2.2 Saul e Davi

A exemplo dos gregos, vemos também na tradição judaico-cristã na Torah histórias que podem exemplificar enfermidades da mente. No livro de Samuel, encontram-se eventos narrando a história de Saul e Davi. Saul fora o primeiro rei de Israel e Judá, ungido pelo profeta Samuel. Em certo momento, Saul “dá as costas para Deus”, que retira sua graça. Como punição, Deus permite que “Espíritos Malignos” ou “Demônios” passem a atormentá-lo. Saul passa seus dias atormentado até que seus servos levam Davi para tocar a Harpa para o rei quando este fosse acometido pelos maus espíritos. “Sempre que o espírito maligno da parte de Deus vinha sobre Saul, Davi tomava a harpa e a tocava. Então, Saul sentia alívio, e se achava melhor, e o espírito maligno se retirava dele” (Samuel 16:23).²⁴. Para Cordás, no caso exemplificado, observa-se um possível sintoma psiquiátrico, entendido como ação sobrenatural, e podendo ser aliviada pela música¹⁷. Ainda no Velho Testamento, em Daniel 4:33, tem-se o rei Nabucodonosor. Este fora castigado por Deus por sua elevada soberba com a loucura, uivando como um lobo pelo palácio e sendo expulso do convívio com outras pessoas, passando a comer grama como os bois, o que durou sete anos.^{24,25}

1.2.3 A China e Imperador Amarelo

Na China, na dinastia Zhou, o mais antigo compêndio médico conhecido - O livro do Imperador Amarelo (2600 A.C) - trata das mais diversas afecções de saúde e da vida do homem chinês.²⁶ O tratado se divide em Su Wen (“questões simples/cotidianas”) e Ling Shu (“questões do Espírito”), sendo que neste último há um capítulo intitulado Diang Kuang onde as enfermidades Diang apresentam características “mais depressivas” (apatia, tristeza, pouca movimentação) e as enfermidades Kuang apresentando características “mais maníacas” (excesso de atividade mental, agitação, irritabilidade). Alguns autores traduzem este capítulo como enfermidades maníaco-depressivas.²⁶

1.2.4 Hipócrates de Cós

Hipócrates nasceu na Ilha de Cós, por volta do Século V Antes de Cristo, tendo sido contemporâneo a Sócrates. É tido no ocidente como o Pai da Medicina, tendo fundado uma vertente do pensamento, que retirou os aspectos sobrenaturais das discussões dos processos de saúde doença.²⁰

Hipócrates sugere que as doenças são causadas pela relação do homem com o ambiente e fatores relacionados com a dieta, hábitos e desregulação de elementos orgânicos, baseada em sua teoria dos quatro Fluidos ou Humores essenciais (Fleuma, Bile, Bile Negra e Sangue). Hipócrates e seus seguidores elevaram o cérebro como o centro das funções mentais e suas desordens, superando a visão cardiocêntrica proposta por Aristóteles.^{17, 27}

As doenças mentais foram de grande interesse para o Médico de Cós. Em sua classificação, este já cunhara as descrições de quadros conhecidos popularmente até hoje: a Paranoia, a Mania e a Melancolia (*Melan* = negro, *Cholis* = biliar).

Em seu 23º Aforismo da 6.ª Parte destaca: “se a tristeza e temor duram muito tempo, tal estado é melancólico”. Esta última era proposta como uma intoxicação do cérebro pela Bile Negra.²⁷

1.2.5 A Idade Média

Durante a Idade média houve abandono dos textos clássicos de Hipócrates e

de Galeno, confinando os mesmos aos monastérios, e restringindo sua leitura a parcelas específicas, retirando qualquer tema que pudesse suscitar especulações teóricas tornando-os simples manuais práticos e “cristianizados”.²⁸

O mundo Ocidental mergulha numa nosologia que abandona órgãos, humores e passa a se basear na culpa, no pecado, nas bruxas e em todo o tipo de misticismo imaginado. Das menores regras de higiene as doenças mentais, haviam preces e rituais a serem executados para afastarem a influência de bruxas, feiticeiras e do demônio.^{28, 29} Livros como *Malleus Maleficarum Maleficat & earum haeresim, ut framea potentissima conterens* ou mais comumente chamado apenas *Malleus Maleficarum* (podendo ser traduzido apenas como “O Martelo das Bruxas”)³⁰, onde se ensinavam o reconhecimento dos hábitos e práticas das feiticeiras. Em geral, de origem pobre, as chamadas bruxas apresentavam “condutas estranhas”, que poderiam indicar ação demoníaca. Algumas destas condutas assemelhavam-se a quadros que mais tarde poderiam ter sido descritos como mania, histeria, melancolia, depressão ou ansiedade, além de transgressões à ordem moral como a prática da prostituição, adultério e aborto.^{30,31}

O misticismo e o esoterismo permeavam e assombravam o pensamento do Homem medieval e imbuíam no sobrenatural e no maligno tudo aquilo que não fosse bem compreendido pela sociedade da época.

1.2.6 O Renascimento

Durante o Renascimento ocorrem profundas mudanças em todas as áreas do pensamento e na medicina não seria diferente. O humanismo se liberta do antigo maniqueísmo Deus e Diabo para iniciar um novo: o Corpo e a Mente. A Razão agora é colocada como a grande guia para a verdade. Com isso, a loucura passa a ser considerada falta de razão, seguindo o modelo cartesiano: se não há razão, não pode haver pensamento.²⁸ Nesse cenário, ainda perempitoriamente maculado com o pensamento medieval, são percebidos estados de sofrimento mental de diversos níveis além dos melancólicos, maníacos graves e com grande retardo mental etc. vê-se que estas pessoas precisam de cuidados de modo diferenciado dos grandes loucos.^{28,32}

Em seu livro *Elogio a Loucura*, Erasmo percebe a Loucura de forma ambígua: é a verdadeira Verdade, sem falsidades sobre os sentimentos dos Homens porém ao mesmo tempo os homens consideram a Loucura uma total desordem, caos,

insanidade para fugir de suas responsabilidades.³³

Não ponho a máscara como aqueles que pretendem representar um papel de sábios e andam desfilando como macacos vestidos de púrpura e como asnos com peles de leão. Que se vistam com disfarces quando quiserem que suas orelhas sobressalientes sempre revelarão um Midas oculto. (A Sinceridade da Loucura).³³

A loucura é, então, isolada do convívio social juntamente com criminosos, mendigos, portadores de doenças venéreas, leprosos e inválidos – os indesejáveis. São criados assim estabelecimentos onde são internados aqueles que não seguem a ordem, a razão e a moral da sociedade, os chamados hospitais gerais.²⁹ Dessa forma, a loucura como antítese a razão foi silenciada e aproximada das culpas morais e sociais.²⁷ Não havia preocupação - e por muitos nem o interesse - com tratamento ou cura. Ester Diaz coloca em seu livro *A Filosofia de Foucault*;

(. . .) As viagens às quais os loucos estavam submetidos, seja como exclusão real, seja como expulsão ritual – no imaginário das naus dos loucos -, tinham um sentido de viagem ao além, de onde não se volta. Havia uma forte relação entre loucura e morte. Em alguns lugares da Europa, nas portas das cidades, existiam casas de prisão para loucos. O louco é alojado nos limites. Está no limite entre a cidade e o inabitado, entre a terra e a água, entre a evidência da verdade e a nulidade do não ser.³⁴

Phillipe Pinel, considerado o Pai da Psiquiatria moderna e da Primeira Revolução Psiquiátrica, aponta as tendências humanistas do chamado tratamento moral, cuja ênfase estava voltada para o afeto, a firmeza, a atenção às necessidades físicas e psicológicas, a relação humanitária entre os pacientes e as pessoas que cuidavam dele, o otimismo quanto às suas possibilidades de recuperação, a percepção de que, quando se tornava indispensável o uso da coação, esta poderia ser eficazmente utilizada sem violentar a dignidade das pessoas envolvidas³⁵.

1.2.7 A doença mental no Século XX

O século XX foi marcado pela continuidade das políticas de asilamento dos doentes mentais graves do final do século XIX. Além disso, a psiquiatria, muito influenciada por movimentos eugenistas, ultrapassa os limites da saúde, da medicina e do hospício para originar novas formas de cuidado e tratamento dos indivíduos considerados desviantes morais. Em geral, estes não eram necessariamente atingidos

pela doença mental, mas considerados com doentes mentais em potencial para tal. Esta população dos ditos desviantes morais era composta por alcoólatras, sífilíticos, aleijados, epiléticos, delinquentes entre outros.²⁵

Assim, a prática psiquiátrica do início do século XX baseou-se fundamentalmente na divisão da população em normais e anormais, sendo que para a psiquiatria havia clara distinção dos doentes mentais (onde haveria alguma chance de cura ou tratamento) e dos desviantes morais (para estes o asilamento e o isolamento era uma forma de proteção da população considerada normal).²⁵ A essa estrutura institucional, Michel Foucault denominou de Grande Internação ou Grande Enclausuramento por sua natureza de controle e segregação.²⁹

A partir da segunda metade do século XX críticas ao modelo vigente até então pululam em diversos pontos do globo, incluindo o Brasil. Estas críticas irão confluir com a luta pelos direitos das pessoas portadoras de enfermidades mentais, pela garantia da dignidade humana destes e contra a psicofobia.

1.2.8 Perspectivas no Século XXI

Nesse início de século, denominado por filósofos e pesquisadores como pós-modernidade ou era do triunfo tecnológico, deparamo-nos com transformações tanto científicas, políticas, econômicas e sociais vindas numa velocidade jamais vista na história da humanidade. Nesse novo tempo o ser humano é aniquilado o ser humano, tornando-o escravo de seu trabalho e de seu intelecto e isso se reflete na dinâmica das relações que este estabelece.³⁶

A pós-modernidade é marcada pela fragilidade dos vínculos e a mudança da dinâmicas dos relacionamentos. Por isso ela é definida “líquida”: pela volatilidade e maleabilidade da forma e a facilidade de divisão dos elementos em estado líquido.³⁷

De forma muito curiosa, neste sentido é possível observar o paradoxo de que quanto menos transcendente a sociedade, mais individualistas nos tornamos. Para alguns autores, o mundo pós-moderno está perdendo suas referências humanitárias.^{36,38}

Nesse caldeirão de transformações e incostância, o sofrimento mental que já era presente desde tempos imateriais nas sociedades, parece ter tomado lugar de especial destaque, uma vez que as expectativas e a busca pela felicidade aparecem como carro chefe para a nova geração³⁶. Frustração, ansiedade, depressão, apatia são quadros cada vez mais comuns e que demandam cada vez mais dos profissionais de saúde.

1.3 A Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica descreve um percurso iniciado na Itália e pode ser compreendida como um processo histórico, com objetivo de questionamento e elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.^{39, 40} O Movimento de Reforma Psiquiátrica teve como objetivos a extinção dos manicômios, da exclusão social e da violência institucional. Considera-se que na Itália em maio de 1978 ocorre importante marco deste movimento, que determinou o fechamento dos seus manicômios a partir de gradativo esvaziamento dos mesmos, concomitante à criação de estruturas de cuidado em saúde mental ambulatoriais e territorializadas que dessem respostas às demandas do setor. Essa lei ficou conhecida mundialmente como Lei Basaglia^{39,40}.

Franco Basaglia, que esteve no Brasil em 1979, referiu que o hospício podia ser comparado a um campo de concentração, conforme entrevista referiu: “- Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta”.⁴¹

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do Movimento Sanitarista, que propõe mudanças dos modelos de atenção em saúde, valorização da saúde coletiva, busca pela equidade e maior protagonismo de trabalhadores e pacientes nos processos de cuidado.³²

Assim, constata-se as críticas ao modelo “hospitalocêntrico” (Hospital no centro do cuidado a saúde do indivíduo em detrimento de outros cenários), feitas pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - que irá se transformar mais tarde no Movimento Antimanicomial. Esse movimento tinha duras críticas ao modelo vigente e se pautavam na luta contra à segregação dos doentes mentais, na mudança das condições de tratamento asilar e contra a violência institucional.⁴¹ Esses ideais acabam sendo incorporados na Constituição de 1988, porém é somente no ano de 2001 que entra em vigor a Lei Federal 10.216 determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por toda uma rede de atenção à saúde mental.^{42,41} Assim, como na Itália, a Reforma Psiquiátrica brasileira teve como metas a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, a construção de uma rede de cuidados em saúde mental focada no cuidado dentro das comunidades, na atenção básica, buscando desconstruir a lógica excludente do hospital psiquiátrico e possibilitar ao doente mental estratégias para a inclusão social.⁴²

Alguns pontos da Reforma podem ser destacados como: redução

responsável e progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados; expansão e fortalecimento da rede extra hospitalar de base comunitária em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residências Terapêuticas em Saúde, Centros de Convivência, entre outros); implantação do Programa “de Volta para Casa”; Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas; inclusão das ações de saúde mental como parte do escopo de ações da Atenção Básica.⁴²

Todavia, o desenrolar da Reforma Psiquiátrica causa polêmica até os dias atuais e divide opiniões dos profissionais de saúde mental. Para a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) cerca de 90 mil leitos hospitalares foram fechados de maneira irresponsável numa visão que o hospital psiquiátrico não tem espaço dentro da rede de saúde e o psiquiatra é posto como “vilão”.⁴⁴ Críticas também colocam que não houve crescimento correspondente do número de CAPS junto a esse fechamento para o suporte adequado desses pacientes, além do que muitos centros de carecerem de profissionais qualificados⁴⁴.

1.4 O Sistema Único de Saúde

Aqui faz-se necessário para um melhor entendimento das redes de cuidado de saúde pública, sua história, formação, princípios ideológicos pois estes refletem, em última análise, os ideais de saúde mental a serem almejados.

1.4.1 A construção do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS), é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o Brasil o único país com população superior a 100 milhões de habitantes a garantir saúde integral para todos os seus cidadãos, sendo usado e estudado por diversos países como exemplo para estruturação de seus próprios modelos de saúde.⁴⁵ Seu nascimento remete ao ano de 1988 junto a Constituição Federal Brasileira, regulamentado pelas Leis nº. 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº. 8.142/90.^{46,47} Fruto da luta de movimentos Sociais e movimento da Reforma Sanitária desde os anos 70 e 80 que, percebendo as profundas desigualdades no acesso a saúde da população brasileira, defende a saúde como direito universal e dever do Estado.⁴⁸

O SUS é composto pelos centros e postos de saúde, unidades de pronto atendimento (UPA), hospitais universitários, laboratórios, centros de diagnóstico por

imagem, hemocentros, além de fundações e institutos de pesquisa, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)⁴⁹. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e convênios de prestação de serviço ao Estado – quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região. Existem também os Planos de Saúde Privados que podem ser adquiridos por todo e qualquer cidadão, além das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e das instituições Filantrópicas (como as Santas Casas de Misericórdia).^{49, 50, 51}

1.4.2 Estrutura e Princípios do SUS

De acordo com a lei nº. 8080/90, baseada em preceitos constitucionais, o SUS se norteia pelos seguintes princípios doutrinários Universalidade, Equidade e Integralidade.⁴⁶

Entende-se como Universalidade o direito a todos terem atendimento, independentemente de cor, raça, religião, orientação sexual, local de residência, situação empregatícia ou de renda^{48,50}.

Entende-se por Equidade em saúde a percepção de que os serviços de saúde devem considerar que existem grupos que tem problemas de saúde específicos, modos de viver e adoecer diferentes e oportunidades de acessar o sistema de saúde.⁴⁸ Desse modo, o SUS, na figura de seus serviços de saúde, devem buscar perceber essas diferenças e trabalhar para resolver estas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades⁵².

A Integralidade baseia-se no entendimento do ser humano como um ser complexo e multidimensional (social, religioso, biológico, psicológico)^{49,50} Assim, tanto os atendimentos individuais quanto as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde devem ser feitas de modo a alinhar esse “todo”, sem a compartimentalização do ser humano^{52,53}.

A atenção à saúde é tudo que envolvem os cuidados em saúde do ser humano. Dentro do SUS usualmente dividem-se os diferentes serviços de saúde em esferas de cuidado hierarquicamente sobrepostos: Atenção Primária (ou Atenção Básica) a Saúde, Atenção Secundária e atenção Terciária.⁵⁴ O nível Primário constitui o contato mais longo e duradouro dos indivíduos com o SUS. É composto pelas unidades de atenção básica, estratégia de saúde da família, englobando consultas de atenção

primária, vacinação etc. Neste nível idealmente resolver-se-iam cerca de 80% dos problemas de saúde das pessoas⁵⁴. Será abordado mais profundamente a seguir.

1.5 A Atenção Primária à Saúde (APS)

O Relatório Dawson, elaborado em 1920 no Reino Unido, é considerado um marco na construção dos sistemas nacionais de saúde. É o primeiro a introduzir o conceito de Atenção Primária à Saúde numa perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade^{55,45}.

Outro importante marco na construção da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, cidade da então União das Repúblicas Socialistas e Soviéticas (URSS), onde em 1978 se realizou a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, promovida pela OMS^{7,50}

Na Declaração destacava-se a necessidade de ação urgente para promoção a saúde de todos os povos do mundo:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.⁷

Segundo Barbara Starfield, a APS é o primeiro e mais duradouro contato da assistência centrada na pessoa, resolvendo suas necessidades de saúde na maior parte dos casos e referenciando a menor parte deles para outros níveis de atenção, sem nunca perder o vínculo com o usuário. Starfield observou que 75 a 85% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos neste nível. A APS tem o grande papel de coordenação do cuidado das pessoas nos diferentes níveis de atenção. A autora elenca os principais atributos de uma APS de qualidade: Primeiro Contato, Integralidade, Longitudinalidade e Coordenação do Cuidado.⁵⁰

Assim, destaca-se o papel primordial da APS no cuidado das pessoas com os mais diversos quadros de saúde e sofrimento nas esferas biopsicossocial.

No Brasil a estruturação da APS se inicia com o Programa Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 posteriormente dando lugar à Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta visa reorganizar da Atenção Básica (AB) a saúde no País, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida tanto pelo MS quanto por gestores estaduais e municipais como pedra fundamental para a expansão, qualificação e consolidação da AB uma vez que favorece a reorientação do processo de trabalho ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e comunidades, além de propiciar uma boa relação custo-efetividade.⁵⁰

Lançado em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ – AB) tem por objetivo fomentar aos gestores municipais a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos pelas equipes de AB.⁵⁶ A meta é garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação dos trabalhos desenvolvidos pelas equipes de saúde. O programa eleva os recursos de incentivo federal para os municípios que atingirem melhora no padrão de qualidade no atendimento. A avaliação é feita através do monitoramento de indicadores previamente pactuados junto a gestão municipal, além de instrumento avaliativo aplicado durante os ciclos de avaliação tanto para os profissionais de saúde quanto para os cidadãos atendidos pelas unidades básicas de saúde.^{56,57}

Como se percebe, quanto mais próximos dos dos parâmetros considerados adequados pelo PMAQ, mais adequados são considerados os serviços de APS na prestação de cuidados em saúde.

1.5.1 Atenção Primária a Saúde e a Saúde Mental no Brasil

O desenvolvimento da APS no âmbito do SUS por meio da AB através da ESF, associado aos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um importante desenvolvimento do SUS.⁵⁸

Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com as equipes de saúde da família, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que se tenha chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção. Os serviços de saúde mental, moldados a partir da lógica da reforma psiquiátrica, se

esforçam na desinstitucionalização responsável de pacientes asilados, no tratamento de casos de saúde mental mais complexos de forma mais regionalizada, ao atendimento das crises, discussão dos casos com as redes de atenção primária, etc.^{58,59} Uma grande parte do sofrimento mental continua sendo objeto do trabalho da APS.

Proporcionar a vinculação e o trânsito responsável do paciente entre a rede de saúde mental e a atenção primária é fundamental para o melhor cuidado das pessoas em situação de sofrimento mental.^{58,59} Para Fortes et al:

A APS expande as fronteiras do cuidado de Saúde mental e configura um novo desafio para a Psiquiatria século XXI, por ampliar-se dos atendimentos pontuais para a atenção longitudinal; da atuação unidisciplinar para a multi e até mesmo transdisciplinar; da supervisão para o compartilhamento de casos; do foco nos transtornos mentais graves e persistentes para a atenção transversal a todas as condições clínicas; do tratamento eminentemente farmacológico para a abordagem biopsicossocial, ou seja, do trabalho especializado para o trabalho em colaboração.⁵⁸

Desse modo, os profissionais que atuam na APS, os Médicos de Família e Comunidade, generalistas ou de outras áreas básicas, além dos Psiquiatras e outros profissionais de saúde mental que atuam na APS⁵⁹, são os principais agentes nesse processo de cuidado, com a melhoria da qualidade de vida e saúde mental como fio condutor de suas atividades, alinhavando-as.

1.5.2 A Medicina de Família e Comunidade e a Saúde Mental

Um dos aspectos interessantes da prática do médico de Família e Comunidade (MFC) é a diversidade de problemas de saúde que atende em seu cotidiano.⁶⁰ Segundo o Ministério da Saúde, queixas de saúde mental respondem por cerca de 60% dos motivos de procura por consulta⁶¹. Muitas das vezes pessoas buscam atendimento por sofrimento em diversas áreas da sua vida integrando em maior ou menor grau esferas física, mental e social. Pode-se dizer que todo problema de saúde tem um componente de sofrimento subjetivo associado.^{59,62} Assim, todo problema de saúde física é também mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde física⁵⁹.

Para se dimensionar a gama de situações de SM onde pode atuar o MFC, na Sétima Cúpula Ibero-Americana de Medicina Familiar em 2018 destacou-se que este pode atuar apoiando a saúde integral das pessoas que enfrentam situações de estresse na

vida diária vividas nas mais diversas realidades como conflitos armados/desarmados, emergências e desastres naturais. Nesses contextos, a MFC se destaca pela capacidade em desenvolver estratégias de autocuidado custo-efetivas, em especial fortalecendo vínculo comunitário⁶³.

Uma importante publicação canadense - *Shared Mental Health Care in Canada* - concorda que os MFC estão em posição privilegiada para garantir cuidado em saúde mental para a população em geral, uma vez que na maior parte do tempo estes compõe o primeiro e mais duradouro contato das pessoas com o serviço de saúde.⁶⁴

A pessoa que busca o atendimento de um MFC não está procurando um psiquiatra. Está procurando alguém que o alivie de seus sofrimentos, sejam eles quais forem e vindos de onde vierem.⁶⁰

1.5.3 O Cuidado Compartilhado: Psiquiatria e Medicina de Família de mãos dadas

Experiências nacionais e internacionais demonstram que modelos colaborativos melhoraram tanto o acesso aos cuidados de saúde mental quanto a capacidade da APS em gerir problemas de SM e dependência química.⁶⁵ Além disso, demonstraram melhores resultados clínicos, uso mais eficiente dos recursos e uma experiência aprimorada de busca e recebimento de cuidados.⁶⁵

No Brasil, o modelo de cuidados compartilhado ou clínica ampliada como o Matriciamento/Apoio Matricial, desenvolvido por Gastão Wagner⁶⁶, sendo em muitos casos em parceria com os Centros de Atenção Psicossocial^{66,67}. Ele propõe-se a ser uma nova forma de relação entre a APS e a Atenção Especializada em Saúde Mental, através da interação de diferentes saberes num projeto comum sobre as situações de sofrimento mental. Fortes⁶⁸ define o Matriciamento como:

Atividade de atendimento colaborativo interdisciplinar onde um profissional especializado realiza um atendimento conjunto ou discussão de caso com a equipe de referência para traçar um plano terapêutico.⁶⁸

No âmbito do SUS, o matriciamento se dá principalmente através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Agora chamados de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) com a recomendação de haver pelo menos um profissional de Saúde Mental^{69, 70}. A proposta do NASF é trabalhar conjuntamente a APS através de discussão de casos, consultas conjuntas, construção de projetos terapêuticos, educação continuada e visitas

domiciliares, possibilitando novos olhares sobre as situações de saúde vivenciadas pelas equipes, novas intervenções terapêuticas e melhor estruturação da rede de cuidado em saúde.⁷⁰

A formação do MFC tem a integralidade como sua pedra angular e a abordagem centrada na pessoa como ferramenta de trabalho, alinhando correlações entre o sofrimento físico e mental^{51,58}. Assim, o apoio do psiquiatra junto ao MFC propicia um espaço de reflexão sobre os diferentes aspectos biopsicossociais nos casos compartilhados, com a troca de saberes e a co-construção do projeto terapêutico, além de ser uma oportunidade ímpar para se buscar compreender questões referentes a relação médico-paciente, equipe de saúde-paciente, desmistificar fantasias e preconceitos sobre a loucura, o sofrimento mental, o sofrimento emocional e sobre o cuidado das pessoas.⁵⁸

1.6 A Política Nacional de Saúde Mental

Alavancada pelo movimento da reforma Psiquiátrica, a lei nº. 10.216/2001⁴³ inaugura a política nacional de saúde mental com a inauguração da Rede de Saúde Mental e posteriormente a Portaria nº. 3.088/2011, que passa a nominar esta como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ampliando a concepção de saúde para além do “problema mental”, sendo pautada no respeito aos direitos humanos, garantia de autonomia e liberdade, no combate a estigmas e preconceitos, na atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas⁷². As propostas para saúde mental redirecionam a lógica do cuidado, pautadas em uma abordagem centrada na pessoa e seu meio, atentando às especificidades dos sujeitos, com base na integralidade e na articulação dos serviços de saúde⁷².

Considerada por muitos como uma mudança inesperada e intempestiva, a resolução nº. 32 de 14 de dezembro de 2017 publicada no DOU enumera em 13 artigos as novas diretrizes para o fortalecimento da RAPS. Tendo o apoio a época do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e das Associações das Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) segundo estas entidades a nova resolução auxilia a corrigir algumas distorções no que tange o cuidado do doente mental⁷³. Todavia, setores da sociedade civil assim como de algumas categorias profissionais da saúde contrapõem colocando que esta nova resolução retoma - com uma nova roupagem – o pensamento hospitalocêntrico e manicomial. Em alguns pontos

o próprio texto gera ambiguidade no que tange a política de ampliação de leitos pois em seu artigo 5º diz:

Art. 5º - Vedar qualquer ampliação da capacidade já instalada de leitos psiquiátricos em hospitais especializados, conforme registro do CNES nesta data, reafirmando o modelo assistencial de base comunitária⁷³.

Porém, em seu artigo 9º. traz uma determinação que pode ser considerada como de caráter antagônico:

Art. 9º - Ampliar a oferta de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁷³.

Nesse sentido, a resolução 32 vai na contramão da luta antimanicomial - que propõe o fortalecimento cada vez maior de serviços de saúde mental focados nas comunidades, na atenção primária a saúde e nas redes de apoio locais (NASF, CAPS) preservando e garantindo uma maior autonomia dos sujeitos e uma prática de saúde focada no bem estar e não apenas no encarceramento e na retirada do indivíduo de seu convívio social.

Outro ponto bastante polêmico foi o destaque dado as comunidades terapêuticas (CT). Com a regulamentação as CT's passaram a receber cerca de R\$ 300 milhões, o maior orçamento da história da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)⁷⁴. Na nova resolução estas passam a poder receber maiores incentivos financeiros por parte dos Estados e Municípios.⁷³

2 JUSTIFICATIVA: A BIOÉTICA COMO REGENCIAL

A Bioética é um campo do conhecimento que emergiu como tentativa de resposta às mudanças e aos desafios surgidos no século XX, nas esferas individuais, coletiva e ambiental^{75, 76, 77}. Abrange os debates sobre as ciências da saúde e da vida e coloca em pauta o respeito, o cuidado e a proteção a todos os seres vivos – humanos ou não⁸². Nesse contexto, a Bioética permite repensar os valores e conceitos morais – estabelecendo-se, em grande medida, como um discurso de segunda ordem –, no âmbito das sociedades democrática, laicas e pluralistas contemporâneas.⁷⁶

O adequado entendimento sobre a Bioética, seu histórico e suas vertentes de pensamento faz-se necessário pois frequentemente se pensa na Ética e na Bioética como um conjunto de códigos deontológicos e as frívolas regras sobre as relações morais de ‘boa convivência’.

2.1 Breve Histórico da Bioética

Segundo Heck⁷⁸, ‘o que se convencionou chamar de “bioética” possui moldura conceitual de longa tradição no pensamento ocidental. Dos gregos aristotélicos até nossos dias, passando por escolas, credos e programas, o agir humano não apenas é percebido, constatado e descrito, mas também comparado, apreciado e avaliado positiva ou negativamente pelo respectivo agente e seus pares^{78,79}.

O termo “Bioética” foi utilizado pela primeira vez por Paul Max Fritz Jahr, (1895- 1953) em 1927 em um artigo de editorial da revista *Kosmos*, intitulado *Bioética: uma revisão do relacionamento ético dos humanos em relação aos animais e plantas*^{75,80}. Na década de 1970 o oncologista estadunidense Van Rensselaer Potter resgata o termo em seu livro “*Bioética: Ponte para o Futuro*“. Este livro é um marco numa perspectiva de se estabelecer as bases bioéticas. A biossegurança, uso de animais em pesquisa, genética em seres humanos, aborto e eutanásia, requisitavam novas abordagens e principalmente de respostas mais amplas da parte de uma ciência que se propõe transdisciplinar e dinâmica por definição^{75,80}.

Além disso, a bioética gradativamente aumenta seu campo de visão e sua permeabilidade nos diversos campos da vida e do conhecimento humano.⁸¹ Atualmente podemos entender a bioética como uma plataforma servindo de sustentação para diversas reflexões nesses diversos campos do saber, em especial nas áreas da saúde

e das humanidades.

2.2 A Bioética de Intervenção

Para autores como Volnei Garrafa, a bioética em especial nos países periféricos e latino americanos deve se preocupar com as chamadas situações persistentes – situações que fazem parte desde tempos imemoriais e ainda hoje se fazem presentes a despeito de toda a evolução tecnológica e econômica, apresentando contornos dramáticos devido a iniquidade e a exclusão social.¹²

Para Garrafa⁸²:

Neste início de século XXI, portanto, a questão ética adquire identidade pública. Não pode mais ser considerada apenas como uma questão de consciência a ser resolvida na esfera da autonomia, privada ou particular, de foro individual e exclusivamente íntimo. Hoje, ela cresce de importância no que diz respeito à análise das responsabilidades sanitárias e ambientais, assim como na interpretação histórico-social mais precisa dos quadros epidemiológicos, como também é essencial na determinação das formas de intervenção a serem programadas, na priorização das ações, na formação de pessoal. Enfim, na responsabilidade do Estado frente aos cidadãos, principalmente aqueles mais frágeis e necessitados, assim como frente à preservação da biodiversidade e do próprio ecossistema, patrimônios que devem ser preservados de modo sustentado para as gerações futuras¹².

Desse modo, a Bioética de Intervenção (BI) conforma um novo paradigma bioético, assumindo forte caráter social. O termo “intervenção” se refere a toda ação interventiva ocorrida a partir do diálogo com as Pessoas, Instituições e Estados. A BI assume uma posição de politização dos conflitos éticos e morais, defendendo que a preocupação principal das correntes bioéticas dos países pobres seja o enfrentamento dos dilemas éticos persistentes. A BI se coloca junto as camadas vulneráveis e vulneradas da sociedade e se propõe a lutar contra a opressão e pela promoção da equidade.⁸³

Assim, o sofrimento mental, que é presente desde os primórdios em toda a humanidade, nos países subdesenvolvidos ou periféricos mostra-se mais dramaticamente entre os estratos vulneráveis da sociedade seja pela própria condição de sofrimento mental que tornam suas capacidades de decisão e autocuidado mais frágeis, seja pelos indivíduos portadores deste tipo de vulneração pertencendo a estratos mais pobres da sociedade tem acesso mais restrito aos cuidados em saúde adequados. A pobreza, a desigualdade a marginalização torna o sofrimento mental mais dramático^{12,83}.

Nesse sentido, buscar proteger o extrato mais vulnerável é dever da

sociedade, na figura do Estado, garantir a busca por uma igualdade de condições de tratamento e cuidados, uma vez que essas populações apresentam uma grande dificuldade em atingirem seus projetos de vida por si só.⁸¹ Assim, a preocupação com essas populações conversa com o pensamento da Bioética da Proteção.⁸²

2.3 A Bioética da Proteção

A Bioética da Proteção (BP) é uma proposta que torna explícitos conteúdos que se referem aos problemas morais envolvidos pela vulneração humana.⁷⁶ Pode-se entender proteção como dar suporte, amparo e estabelecer normas de convivência digna, em especial aos indivíduos e populações que não possuem competência ou capacidade suficiente para realizar seus projetos de vida e sua dignidade, como preconizado pela cultura dos direitos humanos. Também se dedica a dar amparo aos que não são plenamente autônomos, uma vez que estes não contam com recursos necessários para exercer a autonomia plenamente. Como aquilo que é ética e moralmente necessário para o convívio humano⁷⁷.

Aqui faz-se necessário uma diferenciação entre vulneráveis e vulnerados, enquanto o primeiro grupo pode ser entendido como o em risco (potencial ou real) em alguma parte de suas vidas – mesmo sujeitos as intempéries da vida ainda sim possuem condições mínimas (materiais, cognitivas, morais) para se soerguer diferentemente do segundo grupo onde encontram-se os verdadeiramente feridos, acimados pela deterioração no amplo sentido da palavra, não apenas os expostos à condição de vulnerabilidade. São exemplos os miseráveis, os refugiados, as crianças de rua, mas também a mulher que sofre violência doméstica e não tem condições de se revoltar – grupos que precisam de apoio e amparo amplo do Estado e pela Sociedade Civil organizada⁷⁷.

A BP surge a partir da aplicação do corpo teórico-prático da bioética tradicional, tentando transformá-lo e adaptá-lo aos conflitos em saúde pública, principalmente no cenário da América Latina, onde se acentuam as diferenças ao gozo dos direitos plenos dos cidadãos de maneira mais explícita.^{77,84}

Metodologicamente, a BP pode ser vista como uma ferramenta transdisciplinar para poder lidar com os dilemas éticos e morais das práticas sanitárias uma vez que comunica saberes distintos – como as ciências da saúde, a biotecnologia, as ciências humanas e sociais – mas não são separados, como na saúde pública, onde estes podem entrar em conflito, mas também interagir, pois a assistência sanitária é, em princípio, para todos os cidadãos⁸⁴. Todavia, a BP, similar a BI, tem como norteador a

equidade - sustentáculo para as demais inter relações. Assim, foca seus esforços na proteção dos vulneráveis e, mais ainda, dos vulnerados (aqueles onde a vulnerabilidade extrema já se consolidou numa situação de agravo a saúde, social etc.)

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)⁸⁵ apresenta em seu artigo 8º. a importância e a responsabilidade para com os vulnerados:

Na aplicação e no avanço dos conhecimentos científicos, da prática médica e das tecnologias que lhes estão associadas, deve ser tomada em consideração a vulnerabilidade humana. Os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa⁸⁵.

A Constituição Brasileira incorpora estes conceitos, em uma dimensão protetora (Bioética da Proteção) e de defesa dos Direitos Humanos quando define em seu texto que “Saúde é Direito de Todos e Dever do Estado”.⁸⁶

Desse modo, a BP legitima políticas públicas de saúde de caráter universal, como é o caso da política sanitária presente na Constituição de 1988 e nos princípios do SUS. Todavia, a BP orienta também que deve-se respeitar, na medida do possível, a pluralidade dos valores morais, não impondo comportamentos que poderiam ferir a autonomia das pessoas e de grupos específicos, mas oferecendo (não impondo) modelos de comportamentos considerados válidos do ponto de vista da prevenção e da promoção da saúde.⁸⁴ Existem exceções como em epidemias que podem afetar dramaticamente a saúde da população e que implicam em medidas impostas a indivíduos ou grupos que formam a população, buscando a proteção do “corpo social” como um todo contra as ameaças de indivíduos e grupos.⁸⁴

2.4 Bioética e Atenção Primária à Saúde

Os aspectos éticos na APS diferem daqueles relacionados à sofisticação tecnológica dos serviços hospitalares e altamente especializados, contemplados por uma bioética hospitalocêntrica e focada na pesquisa.⁸⁷ Autores como Zoboli e Fortes ressaltam que as características dos dilemas bioéticos experienciados na APS tem particularidades e especificidades em função das diferentes relações estabelecidas entre os profissionais da Equipe da ESF e da própria relação entre estes e os usuários/população atendida, tendendo a serem relações mais duradouras (em oposição as relações estabelecidas nos contextos de urgência que possuem uma natureza mais

pontual) e encontros mais frequentes (sejam em consultas na unidade, atividades de vacinação, visitas domiciliares, atividades comunitárias etc).⁸⁸

As relações estabelecidas tanto nos contextos hospitalares, onde pacientes tem sua autonomia prejudicada, quanto nos serviços de urgência, onde situações dramáticas e pungentes evidenciam questões éticas geralmente marcantes fazem com que a abordagem da bioética na APS seja pouco explorada na literatura, em virtude de sua sutileza, e não seja percebida pelos profissionais que neste nível atuam.⁸⁹

Mesmo não tendo a dramaticidade de situações limite, os dilemas morais e éticos vivenciados no nível primário se mostram presentes, confidencialidade de informações de prontuário, situações relacionadas a questões de gênero, aborto, privação de direitos/autonomia sobre tratamentos etc. Todas estas muitas vezes passam pelo cenário da APS e se esta não analisar de forma crítica e reflexiva podem contribuir para perpetuação de situações de vulneração dos indivíduos e comunidades⁸⁹.

Sob a óptica da Bioética tem-se mais clareza da natureza dos impasses vivenciados na saúde mental⁷⁶, em especial na APS. Uma vez que os sujeitos em sofrimento mental, sejam transtornos leves ou severos, estão expostos a uma gama de procedimentos, terapias e prognósticos que, não raro, não são equitativamente disponibilizados, muitas vezes esbarrando nas próprias dificuldades estruturais do Sistema de Saúde (falta de medicamentos adequados, falta de profissionais médicos, psiquiatras, psicólogos em número adequado), ou ainda as próprias questões dos profissionais de saúde no segmento dessas pessoas (conhecimento limitado tanto das patologias mentais quanto do manejo com os fármacos; questões pessoais para com a doença mental; medo; questões religiosas). Essa miríade de situações acaba por fazer com que muitos médicos da APS não a identifique como sendo um local para o manejo das diversas condições de sofrimento mental fazendo deste apenas um espaço transitório ou mesmo uma barreira burocrática ao acesso ao “verdadeiro local” do cuidado em saúde mental.

Esse tipo de postura como descrito acima é potencialmente danosa ao paciente uma vez que ora pode atrasar o diagnóstico e terapêutica do paciente como pode expô-lo a um tratamento incorreto, com subdiagnóstico (por menosprezar as queixas do paciente), com sobrediagnóstico (excesso de diagnóstico, hipervalorizando sintomas do paciente) ou seja, com a iatrogenia sob vários aspectos.

Sendo assim, entender como os médicos atuantes na APS entendem os cuidados de saúde mental na APS é importante uma vez que podem influenciar tanto no diagnóstico quanto no prognóstico das doenças mentais dos usuários. Serve também para se

ter uma ideia sobre o real funcionamento deste serviço, do acolhimento destes pacientes, do cumprimento do dever do Estado em relação à saúde Mental.

3 OBJETIVO

Identificar a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família a respeito do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva da Bioética.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Foi desenvolvido um estudo qualiquantitativo delineado como Transversal Descritivo-Exploratório.

4.1.1 A pesquisa qualitativa

A pesquisa qualitativa, a semelhança da quantitativa, implica todo um conjunto de saberes teóricos e metodológicos que lhe dão sustentação.

Na área de saúde a pesquisa qualitativa tem por objetivos, dentre outros, compreender os significados, valores, concepções e as relações sociais implicadas no processo de saúde-doença-cuidado. Pode ainda ter como objeto de sua avaliação as concepções e práticas direcionadas a uma determinada patologia ou a aspectos relevantes vinculados a vida e seus ciclos como sexualidade, cuidado com crianças, violência, vínculos familiares, finitude de vida, etc.¹⁶

A metodologia qualitativa vem de encontro a perspectiva positivista da ciência, a partir do entendimento que a subjetividade é parte inerente da produção de conhecimento, sendo influenciada e influenciando as relações sociais⁹⁰. Pela lente qualitativa, a realidade é uma construção social expressando apenas uma parte da realidade, uma visão parcial tomada a partir de um determinado referencial ou momento histórico. Por esse motivo decorre também que ela produz interpretações que devem ser vistas sob os contextos e os referenciais teóricos a época em que foram desenvolvidas.⁹⁰

4.1.1.1 Representações Sociais – Discurso do Sujeito Coletivo

Representação Social (RS) é um termo advindo da Sociologia que simboliza um fenômeno psicossocial, um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originados no cotidiano, no desenrolar das relações entre os indivíduos.⁹¹ As RS reproduzem de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, justificando-a ou questionando-a.⁹²

Existem símbolos que se repetem em todas as culturas e que são compartilhados por todos os seres humanos.⁹³ A esse conjunto de imagens e arquétipos intitula-se Inconsciente Coletivo. Pordeus afirma que esses símbolos são “construídos na relação com a natureza e os animais, vivendo e pulsando as mesmas conexões desse fenômeno vida”⁹⁴. Jung nunca foi categórico de como seriam transmitidos estes códigos culturais⁹⁵, mas atualmente há inúmeras teorias que dialogam a exemplo da Memética descrita pelo Evolucionista Richard Dawkins.⁹⁶

Segundo Dawkins:

Entre os animais, o homem é dominado de uma maneira muito singular pela cultura, por influências aprendidas e transmitidas de geração em geração. Alguns diriam que a importância da cultura é tão grande que os genes, egoístas ou não, são virtualmente irrelevantes para a compreensão da natureza humana.⁹⁶

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma forma metodológica de resgatar e apresentar as Representações Sociais obtidas de pesquisas empíricas⁹⁷. Nessas, as opiniões ou expressões individuais que apresentam sentidos semelhantes são agrupadas em categorias semânticas gerais, como normalmente se faz quando se trata de perguntas ou questões abertas⁹⁸.

4.1.2 A pesquisa quantitativa

Podemos entender a pesquisa quantitativa, em semelhança a pesquisa qualitativa, como um conjunto de saberes teóricos que lhe servem de base com objeto a entender determinado fenômeno. No caso da pesquisa quantitativa estes são compostos por diferentes técnicas estatísticas e ferramentas (medidas de tendência central, dispersão, razões, taxas...) para quantificar informações num determinado estudo, em uma tentativa de, usando elementos de lógica matemática, mensurar questões que versam sobre as diversas experiências humanas.⁹⁹

Diferentemente dos estudos qualitativos, a pesquisa quantitativa busca uma objetividade maior, onde e a subjetividade ou interpretações pessoais interfiram pouco na análise do fenômeno, traduzindo em linguagem numérica as opiniões e informações para então analisar os dados e, posteriormente, construir inferências e chegar a uma conclusão.⁹⁹

Geralmente estudos compostos por questionários com respostas de

alternativas “fechadas” ou com respostas numéricas p.e., garantem uniformidade de entendimento, sem espaços para subjetividades, o que contribui para a precisão e a padronização dos resultados.⁹⁹

4.1.3 A abordagem quali-quantitativa

As modalidades de pesquisa qualitativa e quantitativa não podem ser consideradas como excludentes, apenas se distinguem por apresentarem olhares funções específicas sobre os diversos fenômenos. Assim, é possível que um estudo tenha uma fase quantitativa e outra qualitativa, onde dizemos que esta é uma abordagem mista ou quali-quantitativa. Nesse tipo de estudo, ambos os resultados serão observados e, conjuntamente, confrontados e comparados, buscando um leque mais amplo sobre o fenômeno⁹⁹.

4.2 Local da pesquisa – A Cidade de Poços de Caldas

Poços de Caldas é um Município brasileiro do Estado de Minas Gerais, na região sudeste do país. Está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Segundo estimativa do IBGE, é o 15º município mais populoso do Estado com 164.912 habitantes¹⁰⁰. O município situa-se num planalto rodeado de montanhas, com área de aproximadamente 750 km² e uma altitude próxima a 1300 m¹⁰¹.

A história de Poços de Caldas nos remete a descoberta de suas primeiras fontes e nascentes, no Século XVIII. Suas águas raras e com poder de cura foram responsáveis pela prosperidade, quando as terras da cidade começaram a ser ocupadas¹⁰¹.

Desde 1886, funcionava na cidade uma casa de banho, utilizada para tratamento de doenças cutâneas. Ela se servia da água sulfurosa e termal da fonte da Praça Dom Pedro 2º. Em 1889, foi fundado, por Pedro Sanches, outro estabelecimento para o mesmo fim, captando água da Fonte Pedro Botelho. Ali, a água sulfurosa subia até os depósitos por pressão natural¹⁰¹.

O nome da cidade tem forte relação com a história da Família Real Portuguesa. Na época em que foram descobertos os poços de água sulfurosa e térmica, a cidade de Caldas da Rainha, em Portugal, já era uma importante terma utilizada para tratamentos e frequentada pela família real. Como as fontes eram poços utilizados por

animais, veio o nome Poços de Caldas. Em 1931, foram construídas as *Thermas Antônio Carlos*, um dos mais belos prédios da cidade. O balneário passou a oferecer uma série de serviços e tratamentos corporais a partir do uso da água termal¹⁰¹.

Atualmente suas principais atividades econômicas são o Turismo, a Indústria e o Comércio. O IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal) da cidade é de 0,779, considerado alto dentro da média do estado de Minas Gerais¹⁰⁰.

A rede Municipal de Educação é composta por 25 Escolas Municipais, 43 Centros de Educação Infantil (CEI), além de contar com um centro municipal de língua estrangeira e um Conservatório Municipal. A Rede de ensino superior conta com a presença de Campus locais da Pontifícia Universidade Católica (PUC – Minas), do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, da Rede Pitágoras, além de polos de ensino da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e do Centro Universitário Fundação de Ensino Octávio Bastos (UNIFEOB)¹⁰¹.

No que tange os serviços de saúde, o Município conta com 36 equipes da Estratégia de Saúde da Família, além de 03 Unidades básicas de saúde atuando de forma tradicional e três equipes do NASF. Conta também com serviço de atendimento ambulatorial em psiquiatria junto ao núcleo de especialidades, dois CAPS, modalidade 2 e Álcool e Drogas (AD). Há também uma unidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e uma unidade da Associação de Assistência a Criança com Deficiência. A cidade possui uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Pronto atendimento do Hospital Municipal Margarita Morales. A rede hospitalar é formada pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia, o Hospital Santa Lúcia (referência em cardiologia e leitos conveniados de internação psiquiátrica pelo SUS), o Hospital UNIMED e o Hospital Poços de Caldas¹⁰².

4.3 Participantes do estudo e Amostra

4.3.1 Amostras e critérios de amostragem

A Amostragem foi do tipo intencional. Neste tipo de amostragem o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, mas que não são necessariamente representativos dela. No presente estudo esta foi composta por 21 médicos atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da rede Municipal de

Saúde de Poços de Caldas.

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Médicos Brasileiros e formados no Brasil e/ ou com diploma revalidado para atuação no Brasil concursados, contratos temporários ou atuantes em programas de provimento temporário (Programa Mais Médicos pelo Brasil p.e.) atuantes na ESF. Critérios de exclusão: desistência em participar do estudo a qualquer momento.

4.4 Coleta de dados

Serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados.

4.4.1 Instrumentos

Os instrumentos utilizados serão: um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra; perguntas abertas para análise qualitativa.

4.4.1.1 Questionários sociodemográfico

Fora aplicado um questionário para caracterização sociodemográfica, além de dados sobre formação profissional, funcionamento da equipe e tempo de atuação na APS (Apêndice 1 questões de 1 a 9). Além disso, o mesmo conta com perguntas baseadas no instrumento de avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que avaliam especificamente a capacidade de oferta de cuidado em saúde mental¹⁰³, e que abordaram quantitativamente o objeto deste estudo (apêndice 1, questões de número 10 a 23).

4.4.1.2 Instrumento para pesquisa qualitativa

Foram aplicadas duas questões abertas para avaliação das representações sociais dos entrevistados a respeito da forma como se dá atenção e cuidado dos portadores de sofrimento mental pelos médicos e demais profissionais da APS (Apêndice 2).

Para tanto, foi utilizado DSC que como descrito por Lefèvre & Lefèvre: “um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso”.¹⁰⁴ O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades.

A técnica consiste na análise do material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um destes depoimentos as Idéias Centrais e suas correspondentes Expressões Chave; com as Idéias Centrais e Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese, os Discursos do Sujeito Coletivo.¹⁰⁴ O DSC constitui uma técnica de pesquisa que possibilita a coletividade “falar” como se fosse um só indivíduo.

4.4.1.3 Procedimentos para a coleta de dados

Os sujeitos da pesquisa foram procurados individualmente nas unidades de saúde e convidados a participar da pesquisa após tomarem conhecimento de seu propósito, seus objetivos e conteúdo. Após concordarem em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Em seguida, pesquisador e entrevistados se dirigiram para um lugar livre de interferências externas, dando início ao trabalho com a aplicação da entrevista. Além disto, foi solicitada ao entrevistado autorização para proceder a gravação de suas respostas, comprometendo-se com a inutilização das mesmas assim que os dados fossem tabulados.

Uma vez manifestada a concordância, o pesquisador então iniciou os trabalhos com o questionário de caracterização sociodemográfico. Leu-se cada uma das questões e no caso de dúvidas fez-se nova leitura até que o entrevistado sentiu-se esclarecido e pode responder ao instrumento.

Em seguida passou-se às questões abertas, procedendo da mesma maneira do questionário anterior quanto ao entendimento das mesmas. Quando o entrevistado sentiu-se suficientemente esclarecido para responder as questões, o entrevistador formulou as questões e efetuou a gravação das respostas.

5 TABULAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram submetidos a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), extraído-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais (IC) ou Ancoragens (AC) e as suas correspondentes Expressões Chave (ECH). Assim, com as IC/ AC e ECH semelhantes em mãos, foram compostos os discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo. As ECH são pedaços, trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente. A IC é um nome ou expressão linguística que categoriza, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido(s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.¹⁰⁵

Algumas ECH remetem não apenas a uma IC correspondente, mas também e explicitamente a uma afirmação (Ancoragem). AC é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer. O DSC é uma reunião num só discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular de ECH que têm IC ou AC semelhantes ou complementares.¹⁰⁵

O conteúdo deste depoimento-síntese é editado para constituir o produto final que é o DSC, ou seja, uma opinião coletiva de uma pessoa coletiva. Os discursos individuais são agrupados, por semelhança semântica, em discursos-síntese, de modo a configurar um sujeito coletivo portador de uma opinião social.¹⁰⁴

As questões sócio-demográficas, assim como as questões referentes à coleta de dados sobre o trabalho em saúde mental das unidades de saúde foram analisadas por procedimentos de estatística descritiva. Desta forma, as variáveis categóricas foram descritas como proporções (percentagens). Já as variáveis quantitativas, tanto as contínuas quanto as discretas, foram descritas por medidas de tendência central (médias e medianas) e pelas de dispersão (desvios padrão)⁹⁹.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu as determinações da Resolução n.º. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que define os procedimentos éticos para a pesquisa em seres humanos¹⁰⁶. Foi solicitada também a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da pesquisa nas suas unidades (Anexo 2). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS pelo protocolo de número 3.193.740 (Anexo 3).

7 RESULTADOS

7.1 Dados Gerais - Características dos participantes da pesquisa

Participaram do estudo 21 médicos atuantes na ESF no Município de Poços de Caldas. Este número representa 58,33% das equipes atuantes no município de Poços de Caldas dentre estas equipes da ESF uma encontra-se em Zona Rural e uma atende majoritariamente população de rua. Alguns dados estão dispostos no Quadro 01 e 02.

Quadro 1 – Caracterização da amostra estudada (1)

Variável	Frequência absoluta	Proporção (%)
Gênero		
Feminino	12	57,1
Masculino	9	42,9
Cor		
Branca	20	95,2
Parda	1	4,8
Especialização (Título junto ao CFM)		
Sim	3	14,3
Não	18	85,7
Pós-Graduação (Especialização <i>Latu-Sensu</i>)		
Sim	9	42,9
Não	12	57,1

Quadro 2 – Caracterização da amostra estudada (2)

Variável	Média	Mediana	Desvio padrão
Idade (anos)	31,6	30,0	4,4
Tempo de atuação na ESF (meses)	29,4	15,0	31,6

Em relação ao sexo houve pequeno predomínio do sexo feminino (57,1%). Sobre o perfil étnico, 95,2% se declarou Branco e 4,8% como Pardo. As idades dos participantes ficaram com média (em anos) de 31,6, mediana de 30 e desvio-padrão de

4,44 com valores de idade mínima e máxima respectivamente de 25 e 42 anos.

Quanto a Formação destes, apenas 03 (14%) possuem alguma especialidade médica, com registro no CFM, sendo: 01 em Infectologia, 01 em Pediatria, 01 em Medicina de Família e Comunidade.

Quando perguntados sobre outras pós-graduações (*latu sensu*, mestrado ou doutorado) 43% possui alguma pós-graduação, sendo 01 Mestrado (farmacologia clínica) e com pós-graduação *latu sensu* nas áreas de: Psiquiatria, Saúde Coletiva, Nutrologia, Medicina do Trabalho, Saúde da Família e Ultrassonografia. Alguns possuem duas ou mais pós-graduações .

Sobre o tempo de atuação na APS este ficou com média (em meses) de 29,4, mediana de 15 com desvio-padrão de 31,56 com valores de mínimo e máximo respectivamente de 2 e 96 meses.

Sobre o funcionamento das equipes, o tempo médio para o primeiro atendimento (em dias) de 24,15, mediana de 25 com desvio-padrão de 9,86 tendo como tempos mínimos e máximos de 1 e 60 dias.

No grupo pesquisado, 85% referem não haver em suas equipes protocolos com diretrizes terapêuticas de saúde mental (Figura 1); 75% referem não haver protocolos de estratificação de risco em saúde mental (Figura 2); 55% realizam busca ativa de pacientes portadores de sofrimento saúde mental (Figura 3); 45% referem ofertar tempo maior para consultas de pacientes portadores de TM (Figura 4).

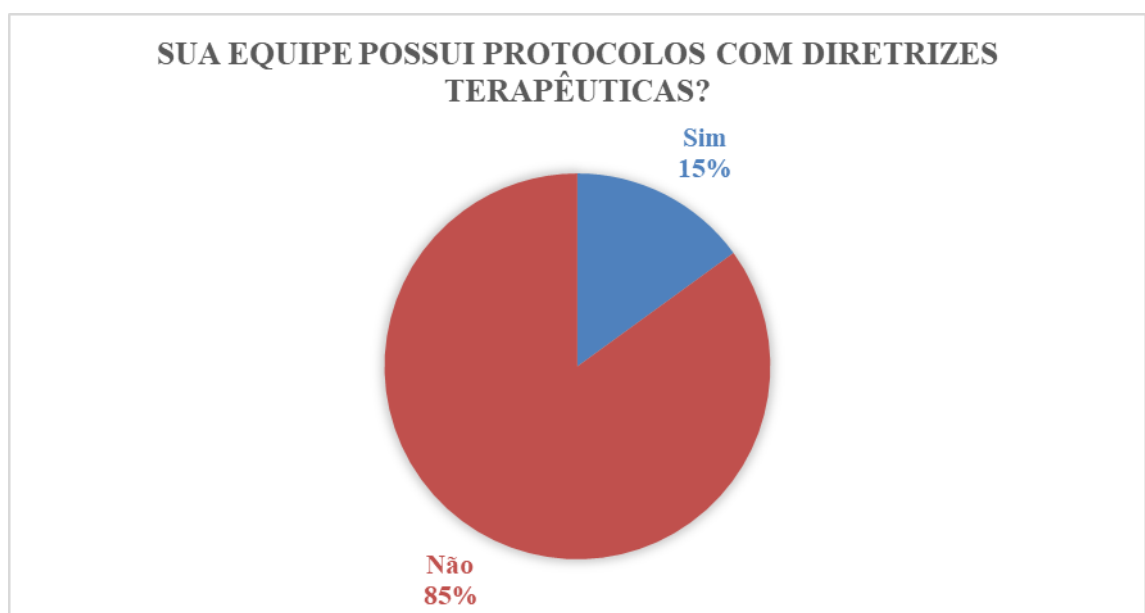


Figura 1 - Protocolos com diretrizes terapêuticas

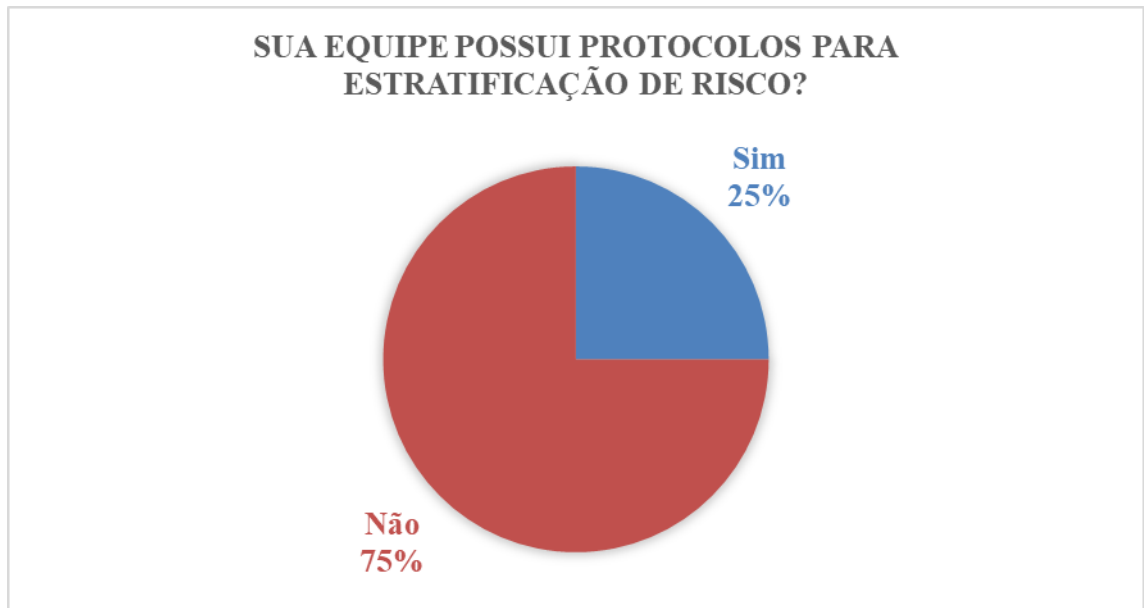


Figura 2 - Protocolos para estratificação de risco

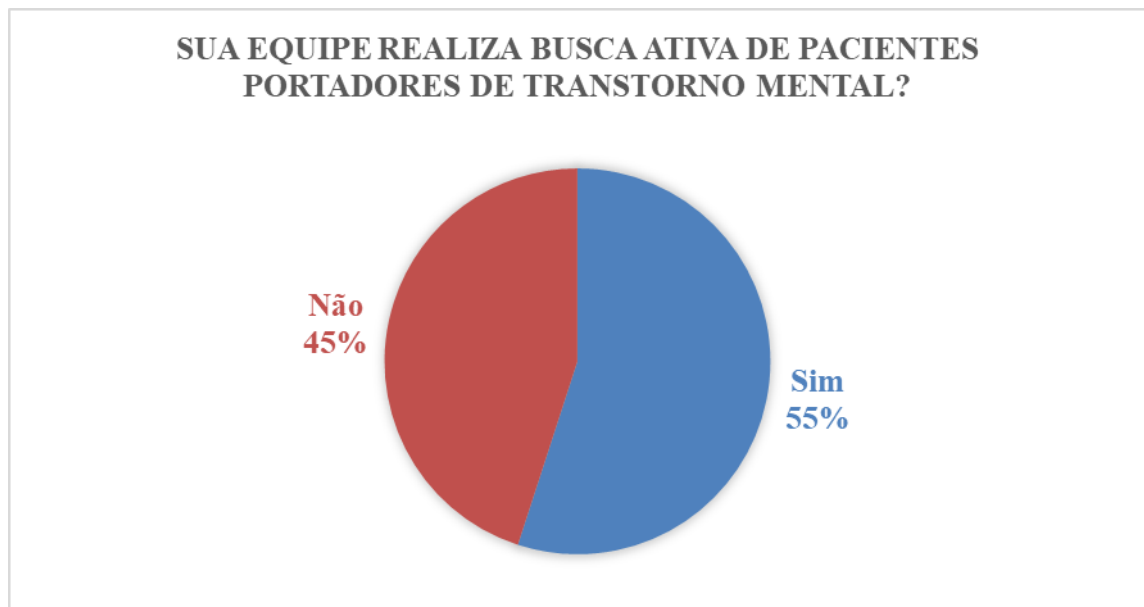


Figura 3 - Busca ativa de pacientes portadores de transtorno mental

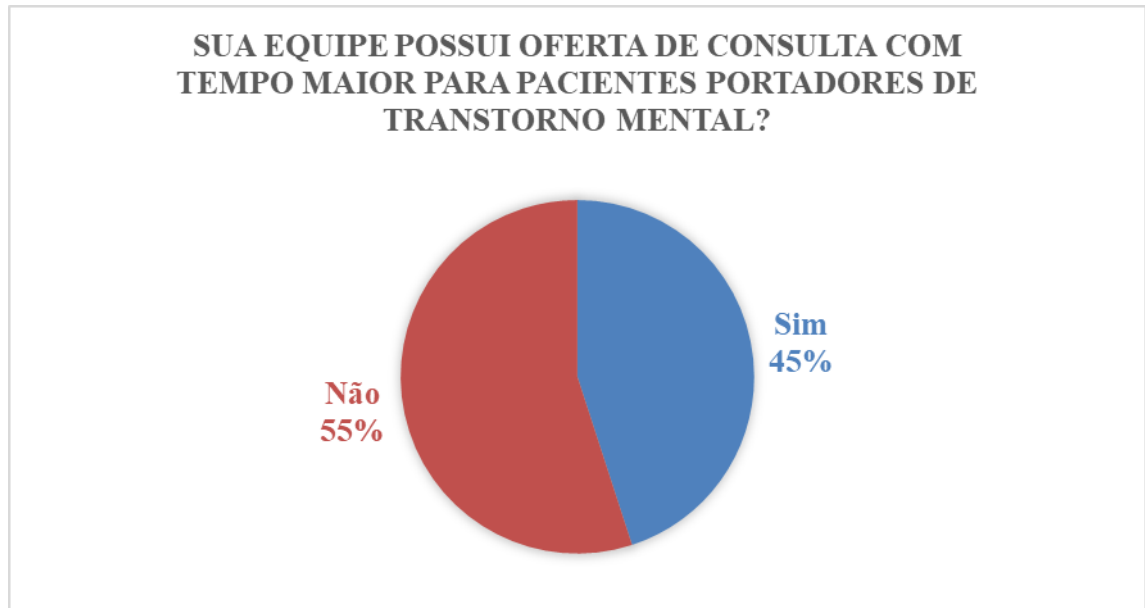


Figura 4 - Oferta de consulta com tempo maior para pacientes portadores de TM

Pode-se verificar na Figura 5 que 75% dos entrevistados referem manter registro de pacientes portadores de TM encaminhados para outros pontos de atendimento da RAPS; 45% mantêm registro dos pacientes com casos considerados mais graves de TM (Figura 6); 60% referem não possuir nenhuma ação educativa nas suas equipes para portadores de TM (Figura 7); 25% referem que as equipes possuem algum tipo de atendimento em grupo para portadores de TM (Figura 8); 65% referem contar com atendimentos de profissionais de apoio matricial para portadores de TM (Figura 9).



Figura 5 - Possui/mantém registro dos usuários encaminhados



Figura 6 - Registro dos pacientes com casos considerados mais graves de TM

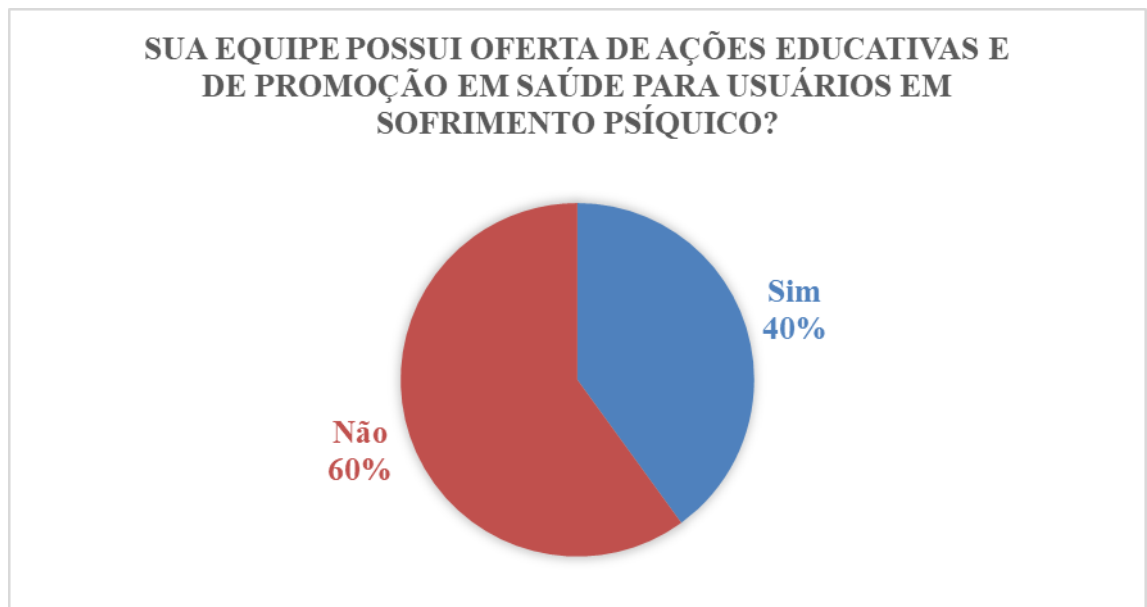


Figura 7 - Ação educativa nas suas equipes para portadores de TM

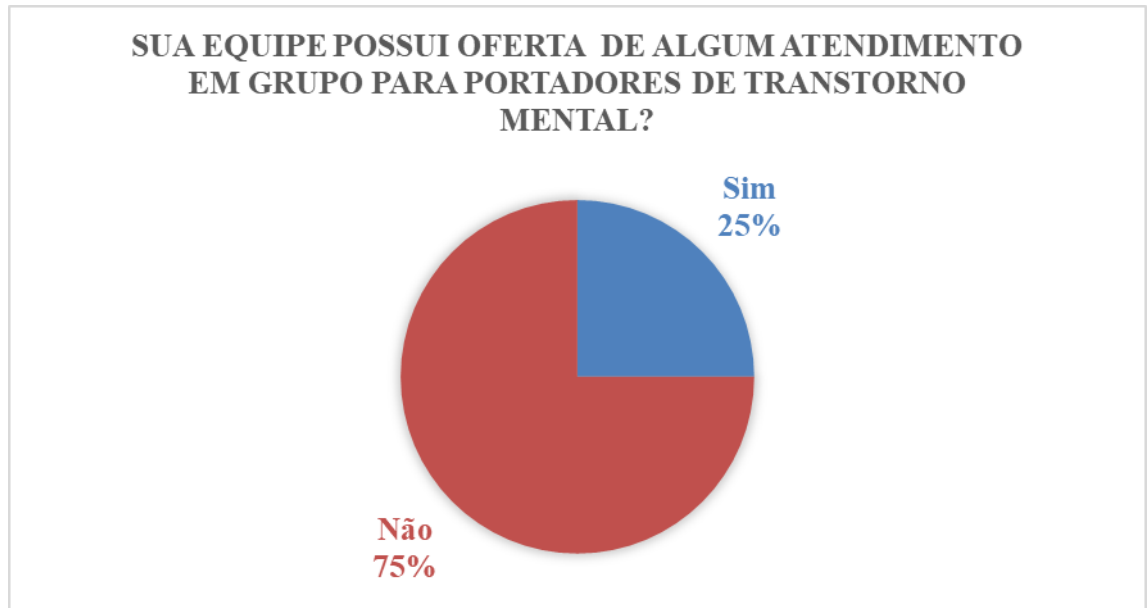


Figura 8 - Algum tipo de atendimento em grupo para portadores de TM

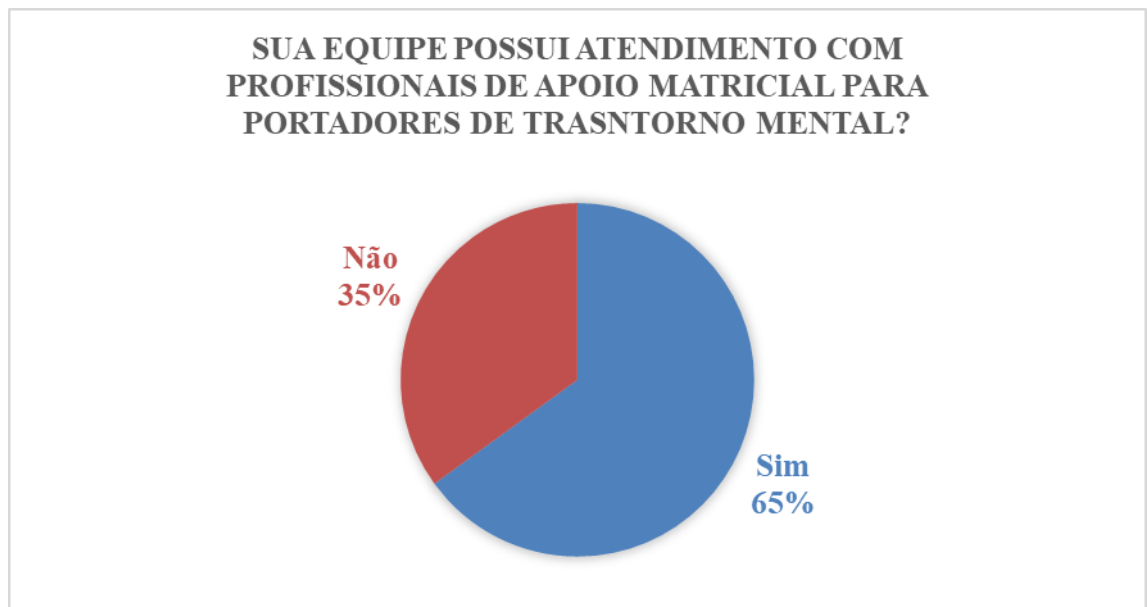


Figura 9 - Possui atendimento com profissionais de apoio matricial para portadores de transtorno mental

Dos entrevistados, 48% possuem registro de usuários com necessidades decorrentes do uso de drogas (Figura 10) e apenas 20% referem realizar ações para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas (Figura 11).

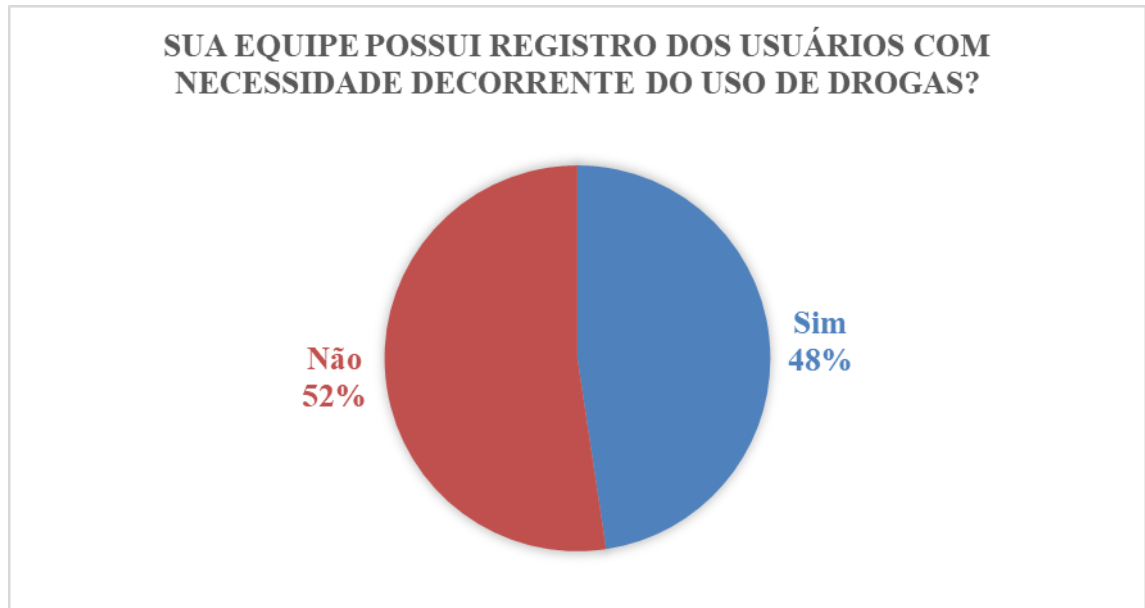


Figura 10 - Registro dos usuários com necessidades decorrentes do uso de drogas



Figura 11 - Realiza ações para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas

Na Figura 12 apresenta-se que 65% dos entrevistados referem que suas equipes possuem registro dos usuários crônicos de medicações psicotrópicas e apenas 25% referem realizar ações para pessoas que fazem uso crônico de medicações psicotrópicas (Figura 13); 95% consideram que é função da ESF prestar atenção a usuários em TM (Figura 14); 60% destes não se consideram preparados para o atendimento a estes usuários (Figura 15).



Figura 12 - Registro dos usuários crônicos de medicações psicotrópicas



Figura 13 - Realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de medicações psicotrópicas



Figura 14 - Função da ESF prestar atenção a usuários com sofrimento mental



Figura 15 - Consideram preparados para o atendimento a usuários com sofrimento psíquico

7.2 Temas estudados, agrupamentos, ideias centrais e DSC

Na abordagem qualitativa, foram explorados temas relacionados a percepção tanto da Equipe da ESF quanto ao próprio Médico da ESF sobre cuidados de sujeitos em Sofrimento Mental.

Foram utilizados os seguintes procedimentos: elaboração das expressões-chave, extração da ideia central (IC), identificação dos participantes e frequência de cada tema e, a seguir, elaboração dos DSCs e figura representando o tema e as respectivas ICs.

7.2.1 Percepção da Atuação da Equipe da ESF junto a pacientes em Sofrimento Mental

Quadro 3 - Percepção da Atuação da Equipe da ESF

Sujeito	Expressões chave	Ideias centrais
1	Bom, eu acho que varia bastante, depende assim do grau do sofrimento do paciente, mas no contexto geral, o pessoal toma como alguma doença mental, né, psiquiátrica, como falta de Deus, falta de trabalho, então, no geral, eu acho que não... não é uma... não tem uma... não é uma boa aceitação, diz assim, não tem uma boa compreensão em relação à saúde mental. Lógico que varia de caso para caso, tem... tem vários casos que o pessoal tem... tem um atendimento mais voltado pra essa área, mas eu acho que no geral, essa parte psiquiátrica aí, a galera não... não aborda de uma forma como deveria. Mesmo o paciente que tem uma consciência de si, do ambiente, muitas vezes é tratado como louco, tipo assim, como se não... não tivesse ali ou como se não percebesse o que as pessoas falam. Então eu acho que tem ainda esse déficit, mas no geral, eu acho que até que tranquilo.	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuidado Centrado na Pessoa ● Estigma/Preconceito ● Falta de aceitação da doença ● Falta de Capacitação
2	Então a nossa equipe ela acolhe o paciente e trabalha a escuta né do paciente, e procura é reservar uma conversa e ver como que como que ele vem se sentindo, ter uma abordagem, dentro do possível né, mais é pontual e sempre trabalhando também a forma como ele vem se tratando, vem também se cuidando e como ele vêm se sentindo com o tratamento, e quando nós percebemos que a gente que ele precisa de um apoio né de um profissional mais direcionado a gente encaminha também para o psicólogo ou psiquiatra da rede e também se a gente percebe que ele está em um sofrimento agudo nós também procuramos o apoio do CAPS né o CAPS AD ou outro o CAPS II o CAPS Girassol né, no caso aqui da cidade. E a gente procura dentro dentro de nossas nossas possibilidades e da nossa capacitação, a gente procura ver por aqui ne, mas depender do caso e da complexidade a gente encaminha pra rede mesmo, pros órgãos profissionais da rede, temos aqui também um psicólogo, o Gustavo que é o NASF, né que ele sempre vêm, pelo menos quinzenalmente dar um apoio nos casos que a gente precisa de um direcionamento ele nos da um apoio, e.. a gente procura ter a parceria também dos agentes né que são os canais mais próximos né das famílias né pra que a gente possa ter as parcerias aí procurar oferecer o melhor que a gente pode né, sempre também precisando de mais ferramentas e treinamentos e parcerias pra gente poder ter uma qualidade melhor nos atendimentos	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Apoio Institucional ● Cuidado Centrado na Pessoa ● Encaminhamento ● Falta de Capacitação ● Valorização do Papel do ACS

3	<p>Eu acho que nós atuamos de forma multiprofissional, como uma rede é onde cada profissional é, tem seu papel diferente mas de forma complementar, por exemplo os agentes eles tem contato íntimo com a população, mesmo aquelas que não frequentam a unidade, e eles me trazem informações úteis sobre situações de pessoas que estão em sofrimento mental, que as vezes não frequentam a unidade justamente por não ter condições de procurar saber que é possível realizar esse atendimento lá ou que não aderiram ao atendimento em outras unidade como o CAPS e aí os agentes nos trazem essas informações, fazem então uma busca ativa. E a partir daí nós programamos os atendimentos médicos, na maioria das vezes o atendimento dessas pessoas é feito de forma integral na própria unidade. Eu abordo todos os aspectos da vida da pessoa, todas as doenças que ela possa ter, dentre elas o transtorno mental. Na maioria das vezes eu assumo o tratamento do paciente, a equipe atua no tratamento e nós não encaminhamos. Salvo nos casos graves de urgências psiquiátricas, como uma tentativa de auto-extermínio recente, ou mesmo naquele próprio dia do atendimento, nesse caso a gente pede participação do serviço de referência, que pode ser o CAPS ou em alguns casos a gente encaminha pra UPA. Quando há uma intoxicação, uma suspeita de intoxicação, quando há possibilidade de se repetir aquela tentativa de auto-extermínio, quando a própria pessoa estiver em risco a gente acaba referenciando. Então nossa unidade ela atende, a equipe toda participa do atendimento que vai desde a busca do paciente, e a coleta dessas informações, do que que existe naquela população de necessidade de atendimento e eles, os agentes de saúde, trazem essas pessoas pra unidade, geralmente é feito assim. A enfermeira participa, ela tem, a gente troca as informações, debate os pacientes que estão em sofrimento mental, para que todos os membros da equipe saibam acolher de forma apropriada. Então o auxiliar administrativo que as vezes está na recepção, ele tem conhecimento de que o paciente tem necessidades especiais, demandas especiais, e ele pode privilegiar o atendimento daquela pessoa, as vezes até a maneira como eles lidam com o paciente que tem transtorno mental muda. Uma pessoa que tenha dificuldade de expressar suas necessidades, ela precisa de ser ouvida com mais atenção, desde a recepção, onde começa o acolhimento, a triagem, a abordagem da técnica de enfermagem, e conhecendo essas peculiaridades do paciente com transtorno mental a gente consegue, por exemplo, encaixá-lo na demanda espontânea, dar atendimento mais rápido, é isso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Apoio institucional ● Atendimento médico na UBS ● Busca ativa ● Cuidado centrado na pessoa ● Dificuldade de acesso ● Encaminhamento ● Trabalho em Equipe ● Valorização do Papel do ACS
---	---	--

4	<p>Bom atualmente não existem ações desenvolvidas especificamente para atuar na melhoria do atendimento para a saúde mental. O que nós fazemos atualmente é o paciente nos procura ou no acolhimento mesmo, na procura no PSF, eles nos procuram pra referindo suas queixas e então é feito um acolhimento pela equipe de enfermagem e já referenciado para o médico da equipe. Então no atendimento eu tento avaliar as condições psíquicas, psicológicas do paciente, porque que ele tá me procurando naquele momento, eu não me sinto totalmente segura de fazer um atendimento desses sem o suporte do especialista pela limitação mesmo de conhecimento nessa área né? Então atualmente eu sempre referencio os pacientes que apresentam queixas relacionadas a saúde mental para avaliação, mas procuro sim tentar mostrar pra eles que algumas modificações na sua rotina podem ajudar a melhorar também a sua saúde mental, melhorar fazendo atividade física, tentando ter uma boa alimentação, tentando sempre melhorar a questão, por exemplo quando a gente não se sente muito bem porque saúde mental é um estado de bem estar, então procurar sempre atitudes positivas, tirar aquele momento, por exemplo para ter uma válvula de escape, descansar, fazer uma atividade, melhorar a alimentação, ler um livro, tentar buscar coisas que fazem se sentirem bem e sempre referencio para o especialista para dar esse suporte, para que eu possa fazer o acompanhamento junto com o especialista. É que dentro da equipe tem pessoas que não gostam de trabalhar com saúde mental, tem aquele desconhecimento em relação a saúde mental, esses dias agora nós tivemos uma reunião com o CAPS, a primeira vez que veio justamente alguém falar sobre saúde mental com a gente, foi uma assistente social, então que deu uma abertura para eles entenderem, porque as vezes perguntam o que é essa saúde mental, então entendo que muitas pessoas da nossa equipe não sabem lidar porque as vezes não sabem definição também do que é saúde mental, nunca procurou saber como que está sua saúde mental, então assim não sabem lidar tão bem com a situação, tem pessoas que sim, por exemplo a Andréia enfermeira já conhece melhor da questão da saúde mental, então ela consegue lidar bem. Agora os agentes tem alguns que conhecem, já ouviu falar sobre o assunto, e tem pessoas que desconheciam então ficaram sabendo mais na reunião, como lidar ou qual que é a definição de saúde mental, como que eles se consideram, como que está sua saúde mental naquele momento, então foi a primeira abordagem que a gente teve sobre saúde mental com a equipe multidisciplinar, veio realmente a assistente social, veio o psicólogo do NASF, mas realmente é um tema que é muito novo pra gente, por mais que a gente vê que a gente tem vários casos, mas o jeito de lidar mesmo é tudo muito novo pra gente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ações de promoção da saúde ● Acolhimento ● Atendimento Médico na UBS ● Encaminhamento ● Estigma/ Preconceito ● Falta de capacitação ● Sem ações específicas para cuidado de SM ● Trabalho em equipe
5	<p>Bom minha equipe atua com consultas de rotina, são agendadas consultas, como se fossem qualquer outro paciente, sem nada específico pra ele, sem nenhum tipo de tratamento específico, sem algum tempo maior de oferta de consulta também, sem nenhum registro até com essas perguntas eu acabei refletindo um pouquinho e vi como nós estamos devendo em relação a isso. Então nós atendemos como se fosse realmente uma consulta de rotina, não há assim tantos grupos específicos, nem ações específicas em relação aos pacientes com problemas de saúde mental, então realmente nós vamos ficar devendo muito nisso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Consulta Médica na UBS ● Sem ações específicas para cuidado em SM
6	<p>A minha equipe faz um acolhimento inicial, na maioria das vezes quando o ACS descobre que tem um paciente com sofrimento e ele já recebe esse paciente, já conversa com a enfermeira e a enfermeira faz esse acolhimento também, colhe as informações e me repassa essa informação, dependendo do caso a gente eu já atendo no mesmo dia. Em alguns casos entra entro com medicação já encaminhado para a psicóloga ou a gente já tenta fazer um encaminhamento pra o psiquiatra, depende muito de cada caso, ou se for o caso, em caso de surto ou alguma coisa mais séria, tem que fazer o encaminhamento para o hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Atendimento médico na UBS ● Encaminhamento ● Valorização do Papel do ACS

7	Bom a minha equipe tenta verificar a procedência desse paciente, se esse paciente já está fazendo acompanhamento pelo CAPS ou se ele vai fazer o diagnóstico recente dele, independente dos dois casos a gente encaminha pro serviço secundário. A maioria dos casos que chegam aqui são paciente já diagnosticados com transtorno mental que são acompanhados pelo CAPS em parte. No mais nós fazemos o primeiro tratamento se tiver em crise, nós fazemos o tratamento agudo ali né, e encaminha já pro CAPS, no mais é só isso.	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Atendimento Médico na UBS ● Cuidado a Pacientes Conhecidos ● Encaminhamento
8	Bom na minha unidade não existe um processo pra atuar com esses pacientes a gente identifica que ele tá com algum problema que ele precisa de algum encaminhamento, um acompanhamento mais rigoroso a gente encaminha, tanto pro psicólogo quanto pro psiquiatra. Na unidade mesmo não tem nenhum grupo de apoio nada	<ul style="list-style-type: none"> ● Encaminhamento ● Sem atividades específicas para cuidado de SM
9	A equipe tenta sempre acolher os pacientes, né, de forma mais humana, mas eu noto que quando o paciente ainda não tem um diagnóstico, esse acolhimento fica um pouco errado, porque né, ainda se há muito preconceito com a doença mental, né, e muitas vezes as queixas somáticas que vem até a equipe não são de fundo orgânico é de fundo emocional, e a equipe ainda não tem essa sensibilidade de entender que esse paciente que é poliqueixoso tem algum transtorno mental que faz ele ter as alterações somáticas, né? Então, antes do diagnóstico, muitas vezes esse paciente é marginalizado, ele é dado como o chato, como o “piti”, e não tem a devida atenção, mas pós-diagnóstico, quando a equipe já tem noção do diagnóstico, a equipe acolhe bem esse paciente, né? Dá assistência, dá apoio, sempre conversando, né, escutando as queixas, trazem as queixas pra mim com mais frequência, pós-diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Estigma/ Preconceito ● Trabalho em equipe
10	Primeiramente a gente faz um acolhimento, depois vem o atendimento e se tem necessidade faço o encaminhamento	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Atendimento médico na UBS ● Encaminhamento
11	Bom, a equipe, ela realiza busca ativa nas casas, vê como estão esses pacientes que tem algum sofrimento mental, algum tipo de transtorno, e oferece várias atividades no PSF, a gente tem aqui a equipe do NASF, a psicóloga. Oferece outras atividades como yoga, alguma coisa para tentar amenizar esse sofrimento mental.	<ul style="list-style-type: none"> ● Apoio Institucional ● Atividades de SM na UBS; ● Busca Ativa ● Práticas Integrativas
12	Então, a nossa equipe ela atua visando a redução de danos, né? A gente vai até o paciente quando há necessidade, e mediante o quadro de problema mental, quadro... psiquiátrico, a gente atua imediatamente medicando e.. se possível, quando há necessidade, a gente faz um... uma ponte com o CAPS, e se precisar a gente encaminha também.	<ul style="list-style-type: none"> ● Atendimento Médico na UBS ● Busca ativa ● Encaminhamento ● Redução de Danos
13	Bom, o paciente chega na unidade, é acolhido pelo pessoal de enfermagem, depois o pessoal de enfermagem passa o caso para o médico. No caso aqui são dois, para mim ou para o meu colega, para a gente ver se é um quadro agudo... e precisa de intervenção no momento, ou se pode aguardar atendimento... em torno de 10 a 15 dias demora. E se é necessário chamar o serviço de urgência, se for um quadro que necessita de medicação.	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Atendimento médico na UBS ● Encaminhamento

14	<p>Boa tarde. Eu acho que a equipe realiza busca ativa através dos agentes acho que a busca ativa ela é feita de forma efetiva porque os, alguns trabalhadores da própria unidade são moradores do bairro, o que permite conhecer melhor a comunidade. E assim conhecer os usuários que frequentam o posto. A nossa unidade, o território nosso é grande. A gente não conhece toda a população. Os agentes comunitários, a equipe é defasada em relação aos agentes comunitários, deveriam ser cinco a seis, a agente tem três só em uma equipe, e não chega a conhecer a população inteira. Então a gente não conhece todos, dos que a gente conhece, a gente consegue fazer uma boa busca ativa. É, mas acho que ainda falta muito o que se fazer, falta muito em um registro especial. E entender melhor o interior, o universo desse paciente, saber o porquê que ele é, se ele é usuário de droga, se ele faz uso de bebida alcoólica, é... e também, acho que ainda falta ainda, além do registro, a condução dos casos de pacientes com transtorno mental, falta ainda a capacitação dos médicos para melhor condução, entendimento dos mecanismo de ação das drogas, e na melhor condução desses pacientes. E acho muito importante o que... poderia ser melhor aqui. A gente tem na equipe uma psicóloga, mas acho que ela consegue realizar poucos atendimentos, perto dos atendimentos... da quantidade de atendimentos que o médico faz, como eu... têm dois médicos que fazem... realizamos quase que 50 atendimentos por dia, acredito que a psicóloga faça seis por dia. Então acho que... o atendimento da psicóloga é um atendimento mais demorado, acho que a gente devia ter equipes multidisciplinares no acompanhamento desse paciente com transtorno mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Busca Ativa ● Conhecimento parcial do território ● Equipe insuficiente ● Falta de capacitação
15	<p>Tá bom, eu acho que a equipe está sim medianamente preparada. Os ACSs tem um bom controle dos pacientes de saúde mental, sempre passam os casos nas reuniões semanais, e a gente tenta priorizar esses casos. Quando assim, a vaga de consulta está demorada, a gente coloca em um encaixe, faz um acolhimento, para o paciente pelo menos receber uma medicação, para ele sair da crise, e controlar. É as vezes eu vejo por parte de alguns profissionais da equipe, sim, uma intolerância. Eles não, não sentem, não se colocam no lugar do paciente psiquiátrico. Eles não levam tão a sério a questão do autoextermínio, e isso, às vezes, eu acho meio complicado. Eu acho que a gente tem que ter uma abordagem maior, principalmente quando o paciente dá indícios de autoextermínio. É a gente tem uma boa comunicação com o NASF, né, principalmente com o psicólogo. Só que eu acho que o psicólogo daqui, que nos apoia, ele é bem sobrecarregado, então muitas vezes ele tenta fazer trabalhos em grupo, para ganhar tempo, né, atender mais pessoas ao mesmo tempo, e isso acaba atrapalhando a dinâmica. Mas apesar disso, ele o psicólogo tem um bom acesso com os pacientes, resolve a maioria dos problemas. Quando a gente tem caso mais graves, já encaminhamos para o CAPS, temos cerca de acho que seis, sete pacientes no CAPS, e a gente tem um bom retorno. No matriciamento, no feedback que a gente recebe deles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Cuidado compartilhado ● Estigma/Preconceito ● Falta de Capacitação ● Sobrecarga do NASF ● Valorização do Papel do ACS

16	<p>É eu acho que a minha equipe, infelizmente, não está totalmente preparada para lidar com pacientes em sofrimento mental. Principalmente aqueles (pacientes) que estão em crise, aqueles pacientes mais graves assim é, eu acho que elas tem um pouco de receio e não conseguem lidar totalmente com esses pacientes. Mas assim, na maioria das vezes, os pacientes com sofrimento mental que já estão controlados, que já estão fazendo uso de medicação, a gente consegue fazer o acompanhamento certinho, eles vêm aqui em consulta e tudo o mais. Agora a gente tem alguns pacientes com saúde mental, por exemplo, a medicação tá sendo prescrita, mas ele não tá conseguindo tomar, e aí, ele não quer tomar, a mãe não sabe o que faz, enfim, a agente de saúde também não sabe o que faz, e aí a gente acaba tendo que ir na casa desses pacientes, tentando aproximar mais deles, ver o que a gente pode fazer. A gente tem um caso, por exemplo, de dois irmãos... a gente tem um caso de dois irmãos esquizofrênicos e assim, eles deram muito trabalho para a gente nesses dois anos que eu estou aqui no posto. Porque eles eram bem agressivos, e eles faziam uso de medicamento injetável, medicamento em êmbolo, então assim, era uma luta para conseguir fazer esse medicamento, tinha que chamar SAMU, tinha que chamar polícia e tudo o mais. Com o fim, eu comecei ir na casa deles, a conversar, a tentar me aproximar. A equipe me ajudou bastante, a agente comunitária responsável, e aí no fim a gente conseguiu estabelecer uma relação com os dois, que eu achei bem interessante. E hoje a gente consegue fazer o medicamento neles direitinho. A cada quinze dias a enfermeira vai, faz. E isso foi muito bom, e a gente também teve ajuda do psicólogo do NASF. Assim, nesses casos, o psicólogo que ajuda a gente, é o psicólogo do NASF, porque a gente não tem muito amparo da rede, né? Na rede a gente demora um ano mais ou menos para a gente conseguir passar com o psicólogo, psiquiatra também tá muito difícil. Quando esses casos, a gente acaba encaminhando para o CAPS também. Mas enfim, eu acho que minha equipe não está totalmente preparada, como já falei no início, e acho que isso tinha que mudar a gente tinha que conseguir fazer alguma coisa para melhorar um pouquinho a atuação, a nossa atuação junto com esse paciente com saúde mental. Acho que é só.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Controle parcial dos pacientes de SM ● Cuidado compartilhado ● Encaminhamento ● Estigma/Preconceito ● Falta de apoio especializado ● Falta de Capacitação ● Impotência do serviço perante casos difíceis
17	<p>Hã... minha equipe atua... é... buscando os pacientes em casa, quando eles tem dificuldade para vir aqui, para... estar vindo até o posto de saúde, então tem busca ativa. E quando o paciente consegue vir aqui, então, já não é tanto a equipe que está atuando com ele, vai ser mais a consulta comigo, mesmo. A gente tenta atender o paciente aqui, e tenta resolver o problema dele. Entender qual a necessidade. O que a gente não consegue tratar aqui, a gente pode estar tentando encaminhar, passar para um... para a equipe do NASF. E... é isso. Acho que a equipe não tem um... não tem grupos, não tem nada de diferencial para o paciente com sofrimento mental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Atendimento médico na UBS ● Busca Ativa ● Encaminhamento ● Sem ações específicas para cuidado de SM

18	<p>Bom, na zona rural a gente tem uma dificuldade grande de protocolos, de uma sequência de atendimentos, né, uniformes, porque nós somos seis unidades, cada dia eu tô em uma e revezo duas de quinze em quinze. Então assim, a gente tem conhecimento de toda a área abrangente, todos os pacientes, tem paciente com esquizofrenia, depressão grave, é usuário de droga e álcool, mas a gente tem uma grande dificuldade de, de estratificar, de dar uma sequência, assim, muito é como que eu falo? No cotidiano diário por causa dessa por eu não ir sempre nas mesmas unidades. Tem unidades que eu vou de 15 em 15 e tudo. Mas assim, a gente sabe... a gente tem tudo anotado, as medicações que usam. A gente tem um livre acesso com o pessoal do CAPS, até pelo matriciamento, é a gente faz busca de, o paciente que, o Paulo que é não sei nem se pode falar o nome, né? Mas enfim, todo mundo conhece, ele sempre dá uma surtada, a gente vai lá reavalia. Aí o CAPS muda a medicação. Esses dias para trás ele impregnou no mesmo. Aí mantiveram. Mas aí acaba que fica sabendo, os vizinhos comentam em caso de surto e tals. Mas a gente tem essa grande dificuldade de uma sequência, entendeu? Mas acho que assim, para mim, apesar de eu gostar da área de psiquiatria, eu tenho uma grande dificuldade porque assim, o atendimento de PSF é muito é a nossa agenda é muito conturbada, então assim, demanda um tempo maior para o atendimento psiquiátrico. É no mínimo 30/40 minutos, que infelizmente o PSF ainda, na nossa equipe agente tá tem uma dificuldade de agenda nesse ponto. Então assim, alguns casos eu consigo levar, atender, dar uma maior atenção. Mas alguns infelizmente a gente precisa estar encaminhando para o especialista, para o CAPS, ou para a terapia, né? E mas é isso, mais ou menos isso que a nossa equipe tem essa dificuldade, mas a gente ainda consegue ter um acordo. A gente sempre está se reunindo, né, nas reuniões de equipe, além do matriciamento, a gente acaba sempre tocando no assunto. Discute porque que eu diminuí um remédio, porque que eu aumentei o outro. Explico para a equipe, né, para não chegar lá e só falar porque que eu troquei, porque o paciente sempre quer estar se medicando, enfim. Mas é isso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Busca ativa ● Cuidado compartilhado ● Dificuldade no cuidado longitudinal ● Encaminha ● Estigma/Preconceito ● Falta de Capacitação ● Medicalização ● Sobrecarga na atenção médica
19	<p>A equipe ela entende a necessidade desse paciente, é como prioridade na equipe. Aliás, na estratégia saúde da família e a ... quando algum vizinho relata que tem algum paciente que tá em algum sofrimento mental, ele já se compadece da situação, aciona já a enfermeira e o médico, né, e duas coisas podem acontecer: ou eu vou lá, ou esse paciente vem aqui. Normalmente o paciente vem aqui, e a gente já atende ele como prioridade. Mesmo já tendo atendido toda a demanda, seja ela espontânea ou agendada a gente... esse paciente, ele entra como prioridade para nós. A equipe tem uma boa empatia. Uma boa empatia eles se compadecem da situação, né, então o intuito é tentar ajudar mesmo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Atendimento médico da UBS ● Busca ativa ● Trabalho em equipe
20	<p>Nós do PSF do Santa Angela possuímos registro no prontuário sobre as doenças psiquiátricas que o paciente possui, por ser em um bairro com uma população mais idosa temos vários pacientes em acompanhamento com psiquiatra. Não temos uma atenção priorizada para tais pacientes pois a maioria já é acompanhada para o atendimento com o especialista. O que fazemos é o atendimento inicial, anotações sobre a clínica e orientações gerais até o atendimento médico especialista. Após esse atendimento acompanhamos para suporte e renovação de receita. Os agentes fazem visitas para o acompanhamento e pegar informações sobre a atual situação. A enfermagem faz o acolhimento para iniciar o atendimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Atendimento médico na UBS ● Papel do ACS ● Sem ações específicas para cuidado de SM

21	<p>Eu acredito que a minha equipe tenta – tanto os agentes de saúde, quanto a parte de enfermagem – eles tentam... dar um bom acolhimento para esses pacientes, mas algumas vezes a gente fica um pouco... perdido. Eu tenho um paciente... pode falar isso? Eu tenho um paciente que ele... é agressivo, ele tem esquizofrenia. Um menino novo, mora ele e duas irmãs, e aí a gente não tem um apoio, até mesmo para fazer a medicação nesse paciente. Acho que falta um apoio do CREAS, ou do CRAS, ou sei lá do quê. Do CAPS, do CAPS! Falta um apoio eu acho do CAPS para isso, e aí eles jogam muita coisa para a atenção primária, que teria, que não deveria ser lá também. Eu acho que a gente é sobrecarregada nisso. A sensação que eu tenho é que, muitas vezes, a gente fica, a gente tenta fazer nosso melhor, mas várias coisas da saúde mental teriam que ser feitas na... com alguma coisa de especialidade, ou pelo menos fazendo uma interface. Durante um tempo teve o matriciamento, que eu acredito que ajudou muito. Não só a mim, mas também a equipe toda. Mas hoje em dia a gente não tem. Está muito solto assim, isso. Eu não tenho muitos pacientes de saúde mental que... que são trabalhosos, assim. A maior parte está controlada, alguns até receberam tipo alta do CAPS para ficar com a gente. Mas são pacientes que a gente... a gente faz um manejo assim. Eu vejo os agentes de saúde assim, sempre preocupados, sempre atentos. Tem um senhor meu que ele teve uma... ah, teve uma história de tentativa de suicídio, e todos os agentes de saúde, tanto os agentes de saúde quanto o resto todo da equipe assim. Ele ficou... ele foi internado, e depois quando ele saiu, teve uma mobilização, assim, da equipe inteira para dar um apoio para a família dele também, não só para ele. Que a esposa sempre participou de tudo com a gente, dos projetos de bingo, de exercício. E eu vejo que eles... eles tem sim, uma visão tentando ajudar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolhimento ● Cuidado a Pacientes Conhecidos ● Falta de apoio especializado ● Impotência do serviço perante casos difíceis ● Papel do ACS ● Trabalho em equipe
----	---	---

Quadro 4 - Ideias Centrais - Percepção da Atuação da Equipe da ESF

Ideias Centrais - IC	Frequência	Sujeitos	Proporção
Encaminhamento	12	1, 3, 4, 11, 12, 14, 15, 16, 18	57%
Acolhimento	11	2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 20, 21	52%
Atendimento médico na UBS	9	3, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 17, 20	43%
Busca ativa	7	3, 11, 12, 14, 17, 18, 19	33%
Falta de Capacitação	7	1, 4, 14, 15, 16, 17, 18	33%
Estigma/ Preconceito	6	1, 4, 9, 15, 16, 18	29%
Valorização do Papel do ACS	6	2, 3, 6, 15, 20, 21	29%
Sem ações específicas para cuidado de SM	5	4, 5, 8, 17, 20	24%
Trabalho em equipe	5	3, 4, 9, 19, 21	24%
Cuidado compartilhado	4	15, 16, 18, 21	19%
Apoio Institucional	3	2, 3, 11	14%
Cuidado centrado na pessoa	3	1, 2, 3	14%
Cuidado a pacientes conhecidos	2	7, 21	10%
Falta de Apoio Especializado	2	16, 21	10%
Outras IC	16	2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 16, 17, 18	76%

IC: Acolhimento

Bom a minha equipe tenta verificar a procedência desse paciente, se esse paciente já está fazendo acompanhamento pelo CAPS ou se ele vai fazer o diagnóstico recente dele, então a nossa equipe ela acolhe o paciente e trabalha a escuta né do paciente. O que nós fazemos atualmente é o paciente nos procura ou no acolhimento mesmo, na procura no PSF, eles nos procuram pra referindo suas queixas e então é feito um acolhimento pela equipe de enfermagem e já referenciado para o médico da equipe. A triagem, a abordagem da técnica de enfermagem, já conversa com a enfermeira e a enfermeira faz esse acolhimento também, colhe as informações e me repassa essa informação. A equipe tenta sempre acolher os pacientes, né, de forma mais humana. Eles tentam dar um bom acolhimento para esses pacientes.

IC: Apoio Institucional

A gente tem aqui a equipe do NASF, a psicóloga. A gente encaminha pra rede mesmo, pros órgãos profissionais da rede, temos aqui também um psicólogo, o Gustavo que é o NASF, né que ele sempre vêm, pelo menos quinzenalmente dar um apoio nos casos que a gente precisa de um direcionamento ele nos da um apoio. Salvo nos casos graves de urgências psiquiátricas, como uma tentativa de auto-extermínio recente, ou mesmo naquele próprio dia do atendimento, nesse caso a gente pede participação do serviço de referência, que pode ser o CAPS.

IC: Atendimento médico na UBS

O que fazemos é o atendimento inicial, anotações sobre a clínica e orientações gerais até o atendimento médico especialista. Após esse atendimento acompanhamos para suporte e renovação de receita e a partir daí nós programamos os atendimentos médicos. Quando o paciente consegue vir aqui, então, já não é tanto a equipe que está atuando com ele, vai ser mais a consulta comigo, mesmo. A gente tenta atender o paciente aqui, e tenta resolver o problema dele. Entender qual a necessidade. Na maioria das vezes o atendimento dessas pessoas é feito de forma integral na própria unidade. Eu abordo todos os aspectos da vida da pessoa, todas as doenças que ela possa ter, dentre elas o transtorno mental. Então no atendimento eu tento avaliar as condições psíquicas, psicológicas do paciente, porque que ele tá me procurando naquele momento. Dependendo do caso a gente eu já atendo no mesmo dia. No mais nós fazemos o primeiro tratamento se tiver em crise, nós fazemos o tratamento agudo ali né, a gente

atua imediatamente medicando, para a gente ver se é um quadro agudo e precisa de intervenção no momento, ou se pode aguardar atendimento em torno de 10 a 15 dias demora.

IC: Busca Ativa

Eu acho que a equipe realiza busca ativa através dos agentes. Acho que a busca ativa ela é feita de forma efetiva porque os, alguns trabalhadores da própria unidade são moradores do bairro, o que permite conhecer melhor a comunidade. E assim conhecer os usuários que frequentam o posto. A equipe, ela realiza busca ativa nas casas, vê como estão esses pacientes que tem algum sofrimento mental, algum tipo de transtorno, e oferece várias atividades no PSF. A gente vai até o paciente quando há necessidade, e mediante o quadro de problema mental, quadro psiquiátrico minha equipe atua é buscando os pacientes em casa, quando eles tem dificuldade para vir aqui. Duas coisas podem acontecer: ou eu vou lá, ou esse paciente vem aqui.

IC: Cuidado a pacientes conhecidos

A maioria dos casos que chegam aqui são paciente já diagnosticados com transtorno mental que são acompanhados pelo CAPS em parte. Eu não tenho muitos pacientes de saúde mental que, que são trabalhadores, assim. A maior parte está controlada, alguns até receberam tipo alta do CAPS para ficar com a gente. Mas são pacientes que a gente... a gente faz um manejo assim.

IC: Cuidado Centrado na Pessoa

Bom, eu acho que varia bastante, depende assim do grau do sofrimento do paciente. Uma pessoa que tenha dificuldade de expressar suas necessidades, ela precisa de ser ouvida com mais atenção, desde a recepção, reservar uma conversa e ver como que como que ele vem se sentindo, ter uma abordagem, dentro do possível né, mais é... pontual e sempre trabalhando também a forma como ele vem se tratando, vem também se cuidando e como ele vêm se sentindo com o tratamento.

IC: Cuidado Compartilhado

Eu acho que a gente tem que ter uma abordagem maior, principalmente quando o paciente dá indícios de autoextermínio. A gente tem uma boa comunicação com o NASF, né, principalmente com o psicólogo. A equipe me ajudou bastante, a gente

comunitária responsável, e aí no fim a gente conseguiu estabelecer uma relação com os dois, que eu achei bem interessante. E hoje a gente consegue fazer o medicamento neles direitinho. A cada quinze dias a enfermeira vai, faz. E isso foi muito bom, e a gente também teve ajuda do psicólogo do NASF. Teve uma mobilização, assim, da equipe inteira para dar um apoio para a família dele também, não só para ele. A gente sempre está se reunindo, né, nas reuniões de equipe, além do matriciamento, a gente acaba sempre tocando no assunto. Discute porque que eu diminuí um remédio, porque que eu aumentei o outro. Explico para a equipe, né, para não chegar lá e só falar porque que eu troquei.

IC: Encaminhamento

Então atualmente eu sempre referencio os pacientes que apresentam queixas relacionadas a saúde mental para avaliação. A gente identifica que ele tá com algum problema que ele precisa de algum encaminhamento, um acompanhamento mais rigoroso a gente encaminha, tanto pro psicólogo quanto pro psiquiatra. O que a gente não consegue tratar aqui, a gente pode estar tentando encaminhar, passar para um, para a equipe do NASF. Em alguns casos a gente encaminha pra UPA. Quando há uma intoxicação, uma suspeita de intoxicação, quando há possibilidade de se repetir aquela tentativa de auto-extermínio, quando a própria pessoa estiver em risco a gente acaba referenciando. Quando nós percebemos que a gente, que ele precisa de um apoio né de um profissional mais direcionado a gente encaminha também para o psicólogo ou psiquiatra da rede e também. A gente faz um, uma ponte com o CAPS.

IC: Estigma/ Preconceito

No contexto geral, o pessoal toma como alguma doença mental, né, psiquiátrica, como falta de Deus, falta de trabalho. Mesmo o paciente que tem uma consciência de si, do ambiente, muitas vezes é tratado como louco, tipo assim, como se não... não tivesse ali ou como se não percebesse o que as pessoas falam. Eu noto que quando o paciente ainda não tem um diagnóstico, esse acolhimento fica um pouco errado, porque né, ainda se há muito preconceito com a doença mental, né, e muitas vezes as queixas somáticas que vem até a equipe não são de fundo orgânico é de fundo emocional, e a equipe ainda não tem essa sensibilidade de entender que esse paciente que é poliqueixoso tem algum transtorno mental que faz ele ter as alterações somáticas, né? Então, antes do diagnóstico, muitas vezes esse paciente é marginalizado, ele é dado

como o chato, como o “piti”, e não tem a devida atenção. É que dentro da equipe tem pessoas que não gostam de trabalhar com saúde mental, tem aquele desconhecimento em relação a saúde mental. Eles não, não sentem, não se colocam no lugar do paciente psiquiátrico. Eles não levam tão a sério a questão do autoextermínio, e isso, às vezes, eu acho meio complicado. Eu acho que elas tem um pouco de receio e não conseguem lidar totalmente com esses pacientes. Os vizinhos comentam em caso de surto e tals.

IC: Falta de Apoio Especializado

Acho que falta um apoio do CREAS, ou do CRAS, ou sei lá do quê. Do CAPS, do CAPS! Falta um apoio eu acho do CAPS para isso, e aí eles jogam muita coisa para a atenção primária, que teria, que não deveria ser lá também. Eu acho que a gente é sobrecarregada nisso. Assim, nesses casos, o psicólogo que ajuda a gente, é o psicólogo do NASF, porque a gente não tem muito amparo da rede, né? Na rede a gente demora um ano mais ou menos para a gente conseguir passar com o psicólogo, psiquiatra também tá muito difícil.

IC: Falta de Capacitação

Bom, eu acho que a equipe está sim medianamente preparada. Eu acho que a minha equipe, infelizmente, não está totalmente preparada para lidar com pacientes em sofrimento mental. Principalmente aqueles pacientes que estão em crise, aqueles pacientes mais graves. Falta ainda a capacitação dos médicos para melhor condução, entendimento dos mecanismo de ação das drogas, e na melhor condução desses pacientes, e entender melhor o interior, o universo desse paciente, saber o porquê que ele é, se ele é usuário de droga, se ele faz uso de bebida alcóolica. Então entendo que muitas pessoas da nossa equipe não sabem lidar porque as vezes não sabem definição também do que é saúde mental, nunca procurou saber como que está sua saúde mental, então assim não sabem lidar tão bem com a situação, tem pessoas que sim. Agora os agentes tem alguns que conhecem, já ouviu falar sobre o assunto, e tem pessoas que desconheciam então ficaram sabendo mais na reunião, como lidar ou qual que é a definição de saúde mental. Na zona rural a gente tem uma dificuldade grande de protocolos.

IC: Sem ações específicas para cuidado de SM

Bom atualmente não existem ações desenvolvidas especificamente para

atuar na melhoria do atendimento para a saúde mental. Acho que a equipe não tem um, não tem grupos, não tem nada de diferencial para o paciente com sofrimento mental. Não temos uma atenção priorizada para tais pacientes pois a maioria já é acompanhada para o atendimento com o especialista. Então nós atendemos como se fosse realmente uma consulta de rotina, não há assim tantos grupos específicos, nem ações específicas em relação aos pacientes com problemas de saúde mental, então realmente nós vamos ficar devendo muito nisso. Na unidade mesmo não tem nenhum grupo de apoio nada.

IC: Trabalho em equipe

Eu acho que nós atuamos de forma multiprofissional, como uma rede é, onde cada profissional é, tem seu papel diferente mas de forma complementar. Aliás, na estratégia saúde da família e a ... quando algum vizinho relata que tem algum paciente que tá em algum sofrimento mental, ele já se compadece da situação, aciona já a... enfermeira e o médico. É feito um acolhimento pela equipe de enfermagem e já referenciado para o médico da equipe, quando a equipe já tem noção do diagnóstico, a equipe acolhe bem esse paciente, né? Dá assistência, dá apoio, sempre conversando, né, escutando as queixas, trazem as queixas pra mim com mais frequência, pós-diagnóstico. Eles tem sim, uma visão tentando ajudar.

IC: Valorização do Papel do ACS

Os ACSs tem um bom controle dos pacientes de saúde mental, sempre passam os casos nas reuniões semanais, e a gente tenta priorizar esses casos. A gente procura ter a parceria também dos agentes né que são os canais mais próximos né das famílias né pra que a gente possa ter as parcerias aí procurar oferecer o melhor que a gente pode né, na maioria das vezes quando o ACS descobre que tem um paciente com sofrimento e ele já recebe esse paciente. Por exemplo os agentes eles tem contato íntimo com a população, mesmo aquelas que não frequentam a unidade, e eles me trazem informações úteis sobre situações de pessoas que estão em sofrimento mental.

IC: Outras IC

As IC abaixo embora tenho aparecido, foram menos representadas, aparacendo apenas uma vez. São elas:

Abordagem inadequada em Saúde Mental

- Ações de promoção da saúde

- Atividades de promoção de saúde
- Atividades de Saúde Mental na UBS
- Busca espontânea
- Conhecimento parcial do território
- Controle parcial dos pacientes de Saúde Mental
- Dificuldade de acesso
- Dificuldade no cuidado longitudinal
- Equipe insuficiente
- Falta de Aceitação da doença
- Impotência do serviço perante casos difíceis
- Redução de Danos
- Medicalização
- Práticas Integrativas
- Sobrecarga do NASF
- Sobrecarga na Atenção Médica



Figura 16 - Ideias Centrais a respeito de Percepção da Atuação da Equipe da ES

7.2.2 Percepção da Atuação do Médico da ESF junto a pacientes em Sofrimento Mental

Quadro 5 - Percepção da Atuação do Médico da ESF

Sujeito	Expressões chave	Ideias centrais
1	<p>Bom, é a grande maioria, isso com certeza, assim, tanto que o que me levou a fazer essa pós em psiquiatria, aí, é exatamente isso. Aqui se eu não me engano, eu chutaria, eu não fiz a porcentagem nada, mas pelo o que eu vejo, eu chutaria mais de 80% de pacientes que tem que ter um cuidado ou que toma medicação, é, benzodiazepínicos é o que mais tem, né. Então assim, eles tomam bastante medicação mesmo, é, somatizam vários problemas sociais de dinheiro, de problema de... de relacionamento, problema com filho, acabam somatizando em dor, e acha que vai ter um remedinho que vai... que vai resolver o problema, então essa situação de quantidade de paciente que necessita de saúde... que tem problema de saúde mental é muito grande. A forma que eu... a pergunta é como que eu abordo, né? eu... eu gosto. Eu gosto de atender. Então assim, eu tento fazer o melhor atendimento, e o sofrimento para uma pessoa é diferente para outra, então muitas vezes a gente pensa, “nossa isso aí é banal”, então eu tento não abordar dessa forma, eu tento abordar de uma forma que o problema da pessoa está causando problema para ela a ponto de ela vir consultar, então a gente tenta abordar pra resolver mesmo o problema, ou pelo menos melhorar a qualidade de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda de Saúde Mental • Atender baseado nas pessoas • Atuar sobre pacientes que somatizam seus problemas • Medicalização • Realizar o atendimento de qualidade • Resolubilidade • Satisfação em atender
2	<p>Então as minhas atividades como médica da unidade que eu trabalho elas são mais assim dentro de uma consulta médica né. A consulta agendada ou também né como acontece de a depender da situação que ele se encontre a gente procura acolhê-lo também e ta percebendo esse paciente, vendo, como eu disse antes, até aonde a gente pode ir com ele, se a gente vê que a gente pode ta auxiliando, semana passada mesmo teve uma paciente com uma crise de ansiedade de pânico e ela havia até parado de fumar há pouco tempo, ela tinha ido na UPA, já tinha feito eletro, então muitas vezes a gente vai conversando com ela, vai procurando acalmá-la, mas por exemplo aqui mesmo a gente não tem Diazepan comprimido, então as vezes a gente falta o que? Ferramentas, falta mais apoio, falta mais assim, instrumental. Então a gente as vezes se instrumentalização, instrumentalização pra gente poder também evitar que ele vá “prum”, “pruma” UPA de novo, então tem hora que uma crise forte de taquicardia, então ou então o paciente que está em alucinação, então tem casos que a gente consegue segurar aqui quando é um acolhimento, e casos que a gente precisa de um suporte de um rede terciária ou de um CAPS, mas assim minhas atividades se resumem mais a isso né, fora dessas atividades tem os grupos que atualmente existem, o grupo Mente Saudável que é conduzido pelo psicólogo que aí eu já não faço parte desse grupo, tem os atendimentos também domiciliares as vezes tem paciente que a gente sabe que tem um transtorno mental que a gente também quando existe uma procura a gente vai ver também e se resume mais a isso aí, a gente precisa mais disso aí instrumentalização, mais capacitação, mais apoio da rede</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento; • Atendimento Médico na UBS • Falta de apoio especializado • Falta de Capacitação • Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS

3	<p>Então eu acho a minha o meu atendimento, ele tem o objetivo de ser integral. Às vezes, se a gente abordar o transtorno mental já de forma inicial na nossa consulta, isso é estigmatizante, eu considero que é estigmatizante, pode o paciente pode se fechar, as vezes ele não quer ser abordado, ou rotulado como portador de um transtorno mental, geralmente eu não início uma consulta diretamente voltada ao transtorno mental, a não ser que o próprio paciente aborde esse sofrimento como o motivo da consulta, então eu faço o atendimento de forma integral. O paciente está ali para uma consulta, no decorrer da consulta, eu vou abordar o transtorno mental e talvez, como ele vai ser o motivo principal da consulta, mas ele não é o motivo inicial geralmente. Então eu abordo de forma mais genérica, abordo outros assuntos para chegar de forma, a medida que o paciente me dá liberdade de abordar esse transtorno eu vou chegar no que talvez seja o motivo da consulta né. Então eu assim eu abordo o paciente de forma integral, para todos os problemas dele, mesmo que tenha um principal que seja um sofrimento mental. Normalmente eu tenho autonomia na, e eu gosto de tê-la, de tratar esse paciente como meu, como ser o médico que conduz o atendimento. Eu raramente encaminho um paciente, de transtorno mental, a não ser realmente que eu não me sinta qualificado para isso, o caso seja complexo, que exista risco a vida do próprio paciente ou risco iminente. Agora doenças crônicas, que já foram inclusive abordados por outros serviços, que talvez não tiveram sucesso, ou que não houve adesão do paciente por parte dele ou por deficiência do outro serviço, ou que já houve falha, qualquer tipo de falha terapêutica, geralmente eu tento assumir o paciente e resolver o caso dele na unidade. Não me sinto confortável com usuário de crack. Quando eles não desejam ser tratados, quando eles não desejam interromper o uso da droga ou reduzir o uso, quando eles não ou eles negam, não sei se é uma negação, quando eles não tem consciência de que o uso abusivo daquela substância pode trazer pra ele, então se o paciente não deseja ser tratado, ou não, ou não, principalmente quando ele não tem consciência da necessidade do tratamento, mesmo que após uma tentativa de oferecer medidas educativas, de esclarecer os malefícios que aquele uso pode trazer, esse paciente eu tenho dificuldade de abordar, quando ele não deseja ser tratado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Integral • Desconforto para tratar usuários de crack • Encaminhamento
4	<p>Se a gente for pensar que saúde mental tá muito relacionado com o bem-estar da pessoa, um estado de bem-estar, de equilíbrio emocional, então eu tento motivar esses meus pacientes a fazer mudanças positivas na sua vida, para poder alcançar essa saúde mental, então realizando atividades, tentando trabalhar a lidar com as situações de estresse do dia a dia, com a questão das emoções, lidar com emoções boas e ruins ao mesmo tempo, porque a gente sabe que a partir do momento que eles perdem esse equilíbrio emocional, e passam a não conseguir lidar com situações do dia a dia que levam ao estresse, lidar com suas emoções, emoções que são relacionadas a outras pessoas, porque as queixas, as vezes desse desequilíbrio emocional, ta as vezes relacionado com questão familiar, com questão relacionado ao profissional, então a gente tenta ajudar e como a gente tem a equipe do NASF aqui então eu tento sempre pedir suporte, apoio também ao NASF, relacionado sempre, por exemplo sempre esses casos eu sento o psicólogo, ele vem uma vez por semana, eu sento com ele passo os casos pra ele e a gente tenta solucionar juntos. Então ele sempre me dá um feedback, se ele tá conseguindo resposta de melhora em relação a esse paciente, e o tratamento medicamentoso para esses casos conforme eu disse da pergunta anterior, pros casos mais leves eu já como profissional eu tento ajudar que há indicação de tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Especializado • Cuidado Compartilhado • Cuidado Integral • Encaminhamento • Medicalização

	<p>medicamentoso, já entrar com a medicação, e os casos que já eu não me sinto segura de conduzir sozinha eu sempre peço o suporte do psiquiatra e do NASF do psicólogo também, então é assim que eu vou fazendo com os pacientes, mas sempre estimulando eles a se sentirem mais seguros, a trabalhar a auto-confiança, verificar os problemas de base, então com isso eu tentar ajudar a resolverem aquela questão, as vezes eles acham que só o tratamento não doutora remédio vai resolver, não nós temos que tratar o problema, a base do problema então é o que eu sempre foco. Porque as vezes o problema tá aqui em baixo, mas eles querem tratar aqui em cima, que é justamente querem só medicamentos, a questão acha que o medicamento já resolve a situação, mas não, eles não querem lidar aí entra a questão de não saber lidar com as emoções, com as situações, então a gente entra aí, na base do problema para tentar ajudar a resolver o problema aqui para não precisar medicar. E as vezes há necessidade de medicar, mas tentar solucionar o problema realmente, e na raiz do problema para poder resolver. Seria mais nesse sentido que eu tento atuar atualmente. Mas pedindo suporte do NASF, pedindo suporte do psiquiatra, sempre referendo para o psiquiatra da rede, pedindo sempre feedback, para eu conseguir junto com ele entender o que está acontecendo e o que eu puder ajudar mais, fazer a minha parte, mais nesse sentido que eu ando atuando.</p>	
5	<p>Eu tento abordar fazer a anamnese bem bonitinha, bem certinha, acompanho eles aqui, mas assim sem nada específico, sem grupos ou ações específicas. Acompanho eles aqui, passo medicação, prescrevo medicação, sempre renovo as receitas de acordo com o prontuário, de acordo com o que eu mesmo passo, peço aos agentes de saúde ir nas casas acompanhar esses pacientes mais descompensados, peço pras meninas ficarem de olho neles mesmo e ir ajustando a medicação. Alguns casos graves, mesmo a gente encaminha pro CAPS, e alguns outros casos mesmo quando a paciente exige mesmo a consulta psiquiátrica eu encaminho. Mas realmente o que não tá compensando nada aqui pra gente, nós não estamos conseguindo né. Não me sinto segura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Ausência de ações específicas de SM na UBS • Encaminhamento • Falta de Capacitação • Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS
6	<p>Na grande maioria das vezes eu acho que o principal é justamente o paciente se sentir acolhido, nem sempre a medicação é o mais importante, a gente vê que grande parte dos problemas que o paciente traz, tem um percentual psicológico, tem um sofrimento e se você consegue um acolhimento, se você consegue passar um pouco mais de segurança, um pouco mais de carinho, isso faz com que esse paciente tenha vínculo com a equipe, tenha vínculo com o profissional, faça o tratamento certinho, então quando você promove esse vínculo com o paciente, quando você promove isso fica muito mais fácil desse paciente responder a um tratamento, mesmo que não seja medicamentoso, iniciar uma terapia com o psicólogo, então eu acho que esse acolhimento que você faz, esse vínculo que você faz muda muito mais a terapia dele em termos, seja em termos de medicação, seja em termos de resposta de terapia psicológica do que necessariamente deixar ele só com a medicação em si.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Cuidado integral
7	<p>Bom nós tentamos acolher esse paciente de uma forma biopsicossocial, vendo ele das três maneiras, em um primeiro momento a gente solicita alguns exames pra ver como que tá, ver as medicações que ele tá tomando, nós verificamos também é baseado nas medicações que ele tá tomando os efeitos colaterais que essas drogas podem fazer, e baseado nesses efeitos colaterais nós solicitamos os exames para rastrear se tá tendo algum efeito incomum. Mesmo tendo nenhuma alteração laboratorial dependendo do tempo do uso dessa medicação eu gosto de tá encaminhando pro psiquiatra pra reavaliando essas indicações, se vai manter essa medicação ou não, se vai trocar ou não, na minha experiência aqui eu vejo muito paciente tomando medicações por</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Atendimento Médico na UBS • Encaminhamento • Medicalização

	vários tempos sem haver uma reavaliação. Tá e os principais deles seriam benzodiazepínicos, clonazepan disparado, e um sertralina. Nesses casos pega e encaminha para o serviço secundário pra ir reavaliando.	
8	Geralmente se vem um paciente que ele já tá bem no tratamento adequado, tá se sentindo bem com o medicamento a gente renova receita. Eu sempre renovo a receita, sempre renovo de dois em dois meses, não renovo mais que dois meses, porque tenho medo de as vezes ter algum problema e tomar algum remédio a mais. E quando eu vejo que está um caso agudo, que o paciente, tem muito paciente com tentativa de auto-extermínio eu encaminho pro psicólogo e pro psiquiatra com prioridade pra poder dar um andamento nesse paciente, pra não correr o risco dele fazer alguma coisa que não dê tempo de ajudar ele.	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Encaminhamento • Medicalização
9	Eu tenho duas vidas, uma antes da pós e outra depois da pós. Porque antes eu também julgava muito o paciente, muitas vezes o paciente depressivo para mim era dado como o chato, não conseguia entender que essas queixas somáticas que o paciente trazia pra mim atrás tinha as queixas psiquiátricas, os danos psiquiátricos. O sofrimento da ansiedade eu também não conseguia ter esse olhar tão humanizado para as queixas psiquiátricas. Depois da pós, eu comecei a entender o quanto que o paciente sofre com isso, né? Então o meu olhar com o paciente ficou diferente. A paciência de escutar mais, de não interromper a entrevista que era algo que eu tinha antes. Como clínico a gente tem esse hábito de direcionar muito a entrevista e não deixar o paciente levar a entrevista sem direcionamento. Então hoje eu me vejo mais acolhedora, mais atenciosa a essas queixas dos pacientes. Um pouco ainda intervencionista, as vezes, não precisaria de tanta intervenção medicamentosa, mas pela insegurança a gente acaba medicando. E conseguindo classificar e individualizar mais esse atendimento, sabendo da história desse paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação adequada • Humanização do cuidado • Medicalização
10	Olha, eu oriento, passo medicação se for necessário, e faço a anamnese, exame físico e psíquico completo e quando tem necessidade encaminho pro CAPS ou para a psiquiatria mesmo. Olha, acho que é 50% da demanda é de saúde mental, e as vezes o paciente vem, e quer só a medicação, não tem acompanhamento contínuo, vem aqui só para pegar medicamento, não sabe se a dose está boa, ou está fraca, só, o que eu acredito, que falta é isso, falta mais o retorno com o paciente no dia a dia.	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda de Saúde Mental • Atendimento Médico na UBS • Cuidado longitudinal • Encaminhamento • Medicalização
11	Eu solicito que os pacientes compareçam em consulta, não só renovando as receitas deles psicotrópicas, eu solicito que eles venham as consultas e vejam como eles estão frente as medicações que estão sendo usadas. Eu vejo se eu consigo estar reduzindo as doses do medicamento para não causar muita dependência. E se eu vejo que precisa se intervir, eu também, encaminho para a psiquiatria. Eu sempre estímulo a estar participando das atividades que o PSF oferece, e também a psicóloga que vem aqui toda semana. Eu acho que a gente tem uma demanda muito grande de saúde mental, e assim, o cuidado ele está sendo ampliado, mas ainda não é assim... a gente não está tão preparado para o tanto de casos psíquicos que a gente têm. Mas eu ainda defendo que é um atendimento bom, sim, eu acho que ainda tem a melhorar, mas eu acho que é um atendimento bom, para uma demanda muito grande.	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda de Saúde Mental • Atendimento Médico na UBS • Cuidado Compartilhado • Encaminhamento • Falta de Capacitação • Medicalização • Realizar o atendimento de qualidade • Satisfação em atender

12	Então, a gente traz ele em consulta, né, a gente faz um contato imediato quando há necessidade, e a gente medica, com... medicações... aí depende do quadro, né? Se é um quadro de esquizofrenia, se é um caso.. quadro de transtorno obsessivo compulsivo... depende. E daí a gente medica já na hora, e se há necessidade de atenção especializada a gente encaminha para o CAPS. Pra mim é uma grande satisfação porque faz parte do nosso repertório aí, de pacientes que... principalmente usuário de droga e álcool, que levam a quadros psiquiátricos secundários. A minha especialização é em outra área. Mas assim, o básico, a gente consegue lidar aqui mesmo. Quando há uma necessidade maior... de atendimento com maior especialidade a gente encaminha para o CAPS. Então, o cuidado ele é bastante razoável, né? Nos PSFs eles fazem grupos, né, de psicoterapia, e fazem a medicação no PSF também, né?	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhamento • Falta de Capacitação • Medicalização • Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS • Resolubilidade • Satisfação em atender
13	É... o paciente de saúde mental, é um paciente muito complexo, então, primeira coisa que tem que ter é uma relação de empatia entre médico e paciente, e de confiança, para o paciente poder descrever o que ele tá sentindo naquele momento. É... a maioria dos pacientes usam psicotrópicos sem necessidade.... mas que já tá em um caso de serem dependentes, dos benzodiazepínicos principalmente. Porque o médico acha que só remédio vai fazer efeito. E esquece da psicoterapia que é essencial no tratamento do paciente com... em saúde mental. Então, acho que hoje, aqui na unidade, tá um uso excessivo de psicotrópicos, é... de uma maneira assim, totalmente desorganizada. E os pacientes não estão tendo respaldo nem resposta do tratamento. Porque tá sem psiquiatra na rede, eles não querem fazer o desmame do psicotrópico, e acaba não sendo um tratamento efetivo... então é muito... como é que eu vou falar? A gente se sente um pouco incapaz referente aos pacientes com saúde mental. Eu acho que falta um pouco de... interligar psiquiatra, o médico de saúde da família, e o psicólogo para fazer um trabalho em conjunto. Eu acho que falta isso, porque aí o psiquiatra atende, não manda contrarreferência, e você fica completamente perdido, então eu acho que tá faltando interligar os serviços.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Apoio especializado • Falta de Capacitação • Humanização do cuidado • Medicalização
14	Bom é... acho que é meu dever como médico ser humilde para reconhecer minha capacidade, e acredito que não sou bom suficiente para atender esses pacientes que são especiais, que merecem uma atenção especial. É, falta maior “compreendimento” da fisiopatologia, e... falta roteiros é... propedêuticos, terapêuticos para esses pacientes. Sinto-me muito frustrado... com o uso crônico das medicações de benzodiazepínicos, eu vejo hoje, através da anamnese, da consulta clínica, que a grande maioria dos pacientes senis sentem a necessidade dessa medicação, sofrem sem o uso dela. Seja pela insônia ou pela ansiedade, mas gostaria de saber lidar melhor com esses pacientes para tentar o desmame dessas medicações. E também sinto-me pouco preparado para atender os pacientes com transtorno mental em um todo.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de Capacitação • Medicalização
15	Bom, eu bom... Eu gosto de priorizar, né, a saúde mental. Toda vez que a gente já vê, à vezes no acolhimento, que tem uma triagem da enfermagem, a gente já percebe que é um quadro de saúde mental, ou pelo histórico que tem no prontuário, eu já separo um tempo maior. Eu gosto de escutar bem as queixas do paciente, sem interrompê-lo. É para ele ter liberdade de desabafar, mesmo ele tendo um apoio psicológico junto na equipe. É eu acho que é muito importante a gente abordar esse tema na estratégia saúde da família porque a maioria dos pacientes não vai conseguir um acompanhamento psiquiátrico frequente, nem sempre eles vão conseguir um encaminhamento a tempo, e isso vai piorando o quadro dos pacientes. Então a gente tem que saber abordar, para poder intervir, né, em casos que podem ser mais brandos, e não esperar ficar grave para encaminhar... Acho que é isso.	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento • Encaminhamento • Realizar o atendimento de qualidade • Saúde mental como prioridade

16	<p>Tá, vamos lá... eu tenho muitos paciente de saúde mental. Na minha área, aqui do meu posto, a gente tem uma casa, que se chama Casa Viva, que é onde ficam alguns pacientes também de saúde mental. Temos aproximadamente 30 pacientes, ou usuários de álcool e drogas, mas a grande maioria deles também tem algum distúrbio mental. Então foi aí que eu aprendi a lidar um pouco mais com esses pacientes, que eu aprendi a me comunicar mais, a entender, a me colocar no lugar deles, enfim, para conseguir mudar alguma coisa. Mas assim, eu também me sinto despreparada, eu acho que... não sei, ia ser bem interessantes se a gente tivesse algum curso de saúde mental, ou se o fluxo da rede funcionasse melhor, também. Eu muitas vezes, me sinto desamparada quando eu pego um paciente com saúde mental, ou com saúde mental que tá em crise, enfim. Porque a gente não vê esse influxo na rede, a gente consegue sempre passar com o psicólogo aqui do NASF, mas a gente não consegue passar com o psiquiatra da rede, porque demora muito, e às vezes aquele paciente não consegue esperar. A gente não consegue passar com a psicóloga da rede também, porque não dá pra esperar. E quando o paciente precisa de alguma internação, que são, muitas vezes, é... A internação é superimportante... principalmente nessa casa que eu atuo, é, temos uns 5, 6 pacientes que precisavam dessa internação. A gente não consegue! Não consegue. A gente tentou de tudo, mas a gente não consegue. Então assim, eu acho que falta um dos profissionais de PSF saberem lidar um pouco melhor, até com medicação, às vezes a gente fica com dúvida de medicação, o que que pode substituir, o que que pode associar, e também desse fluxo que faz a gente se sentir mais preparada e poder ter com quem... ter com quem conversar sobre isso, para quem encaminhar, para resolver melhor a vida do paciente. Mas acho que é basicamente isso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alta demanda de Saúde Mental • Falta de Apoio especializado • Falta de Capacitação • Humanização do cuidado
17	<p>Tá... a minha atividade seria mais o atendimento mais primário, né. Porque eu sou médico clínico geral, então, o meu atendimento não seria tão especializado quanto de um especialista. A gente tenta tratar doenças como é... depressão, ansiedade... outros transtornos, mas só consegue o que for mais simples. O que a gente consegue resolver aqui, a gente resolve, o que a gente não consegue é encaminhado. E a gente encaminha para o psiquiatra, para a psicóloga... eu sempre encaminho junto para a psicóloga, para fazer uma terapia em paralelo com o psiquiatra que passa remédio, medicação. E se possível... se o NASF acha... a gente sempre discute com o NASF, com a equipe do NASF, a gente não, é mais a enfermeira. A gente passa... eu não participo das reuniões do NASF, eu não sei porquê, mas não participo. E a enfermeira passa o caso do paciente. E quando tem alguma coisa para a equipe estar ajudando, eles entram em contato com a família, com o paciente e ajuda. Mas comigo fica mais essa parte de atenção primária e quando é complicado, quando a gente não consegue resolver aqui, manda para o especialista, o psiquiatra e psicólogo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Cuidado compartilhado • Encaminhamento • Não Participação nas discussões de caso • Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS
18	<p>Então, como eu falei na pergunta anterior, a dificuldade maior é... mais no tempo de atendimento, entendeu? Eu tento, eu sempre estou acompanhando todos os pacientes, todos que já tem diagnóstico, é eu reavalio os usos das medicações, muito paciente quer que eu só renove a receita, então, tinha paciente que eu nem conhecia tomando remédio sem eu saber porquê. Eu peço para marcar, para a equipe chamar, marcar a consulta, para saber o diagnóstico, porque que está tomando. Porque assim, depressão, por exemplo... um tratamento não é ficar tomando remédio para o resto da vida. Um primeiro episódio 1 ano, um segundo 2, um terceiro episódio, tudo bem, mas o paciente tomando um comprimido de um remédio, não é tratamento. Depressão o tratamento é em dose máxima, fluoxetina, por exemplo, são quatro comprimidos. O paciente tomando um comprimido, tá levando ali, e aí? Não é o caso de fazer uma terapia? Então eu tento, eu tento chamar os pacientes, trocar medicação, mas tem muita barreira nisso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Dificuldades de acesso/ logitudinalidade • Falta de Apoio especializado. • Humanização do cuidado • Medicalização

	<p>dificuldade do paciente ainda mais de zona rural, ir buscar o medicamento. O paciente ir na terapia, que é super importante. Depressão leve, e até alguns casos de moderada, é terapia o tratamento, não é só medicação. Mas o paciente não tem como ir, vai uma vez, aí o ônibus falta, chove, não sei o quê, o ônibus não dá pra levar... Aí acaba faltando na terapia. Então assim, a gente acaba tendo um vínculo bacana com o paciente porque a gente tá sempre aqui perto. Mas para o tratamento eficaz, a gente tem muita dificuldade pela distância que a gente está do CAPS, da medicação, dá terapia é, mas assim, eu aqui, como médico, a gente tenta acertar, ajustar, conversar com o paciente, explicar e tudo. Mas devagar a gente vai ajustando, se Deus quiser vai dar tudo certo.</p>	
19	<p>Se o paciente tá surtado, a gente tenta conduzir da melhor maneira possível, o quê que... A gente tenta ver o quê que a unidade ela tem de medicamento que a gente possa fazer ali para conter o surto, por exemplo, ou a gente aciona o SAMU, e dá outros provimentos necessários, né? Encaminhá-lo para a UPA, e... ou dependendo da situação, se o CAPS tiver aberto também, e se for uma pessoa que faz uso de drogas, né, ilícitas, então... e não estando em surto a gente também tenta encaminhar o mais rápido possível para o CAPS, né? E... os meus atendimentos é uma busca ativa, é... sempre que possível, a gente faz essa busca ativa do paciente na saúde mental. Mesmo que ele venha com uma simples dor de barriga, eu já tento ver se tem alguma coisa ali por trás, né, meio que acho que essa a nossa função aqui.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Busca Ativa • Encaminhamento
20	<p>Faço o primeiro atendimento com o paciente para explicar a atual situação, anotações da clínica e então após o atendimento encaminho para o especialista para melhor suporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Encaminhamento
21	<p>Eu acho que o meu conhecimento ele é limitado. Eu não sou... Eu não sei, tipo assim, manejar esses pacientes quando eles estão descompensados. Se eles estão. tipo... seguindo direitinho, usando a medicação, tão controlado, essas coisas, eu, eu acompanho. O paciente psiquiátrico mais grave, né? Os pacientes de saúde mental das doenças que a gente vê no dia a dia, de ansiedade, depressão, essas coisas, eu me acho, eu tento fazer meu melhor, assim. Em alguns momentos eu fico achando até que eu pareço ser... meio anti-remédio, sabe? Porque eu tento tudo antes de prescrever uma medicação, e aí... Mas eu não me sinto... Eu me sinto confortável de tratar, de manejar. O cuidado de saúde mental na cidade é péssimo! Todo mundo... Mas é péssimo! A ginecologista prescreve fluoxetina para todo mundo. A mulher não pode nem ter TPM que ela tem que ser medicada, sabe? A gente vê paciente indo na emergência com qualquer coisa e saindo com receita de Diazepam, Clonazepam, Alprazolam. E aí depois esses pacientes chegam no consultório, tipo “Eu melhorei”, é lógico que você melhorou, você foi dopado! Se não melhorasse que estava errado. E aí é isso, sai dopado pros problemas da vida, ao invés de tentar mudar isso. A desmedicalização aqui é difícil de ser feita. Agora, tipo assim, desde quando eu entrei, eu tento. Estou lá, sempre conversando “vamo tirar”. Aí saiu uma reportagem no Bem-Estar ou sei lá na onde, na Globo, falando a respeito do Clonazepam, dos benzodiazepínicos estarem associados a demência no idoso, aí aparece 50 mil pessoas querendo fazer desmame. Mas mesmo nessas pessoas que estão tentando agora, eu vejo uma certa resistência. Eu acho que essa parte de saúde mental aqui em Poços ela é muito falha. Ela é muito ruim. Eu não vou nem te falar que é por conta de faltar especialista não, porque muitas vezes o especialista não tem tempo de atender e ele passa remédio, e vai embora e tchau. Mas eu acho que é por uma falta de, sei lá, de habilidade do médico, mesmo, de manejar esse paciente. A sensação que eu tenho é que a gente não aprendeu isso na faculdade. Igual a gente não aprendeu a falar de morte! A gente não fala de louco. O louco incomoda. Então assim, na faculdade eu lembro que eu tive um período de psiquiatria no</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento Médico na UBS • Cuidado Humanizado • Falta de apoio especializado • Falta de capacitação • Medicalização

	<p>Pinel, que a gente ia lá, colhia anamnese psiquiátrica, entendeu, e tipo assim, foi o único contato com a psiquiatria que eu tive. Sei lá, durante quatro meses, uma vez por semana, e eu não lembro de ir toda semana. Não era sempre, tipo assim, sei lá, durante os quatro meses eu devo ter ido, sei lá, quatro vezes. Uma parte do estágio era feito no Pinel, mas o restante era teórico na faculdade. Quando a gente passa pelas especialidades também, dificilmente você vê o paciente psiquiátrico. Tem um paciente meu que nem é psiquiátrico, que ele tem síndrome de Down. É uma dificuldade bizarra para fazer uma cirurgia nele, porque os cirurgiões também não estão preparados para lidar com paciente que seja diferente. Imagina o psiquiátrico como que não é!</p>	
--	---	--

Quadro 6 – Ideias Centrais Percepção da Atuação do Médico da ESF

Ideias Centrais - IC	Frequência	Sujeitos	Proporção
Encaminhamento	12	3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 17, 19, 20	57%
Medicalização	11	1, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 21	52%
Atendimento Médico na UBS	10	2, 5, 7, 8, 10, 11, 17, 18, 19, 20, 21	48%
Falta de Capacitação	7	2, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 21	33%
Acolhimento	4	2, 6, 7, 15	19%
Alta demanda de Saúde Mental	4	1, 10, 11, 16	19%
Falta de apoio especializado	4	2, 13, 16, 18	19%
Humanização do cuidado	4	9, 13, 16, 18	19%
Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS	4	2, 5, 12, 17	19%
Cuidado Compartilhado	3	4, 11, 17	14%
Cuidado Integral	3	3, 4, 6	14%
Realizar o atendimento de qualidade	3	1, 11, 15, 21	14%
Satisfação em atender	3	1, 11, 12	14%
Resolubilidade	2	1, 12	10%
Outras IC	11	1, 3, 4, 5, 9, 10, 15, 17, 18, 19, 21	52%

IC: Acolhimento

Bom nós tentamos acolher esse paciente de uma forma biopsicossocial. Toda vez que a gente já vê, à vezes no acolhimento, que tem uma triagem da enfermagem, a gente já percebe que é um quadro de saúde mental, ou pelo histórico que tem no prontuário, eu já separo um tempo maior. Na grande maioria das vezes eu acho que o principal é justamente o paciente se sentir acolhido, nem sempre a medicação é o mais importante, a gente vê que grande parte dos problemas que o paciente traz, tem um percentual psicológico, tem um sofrimento e se você consegue um acolhimento, isso faz com que esse paciente tenha vínculo com a equipe, tenha vínculo com o profissional, faça o tratamento certinho, então quando você promove esse vínculo com o paciente,

quando você promove isso fica muito mais fácil desse paciente responder a um tratamento.

IC: Alta demanda de Saúde Mental

Tá, vamos lá eu tenho muitos paciente de saúde mental. Acho que é 50% da demanda é de saúde mental. Eu chutaria, eu não fiz a porcentagem nada, mas pelo o que eu vejo, eu chutaria mais de 80% de pacientes que tem que ter um cuidado ou que toma medicação. É a grande maioria, isso com certeza, assim, tanto que o que me levou a fazer essa pós em psiquiatria, aí, é exatamente isso. Temos aproximadamente 30 pacientes, ou usuários de álcool e drogas, mas a grande maioria deles também tem algum distúrbio mental. Eu acho que a gente tem uma demanda muito grande de saúde mental.

IC: Atendimento Médico na UBS

Então as minhas atividades como médica da unidade que eu trabalho elas são mais assim dentro de uma consulta médica né. Eu oriento, passo medicação se for necessário, e faço a anamnese, exame físico e psíquico completo. Faço o primeiro atendimento com o paciente para explicar a atual situação, anotações da clínica. A consultada agendada ou também né como acontece de a depender da situação que ele se encontre a gente procura acolhê-lo também. Eu tento abordar fazer a anamnese bem bonitinha, bem certinha, acompanho eles aqui, passo medicação, prescrevo medicação, sempre renovo as receitas de acordo com o prontuário, de acordo com o que eu mesmo passo. A dificuldade maior é mais no tempo de atendimento, entendeu? Eu tento, eu sempre estou acompanhando todos os pacientes, todos que já tem diagnóstico, é eu reavalio os usos das medicações, muito paciente quer que eu só renove a receita, então tinha paciente que eu nem conhecia tomando remédio sem eu saber porquê. Eu peço para marcar, para a equipe chamar, marcar a consulta, para saber o diagnóstico.

IC: Cuidado Compartilhado

Eu sempre estimulo a estar participando das atividades que o PSF oferece, e também a psicóloga que vem aqui toda semana, então a gente tenta ajudar e como a gente tem a equipe do NASF aqui então eu tento sempre pedir suporte, apoio também ao NASF, relacionado sempre, por exemplo sempre esses casos eu sento o psicólogo, ele vem uma vez por semana, eu sento com ele passo os casos pra ele e a gente tenta

solucionar juntos. Então ele sempre me dá um feedback, se ele tá conseguindo resposta de melhora em relação a esse paciente e os casos que já eu não me sinto segura de conduzir sozinha eu sempre peço o suporte do psiquiatra e do NASF do psicólogo também e assim, o cuidado ele está sendo ampliado.

IC: Cuidado Integral

Então eu acho a minha o meu atendimento, ele tem o objetivo de ser integral. As vezes, se a gente abordar o transtorno mental já de forma inicial na nossa consulta, isso é estigmatizante, eu considero que é estigmatizante, pode o paciente pode se fechar, as vezes ele não quer ser abordado, ou rotulado como portador de um transtorno mental, geralmente eu não inicio uma consulta diretamente voltado ao transtorno mental, a não ser que o próprio paciente aborde esse sofrimento como o motivo da consulta, então eu faço o atendimento de forma integral. Então eu abordo de forma mais genérica, abordo outros assuntos para chegar de forma, a medida que o paciente me dá liberdade de abordar esse transtorno eu vou chegar no que talvez seja o motivo da consulta né. Então eu assim eu abordo o paciente de forma integral, para todos os problemas dele, mesmo que tenha um principal que seja um sofrimento mental. Se a gente for pensar que saúde mental tá muito relacionado com o bem-estar da pessoa, um estado de bem-estar, de equilíbrio emocional, então eu tento motivar esses meus pacientes a fazer mudanças positivas na sua vida, para poder alcançar essa saúde mental, então realizando atividades, tentando trabalhar a lidar com as situações de estresse do dia a dia, com a questão das emoções, lidar com emoções boas e ruins ao mesmo tempo, porque a gente sabe que a partir do momento que eles perdem esse equilíbrio emocional, e passam a não conseguir lidar com situações do dia a dia que levam ao estresse, lidar com suas emoções, emoções que são relacionadas a outras pessoas, porque as queixas, as vezes desse desequilíbrio emocional, ta as vezes relacionado com questão familiar, com questão relacionado ao profissional se você consegue passar um pouco mais de segurança, um pouco mais de carinho, mesmo que não seja medicamentoso, iniciar uma terapia com o psicólogo, então eu acho que esse acolhimento que você faz, esse vínculo que você faz muda muito mais a terapia dele em termos, seja em termos de medicação, seja em termos de resposta de terapia psicológica do que necessariamente deixar ele só com a medicação em si.

IC: Encaminhamento

Após o atendimento encaminho para o especialista para melhor suporte. Mesmo tendo nenhuma alteração laboratorial dependendo do tempo do uso dessa medicação eu gosto de tá encaminhando pro psiquiatra pra reavaliando essas indicações, se vai manter essa medicação ou não, se vai trocar ou não. Nesses casos pega e encaminha para o serviço secundário pra ir reavaliando. Mas pedindo suporte do NASF, pedindo suporte do psiquiatra, sempre referencio para o psiquiatra da rede, pedindo sempre feedback, para eu conseguir junto com ele entender o que está acontecendo e o que eu puder ajudar mais, fazer a minha parte, mais nesse sentido que eu ando atuando. Alguns casos graves e alguns outros casos mesmo quando a paciente exige mesmo a consulta psiquiátrica eu encaminho. Quando eu vejo que está um caso agudo, que o paciente, tem muito paciente com tentativa de auto-extermínio eu encaminho pro psicólogo e pro psiquiatra com prioridade pra poder dar um andamento nesse paciente, pra não correr o risco dele fazer alguma coisa que não dê tempo de ajudar ele. Nem sempre eles vão conseguir um encaminhamento a tempo, e isso vai piorando o quadro dos pacientes e não esperar ficar grave para encaminhar.

IC: Falta de Capacitação

A sensação que eu tenho é que a gente não aprendeu isso na faculdade. A gente não fala de louco. O louco incomoda. Eu acho que o meu conhecimento ele é limitado. Acho que é meu dever como médico ser humilde para reconhecer minha capacidade, e acredito que não sou bom suficiente para atender esses pacientes que são especiais, que merecem uma atenção especial. É, falta maior “compreendimento” da fisiopatologia, e falta roteiros é propedêuticos, terapêuticos para esses pacientes. Falta mais assim, instrumental. Então a gente as vezes se instrumentalização, instrumentalização pra gente poder também evitar que ele vá “prum”, “pruma” UPA de novo, mas realmente o que não tá compensando nada aqui pra gente, nós não estamos conseguindo né. Não me sinto segura. A gente não está tão preparado para o tanto de casos psíquicos que a gente têm. A minha especialização é em outra área. A gente se sente um pouco incapaz referente aos pacientes com saúde mental. Gostaria de saber lidar melhor com esses pacientes para tentar o desmame dessas medicações e também sinto-me pouco preparado para atender os pacientes com transtorno mental em um todo. Eu também me sinto despreparada, eu acho que não sei, ia ser bem interessante se a gente tivesse algum curso de saúde mental, ou se o fluxo da rede funcionasse melhor,

também. Eu muitas vezes, me sinto desamparada quando eu pego um paciente com saúde mental, ou com saúde mental que tá em crise, enfim, a gente precisa mais disso aí instrumentalização, mais capacitação.

IC: Falta de apoio especializado

Eu acho que falta um pouco de interligar psiquiatra, o médico de saúde da família, e o psicólogo para fazer um trabalho em conjunto. Eu acho que falta isso, porque aí o psiquiatra atende, não manda contrarreferência, e você fica completamente perdido, então eu acho que tá faltando interligar os serviços. Eu não vou nem te falar que é por conta de faltar especialista não, porque muitas vezes o especialista não tem tempo de atender e ele passa remédio, e vai embora e tchau. Falta mais apoio. Porque tá sem psiquiatra na rede, eles não querem fazer o desmame do psicotrópico, e acaba não sendo um tratamento efetivo então é muito como é que eu vou falar? A gente consegue sempre passar com o psicólogo aqui do NASF, mas a gente não consegue passar com o psiquiatra da rede, porque demora muito, e às vezes aquele paciente não consegue esperar. A gente não consegue passar com a psicóloga da rede também, porque não dá pra esperar. E quando o paciente precisa de alguma internação, que são, muitas vezes, é a internação é superimportante. Mas para o tratamento eficaz, a gente tem muita dificuldade pela distância que a gente está do CAPS, da medicação, dá terapia.

IC: Humanização do cuidado

O paciente de saúde mental, é um paciente muito complexo, então, primeira coisa que tem que ter é uma relação de empatia entre médico e paciente, e de confiança, para o paciente poder descrever o que ele tá sentindo naquele momento. Depois da pós, eu comecei a entender o quanto que o paciente sofre com isso, né? Então o meu olhar com o paciente ficou diferente. A paciência de escutar mais, de não interromper a entrevista que era algo que eu tinha antes. Então foi aí que eu aprendi a lidar um pouco mais com esses pacientes, que eu aprendi a me comunicar mais, a entender, a me colocar no lugar deles, enfim, para conseguir mudar alguma coisa. Então assim, a gente acaba tendo um vínculo bacana com o paciente porque a gente tá sempre aqui perto.

IC: Medicalização

Aqui se eu não me engano, eu chutaria, eu não fiz a porcentagem nada, mas pelo o que eu vejo, eu chutaria mais de 80% de pacientes que tem que ter um cuidado

ou que toma medicação, é, benzodiazepínicos é o que mais tem, né. Na minha experiência aqui eu vejo muito paciente tomando medicações por vários tempos sem haver uma reavaliação. Geralmente se vem um paciente que ele já tá bem no tratamento adequado, tá se sentindo bem com o medicamento a gente renova receita. Eu sempre renovo a receita, sempre renovo de dois em dois meses, não renovo mais que dois meses, porque tenho medo de as vezes ter algum problema e tomar algum remédio a mais. Hoje eu me vejo mais acolhedora, mais atenciosa a essas queixas dos pacientes. Um pouco ainda intervencionista, as vezes, não precisaria de tanta intervenção medicamentosa, mas pela insegurança a gente acaba medicando. As vezes o paciente vem, e quer só a medicação, não tem acompanhamento contínuo, vem aqui só para pegar medicamento, não sabe se a dose está boa, ou está fraca. Eu vejo se eu consigo estar reduzindo as doses do medicamento para não causar muita dependência. Sinto-me muito frustrado com o uso crônico das medicações, de benzodiazepínicos, eu vejo hoje, através da anamnese, da consulta clínica, que a grande maioria dos pacientes senis sentem a necessidade dessa medicação, sofrem sem o uso dela. A gente vê paciente indo na emergência com qualquer coisa e saindo com receita de Diazepam, Clonazepam, Alprazolam. E aí depois esses pacientes chegam no consultório, tipo “Eu melhorei”, é lógico que você melhorou, você foi dopado! Se não melhorasse que estava errado. E aí é isso, sai dopado pros problemas da vida, ao invés de tentar mudar isso. A desmedicalização aqui é difícilíssima de ser feita. Porque o médico acha que só remédio vai fazer efeito.

IC: Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS

Nos PSF's eles fazem grupos, né, de psicoterapia. Tem os grupos que atualmente existem, o grupo Mente Saudável que é conduzido pelo psicólogo que aí eu já não faço parte desse grupo. Peço aos agentes de saúde ir nas casas acompanhar esses pacientes mais descompensados, peço pras meninas ficarem de olho neles mesmo e ir ajustando a medicação. Então, o cuidado ele é bastante razoável, né?

IC: Realizar o atendimento de qualidade

Então assim, eu tento fazer o melhor atendimento. Mas eu ainda defendo que é um atendimento bom, sim, eu acho que ainda tem a melhorar, mas eu acho que é um atendimento bom, para uma demanda muito grande. Eu gosto de escutar bem as queixas do paciente, sem interrompê-lo. Para ele ter liberdade de desabafar, mesmo ele

tendo um apoio psicológico junto na equipe. Eu acho que é muito importante a gente abordar esse tema na estratégia saúde da família porque a maioria dos pacientes não vai conseguir um acompanhamento psiquiátrico frequente. Então a gente tem que saber abordar, para poder intervir, né, em casos que podem ser mais brandos, e não esperar ficar grave para encaminhar. Os pacientes de saúde mental das doenças que a gente vê no dia a dia, de ansiedade, depressão, essas coisas, eu me acho, eu tento fazer meu melhor, assim.

IC: Resolubilidade

A gente tenta abordar pra resolver mesmo o problema, ou pelo menos melhorar a qualidade de vida. Mas assim, o básico, a gente consegue lidar aqui mesmo.

IC: Satisfação em atender

Eu gosto de atender. Eu acho que é um atendimento bom, para uma demanda muito grande. Pra mim é uma grande satisfação porque faz parte do nosso repertório aí, de pacientes que principalmente usuário de droga e álcool, que levam a quadros psiquiátricos secundários.

IC: Outras IC

As IC abaixo embora tenho aparecido, foram menos representadas, paracendo apenas uma vez. São elas:

- Apoio Especializado
- Atender baseado nas pessoas
- Atuar sobre pacientes que somatizam seus problemas
- Ausência de ações específicas de SM na UBS
- Busca Ativa
- Capacitação adequada
- Cuidado longitudinal
- Desconforto para tratar usuários de crack
- Desmedicalização
- Dificuldades de acesso/ longitudinalidade
- Não Participação nas discussões de caso
- Saúde mental como prioridade

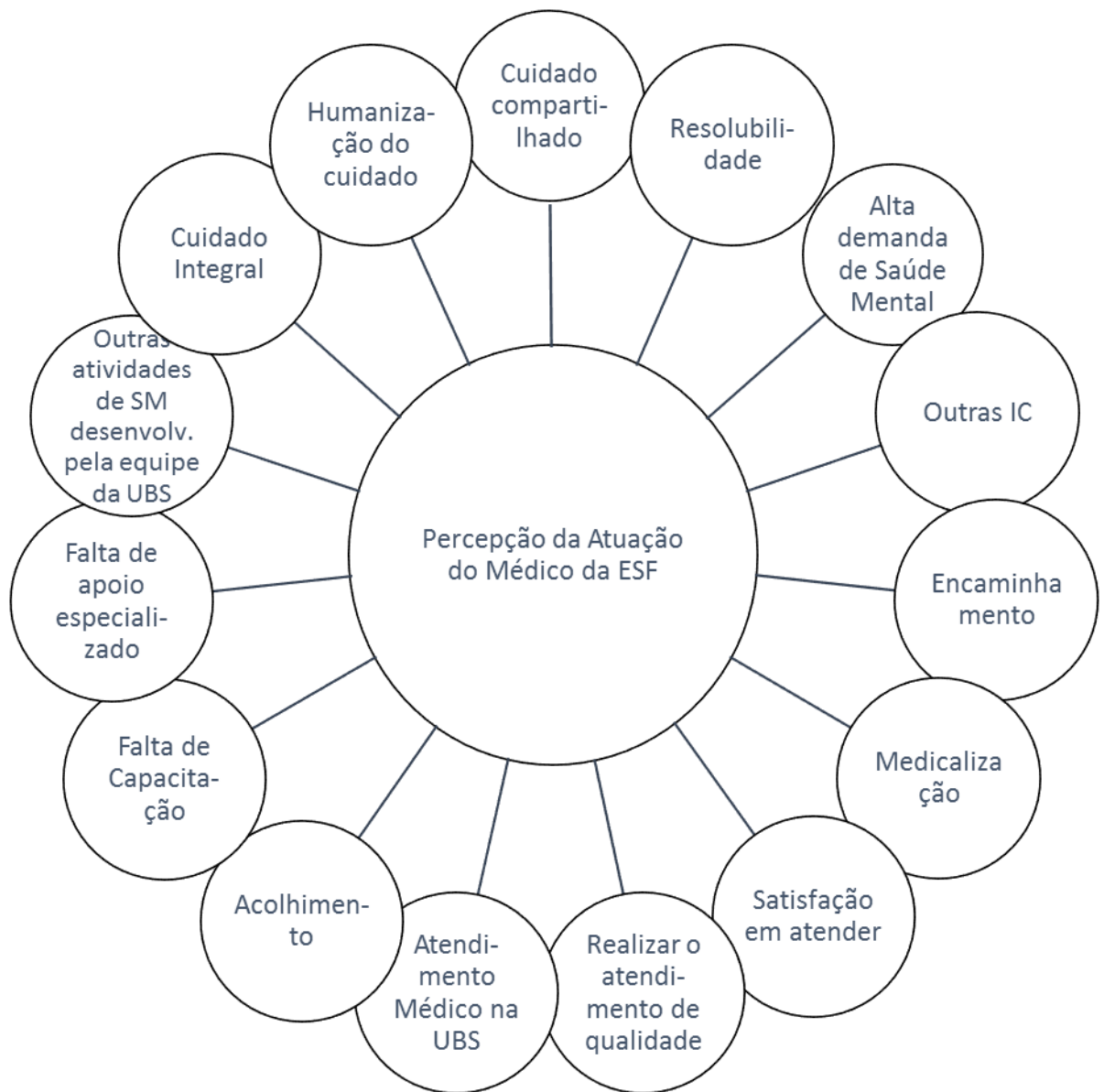


Figura 17 - Ideias Centrais a respeito de Percepção da Atuação do Médico da ESF

8 DISCUSSÃO

Os resultados que trazem a caracterização da amostra, embora a amostragem tenha sido do tipo intencional, se apresentaram da mesma forma que uma importante pesquisa pelo CFM - Demografia Médica Brasil – em que há uma tendência de feminização da medicina ainda com predominância geral do sexo masculino com 54,4% dos profissionais em atividade no Brasil em 2017, enquanto as mulheres representam 45,6%.¹⁰⁷ Nos estados, o Rio de Janeiro, com 50,8%, e o de Alagoas, com 52,2%, são os únicos do país com mais médicas que médicos. O Piauí tem a menor presença de mulheres, com 37% de médicas. O estado de Minas Gerais apresenta 42,9% de médicas. Percebe-se cada vez mais o gênero feminino nas fileiras médicas, em especial nos médicos mais jovens. Neste grupo, as mulheres representam 57,4% dos profissionais até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos.¹⁰⁷ Essa mudança no perfil de gênero tem sido objeto de estudos que buscam avaliar o impacto deste nos sistemas de saúde (público e privado), além de trazer à tona questões sobre desigualdades em pontos como remuneração e na ocupação de especialidades.

A média da idade dos médicos em atividade no país é, em anos, de 45,4, com desvio-padrão igual a 13,7, em Minas Gerais, a média é de 44,5.¹⁰⁷ No Brasil, essa média vem caindo ao longo do tempo em muito como possível resultado do aumento da entrada de novos médicos em função da abertura de mais cursos de medicina.

Sobre perfil étnico do estudo vemos um predomínio étnico branco, o que encontra-se em consonância com a realidade brasileira. Segundo o próprio estudo do CFM 77,2% dos médicos se autodeclara Branco (80,9% no Sudeste). Apenas cerca de 1,8% se declararam Pretos e 16,2%, Pardos.¹⁰⁷ Segundo o IBGE, em 2015, no total da população brasileira, cerca de 54 % é Negra (Preta ou Parda).¹⁰⁸ Vale ressaltar que em 2010 o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) avaliou que apenas 2,66% dos egressos da graduação em medicina eram Negros.¹⁰⁹

A maior parte dos médicos entrevistados não possui especialização, sendo que muitos possuem cursos *latu-sensu* e apenas alguns com residência médica, e destes apenas uma médica de Família e Comunidade. No Brasil, a formação de especialistas se dá por dois caminhos: a conclusão de residência médica ou pela realização de prova e obtenção de título de especialista pelas respectivas sociedades de especialidades. Segundo o CFM, o Brasil conta com cerca de 63% de especialistas, com registro de atuação junto ao órgão, sendo os demais considerados generalistas ou no jargão popular “clínicos gerais”.¹⁰⁷ Destes

a maior parte se concentram no Sudeste. Segundo levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), o número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil se aproxima de 5500 cerca de 1,4% do total de Médicos especialistas, um número muito aquém do que seria necessário para a qualificação dos serviços de APS.¹¹⁰

Sobre os serviços de APS, o acolhimento, primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, é parte das mais importantes dos serviços de APS.⁵⁰ No Brasil, a própria Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca o gerenciamento da agenda como de suma importância. Não existe uma forma ideal que possa ser aplicada a todas as equipes de saúde ou em todas as populações. Pelo contrário, estas devem considerar as dinâmicas específicas de cada região inclusive levando-se em conta fatores culturais e socio-econômicos. Planejar a agenda é importante, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para o primeiro atendimento, sendo, para isso, necessária avaliação constante. Quanto maior o tempo de espera, maior a probabilidade dos usuários buscarem outros meios de “resolver” seus problemas (como os Pronto - atendimentos e UPA's), maiores costumam ser as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados na AB e maior a sensação de ineficiência dos serviços de APS pelos usuários, além de piores indicadores de morbi-mortalidade, internações hospitalares por condições sensíveis a APS etc.^{116, 117}

Os cuidados em saúde mental prestados na APS devem levar principalmente em conta características biopsicossociais dos indivíduos e suas famílias, além de fatores culturais, regionais e locais. Em muitas situações, os profissionais da AB oferecem atenção e tempo para a escuta, o que permite um espaço de desabafo para o paciente (muitas vezes o único), criando laços terapêuticos e parcerias para um melhor cuidado. Por outro lado, muitos profissionais, seja por sentirem-se pressionados pela responsabilidade assistencial ou por gestores, seja por não acreditarem no papel da escuta ativa na APS, muitas vezes desvalorizam os aspectos subjetivos do sofrimento, focando em aspectos meramente deontológicos e biotecnistas. Em muitas situações de SM esta é uma primeira ferramenta e a primeira oportunidade de abertura que os usuários tem para expressar esse sofrimento, oportunizando tratamentos mais adequados.¹¹⁷

No grupo avaliado verificou-se uma grande lacuna na atividade matricial. Apesar de Poços de Caldas contar com equipes NASF, muitos médicos parecem não sentir que tem apoio destes profissionais no cuidado prestado na ESF.

Um dos grandes desafios a implantação do NASF é o seu entendimento adequado por parte dos profissionais tanto da ESF quanto do próprio NASF. Muitos profissionais colocam a autonomia, considerando-a direito de deliberar sobre casos de modo isoladamente. A forma proposta de trabalho matricial promove encontros entre distintas perspectivas, racionalidades e visões de mundo, de maneira a multiprofissional onde diferentes saberes e práticas são trocados, pondo-se como um desafio a todos os atores envolvidos no processo. O cuidado compartilhado (por médicos, enfermeiros, psicólogos, agentes de saúde, pacientes, etc) exige uma mudança paradigmática importante.

O compartilhamento do cuidado, com o apoio das equipes de matriciamento (em especial das equipes do NASF), mostra-se como a principal estratégia para otimizar o cuidado em saúde mental, aumentando a capacidade de resolução das equipes da ESF^{58, 118}. Esses serviços de matriciamento devem fomentar atividades terapêuticas tanto no nível individual com atendimentos feitos por profissionais de saúde mental quanto atividades em grupos terapêuticos, grupos de convivência, consultas familiares, consultas compartilhadas entre profissionais, terapias comunitárias etc. Essas ações interdisciplinares são potentes, aumentando a resiliência coletiva de pessoas, famílias e comunidades, evitando ou reduzindo uso abusivo de medicações psicotrópicas e permitindo uso de ferramentas terapêuticas não farmacológicas.^{58, 118}. Para que estes fins sejam atingidos de maneira plena é fundamental que os profissionais de saúde estejam familiarizados com a dinâmica de funcionamento do NASF que exige, além de trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional, a articulação de todos os profissionais envolvidos na construção de projetos terapêuticos, o compartilhamento de condutas e o compartilhamento do cuidado.

O Caderno de Atenção Básica número 34 versa especificamente sobre cuidados em saúde mental. Nele estão todos os protocolos essenciais além das principais orientações sobre os cuidados aos transtornos mentais comuns no cenário da AB tanto pela equipe de saúde quando os cuidados específicos da atividade médica¹¹⁸. É importante ressaltar que este manual deveria ser amplamente conhecido pelos profissionais de saúde que atuam neste nível de atenção.

Como os resultados colocam, a grande maioria dos médicos no presente estudo considera a APS o local para os cuidados em saúde mental, embora uma grande parte não se sinta apta para atender adequadamente dessa população. Essa visão fortalece o entendimento dos profissionais de que APS como cenário oportuno para o

cuidado dos problemas comuns de saúde mental⁵⁸. Muitas das dificuldades em lidar com SM/ TM referidas por médicos da APS podem estar associadas a fatores como: condições de trabalho precárias; formação deficitária no campo da psiquiatria e saúde mental; dificuldade com manejo terapêutico dos TM; falta de familiaridade com psicofármacos e instrumentos de avaliação em saúde mental; articulação deficitária entre APS, Serviços de Psiquiatria e RAPS ¹²⁰.

Ao se observarem resultados de pesquisa qualitativa, lembremo-nos que esta tem um olhar especial, um certo “toque artesanal”, da experiência do entrevistador que dão tempero e personalidade do trabalho.^{92,121}

A análise das entrevistas converge com os dados observados na fase quantitativa e sugere uma percepção ampliada sobre o SM/TM. O grupo parece perceber o fenômeno do SM como amplo, reconhecendo diversos desafios em seu manejo. Em alguns momentos, ao falar sobre como se percebe a atuação da equipe, alguns entrevistados falam sobre sua própria atuação o que pode demonstrar certa falta de entrosamento de equipe. Percepções sobre os desafios e potencialidades nos cuidados em saúde mental coadunam com conceitos existentes na literatura.

Esta pesquisa utiliza como bússolas os referenciais da Bioética de Intervenção e da Bioética de Proteção evidenciando-se, assim, a responsabilidade do Estado em garantir a universalidade e a equidade do acesso aos portadores de qualquer tipo de SM (muitos desses já em condição de vulnerados), além do tratamento adequado e que os profissionais de saúde devem estar bioeticamente preparados para esse cuidado.⁷⁶ Situações bioéticas persistentes vividas no cuidado a portadores de SM como o preconceito, o estigma social e a alienação devem ser ativamente debeladas.¹²

A seguir serão feitas considerações sobre as principais IC encontradas. Serão usados trechos dos DSC para exemplificar as mesmas.

IC: Estigma/Preconceito do Profissional

“(…) ainda se há muito preconceito com a doença mental, né, e muitas vezes as queixas somáticas que vem até a equipe não são de fundo orgânico é de fundo emocional, e a equipe ainda não tem essa sensibilidade de entender que esse paciente que é poliqueixoso tem algum transtorno mental que faz ele ter as alterações somáticas, né? Então, antes do diagnóstico, muitas vezes esse paciente é marginalizado, ele é dado como o chato, como o ‘piti’, e não tem a devida atenção (...)”

Como exemplificada no DSC supracitado, visões torpes, obsoletas e carregadas de estigma social ainda povoam as percepções das pessoas, profissionais de saúde ou não.

O estigma é considerado como importante obstáculo ao tratamento adequado aos portadores de transtornos psiquiátricos¹²². Psicofobia é o termo utilizado para designar todo e qualquer preconceito contra quem possui doença ou transtorno mental.¹²²

Muitas pessoas evitam procurar ajuda médica, seja na UBS ou outros serviços de saúde. Muitas protelam em reconhecer os primeiros sinais de doenças como depressão e ansiedade, por causa do preconceito que ainda está relacionado à psiquiatria e a doença mental. Assim, mantem-se o portador de SM a margem do cuidado e principalmente da convivência social adequada, vulnerados em múltiplos aspectos de suas vidas (relacionamentos, empregabilidade, acesso a bens e serviços).

A Bioética nos impele a quebrar esse cenário, seja com ações de educação permanente para profissionais, ações de conscientização junto a comunidade em geral e medidas jurídicas que garantam os direitos desses indivíduos.^{12, 76}

IC: Busca Ativa

“(...)Bom, a equipe, ela realiza busca ativa nas casas, vê como estão esses pacientes que tem algum sofrimento mental, algum tipo de transtorno, e oferece várias atividades no PSF (...)”

Comumente entendemos como busca ativa o movimento de ir à procura de indivíduos com o fim de uma identificação sintomática, principalmente do cuidado em saúde de faixas etárias mais vulneráveis (crianças, idosos), gestantes, portadores de doenças crônicas e doenças de notificação compulsória.¹²³ Mais do que uma ação protocolar de “ir atrás” das pessoas para trazê-las para cuidados em saúde (ou no caso de abandono de tratamentos, que estes retomem o mesmo), a busca ativa se configura como uma postura pró-ativa de todos os profissionais frente aos casos de SM. Sob uma lente bioética, é função do Estado estar mais próximo dos vulneráveis e buscar que os vulnerados, por exemplo pacientes com sintomas psicóticos, deficiência intelectual (apresentam-se prejudicados em exercer plenamente sua autonomia), possam ter acesso aos direitos mínimos em sociedade.⁷⁶

IC: Valorização do Papel do ACS

“(...) os ACSs têm um bom controle dos pacientes de saúde mental, sempre passam os casos nas reuniões semanais, e a gente tenta priorizar esses casos. (...)”

No cuidado em Saúde mental, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem papel importante como ponte entre comunidade e serviço de saúde. As pessoas em SM devem ter um acompanhamento diferenciado pelo ACS. Para pacientes com prejuízo social, o ACS podem trabalhar para o desenvolvimento da rede social, reforçando os vínculos com a comunidade em seu território, resgatando histórias, buscando apoio de familiares e amigos, desmistificando preconceitos. Assim eles atuam com o duo: saber científico e saber popular, facilitando a implantação de estratégias no cuidado em Saúde Mental.¹²⁴

IC: Cuidado compartilhado

“A gente sempre está se reunindo, né, nas reuniões de equipe, além do matriciamento, a gente acaba sempre tocando no assunto. Discute porque que eu diminuí um remédio, porque que eu aumentei o outro. Explico para a equipe, né, para não chegar lá e só falar porque que eu troquei(...)”

IC: Trabalho em Equipe

“Eu acho que nós atuamos de forma multiprofissional, como uma rede é onde cada profissional é, tem seu papel diferente mas de forma complementar,(...)”

Os dois trechos citados acima versam sobre a dinâmica de trabalho em equipe. Uma grande parte dos pesquisados versou sobre a importância do trabalho em equipe. Como previsto na PNAB, a Equipe de saúde deve buscar trabalhar de maneira conjunta otimizando e potencializando o cuidado dos indivíduos e suas famílias⁷¹. O bom trabalho em equipe produz relações solidárias que se complementam entre os profissionais, enriquecendo-os coletivamente, gerando segurança e proteção para os usuários.¹¹⁷

IC: Acolhimento

“(...) A equipe tenta sempre acolher os pacientes, né, de forma mais humana (...)”

Segundo o MS, o acolhimento pode ser entendido “uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas”.¹¹⁷ O acolhimento faz parte de toda relação de cuidado e se expressa de formas variadas, desde a linguagem verbal até a não verbal. Não existe algo pré-definido como adequado, mas sob certos aspectos devemos pensar nos dos Princípios Doutrinários do SUS, em especial nos princípios da Universalidade e da Equidade.

Portadores de SM normalmente tem demandas ocultas, angústias, histórias e toda uma gama de dimensões (muitas dessas para além do sofrimento psíquico).¹¹⁷ Não permitir que idéias erradas e estigmas interfiram é fundamental para que este usuário sinta que a ESF é um espaço para que este possa buscar auxílio, em tempo hábil e da maneira mais efetiva possível. Tempo de resposta demorado, barreiras burocráticas e baixa empatia dos profissionais de saúde estão relacionadas com ineficiência do acolhimento desses pacientes, gerando frustração tanto de profissionais quanto dos usuários, ao passo que ter uma atitude aberta, disponibilidade para uma escuta ativa, postura empática e olhar humanizado tendem a melhorar o acesso, reduzir tensões entre ESF e usuários¹¹⁷.

Um bom acolhimento auxilia no cuidado a momentos de crise e agudizações, promove uso adequado de medicações (evitando excesso ou falta de terapia medicamentos, ajustes de doses), melhor adesão a psicoterapia dentre outros.¹¹⁷

IC: Alta demanda de Saúde Mental

“(...) Eu chutaria, eu não fiz a porcentagem nada, mas pelo o que eu vejo, eu chutaria mais de 80% de pacientes que tem que ter um cuidado ou que toma medicação(...)”

Os participantes referiram sobrecarga com o cuidado aos usuários em sofrimento mental. A sobrecarga de trabalho está ligada ao um cuidado mais precário.¹²⁰

Dados internacionais versam sobre o aumento da prevalência dos transtornos mentais como uma das principais morbidades não transmissíveis na população mundial já nos próximos anos.^{1,2} Essa transição do perfil epidemiológico requer uma adequação tanto das escolas médicas (entrando na medicina do Século XXI), que os médicos em atividade busquem maior conhecimento nesta área, para além

do conteúdo de suas graduações, além de o Estado buscar políticas específicas para abarcar o cuidado em Saúde Mental. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Mental veio como uma potente ferramenta nesse sentido,⁴³ de forma ética, norteadando as políticas públicas.

IC: Atendimento médico na UBS

“Eu tento, eu sempre estou acompanhando todos os pacientes, todos que já tem diagnóstico, é eu reavalio os usos das medicações, muito paciente quer que eu só renove a receita, então, tinha paciente que eu nem conhecia tomando remédio sem eu saber porquê.”

IC: Realizar o atendimento de qualidade

“Então assim, eu tento fazer o melhor atendimento (...)”

IC: Resolubilidade

“A gente tenta abordar pra resolver mesmo o problema, ou pelo menos melhorar a qualidade de vida. ”

IC: Satisfação em atender

“Pra mim é uma grande satisfação porque faz parte do nosso repertório aí, de pacientes que... principalmente usuário de droga e álcool, que levam a quadros psiquiátricos secundários. ”

IC: Falta de Capacitação

“(...) mas gostaria de saber lidar melhor com esses pacientes para tentar o desmame dessas medicações. E também sinto-me pouco preparado para atender os pacientes com transtorno mental em um todo. (...)”

IC: Medicalização

“É... a maioria dos pacientes usam psicotrópicos sem necessidade.... mas que já tá em um caso de serem dependentes, dos benzodiazepínicos principalmente. Porque o médico acha que só remédio vai fazer efeito. E esquece da psicoterapia que é essencial no tratamento do paciente com.. em saúde mental.”

Os cinco trechos de DSC supracitados versam sobre a dinâmica do atendimento médico/ ambulatorial. No grupo avaliado percebeu-se que o atendimento médico na UBS é parte rotineira do cuidado de saúde mental. A forma que esta é conduzida influencia diretamente no tratamento e prognóstico dos pacientes.⁶⁰ As dificuldades no atendimento seja por uma postura profissional inadequada (crença de que não tem muito a oferecer, acreditar que o especialista focal é o principal, baixa capacitação para lidar com casos de saúde mental). Como já dito, as dificuldades em lidar com SM podem estar associadas a falta condições de trabalho, formação em saúde mental, falta de expertise com psicofármacos dentre outros.¹²⁰ Além disso reforça a falta de conhecimento de protocolos já estabelecidos sobre os principais problemas em saúde mental enfrentados pela AB propostos pelo MS - o Caderno de Atenção Básica nº 34.

O cuidado em Saúde Mental obteve um grande salto a partir do advento das terapias farmacológicas. O século XX viu crescerem as intervenções farmacológicas e, concomitantemente, uma descrença das abordagens psicoterápicas, com estas linhas de tratamento colocadas como “acessórias”. Muitas escolas médicas e pesquisadores passaram a entender o fenômeno do adoecimento mental como um fenômeno puramente biológico, químico, dissociado dos dilemas sociais, do meio ambiente e da formação cultural dos sujeitos e populações.¹⁶ Essa abordagem perigosa leva não raras vezes a tratamentos pouco eficazes, abuso de medicações psicotrópicas, frustração profissional e do usuário.⁶⁰ A saúde mental é composta, obviamente, por um importante componente bioquímico, todavia vai muito além disso sendo composta por aspectos psicológicos, culturais e sociais dos sujeitos.¹⁶

O enfoque numa abordagem puramente medicamentosa está também associado a questão da formação profissional, pouco afeita aos meandros no manejo de pacientes em uso de tais substâncias e com pouca interação com outras práticas de psicotratar, como as psicoterapias.^{58,60} Muitos profissionais sentem-se incomodados com esse papel de “dopar o paciente”, por vezes solicitado tanto por familiares, pelo próprio sujeito ou por outros profissionais da equipe. A bioética sendo a plataforma para mediar estas situações, busca o melhor tratamento disponível, associado ao respeito aos aspectos biopsicossociais torna-se ponto fundamental a ser trabalhado com estes profissionais.

Garantir o direito do paciente em SM ao tratamento (medicamentoso ou psicoterápico),⁷⁶ além de pontuar situações para além do processo de saúde do indivíduo

que afetam sua saúde (racismo, homofobia, violência doméstica, desigualdade social, etc) deve ser incorporado como parte da prática médica da ESF.

IC: Cuidado Centrado na Pessoa

“Uma pessoa que tenha dificuldade de expressar suas necessidades, ela precisa de ser ouvida com mais atenção (...)”

IC: Cuidado Integral

“(...) se você consegue passar um pouco mais de segurança, um pouco mais de carinho, mesmo que não seja medicamentoso, iniciar uma terapia com o psicólogo, então eu acho que esse acolhimento que você faz, esse vínculo que você faz muda muito mais a terapia dele em termos, seja em termos de medicação, seja em termos de resposta de terapia psicológica do que necessariamente deixar ele só com a medicação em si.”

IC: Humanização do cuidado

“Então o meu olhar com o paciente ficou diferente. A paciência de escutar mais, de não interromper a entrevista que era algo que eu tinha antes. Como clínico a gente tem esse hábito de direcionar muito a entrevista e não deixar o paciente levar a entrevista sem direcionamento. Então hoje eu me vejo mais acolhedora, mais atenciosa a essas queixas dos pacientes.”

Os trechos acima compartilham sentidos mais amplos sobre prestação de cuidados e conversa com o princípio da Integralidade. Modernamente, para que uma população possa ser considerada saudável devemos pensar, para além dos Sistemas Nacionais de Saúde, em fatores como: paz; habitação adequada e digna; educação básica; alimentação qualitativamente e quantitativamente adequada; renda e inserção no mercado de trabalho; lazer e cultura; preservação do ecossistema; justiça social e equidade; garantia dos os direitos fundamentais conforme a DUBDH.^{125, 126} Para responder a estas demandas, o paradigma biomédico não dispõe de instrumental e repertório adequados, carecendo evoluir, num novo paradigma.⁵³

O paradigma biopsicossocial - ao contrário do modelo biomédico, tecnicista e cartesiano o qual atribui a doença puramente a fatores biológicos como vírus, bactérias, genes, alterações bioquímicas e somáticas - abrange uma gama de conhecimentos que vão desde a medicina, a psicologia, a sociologia e a filosofia.¹²⁷ A

mudança do foco do cuidado em saúde vem para responder as novas situações que se impõem além das situações persistentes – muitas destas mais antigas que os sistemas de saúde – as quais não foram sanadas pela ascensão do modelo biomédico, pela tecnologia dura ou pela evolução da farmacociência.^{53, 127}

A Bioética amplia a visão da atividade médica, não limitando-a ao mero processo da busca por doenças, incluindo aspectos como: promoção da saúde de maneira dialógica; advogar pelos os direitos do paciente frente aos sistemas de saúde e suas incongruências; promover a autonomia das pessoas, famílias, grupos e populações para que estes sejam capazes de fazer escolhas promotoras de saúde; estimular a colaboração com outros setores, para além da saúde, que contribuam para melhorar as condições de vida, mais favoráveis à saúde e ao bem-estar.

IC: Cuidado a pacientes conhecidos

“A maioria dos casos que chegam aqui são pacientes já diagnosticados com transtorno mental que são acompanhados pelo CAPS em parte.”

Segundo Bárbara Starfield um dos atributos essenciais da APS que garante qualidade no cuidado em saúde é a Longitudinalidade⁵⁰. Esta pode ser entendida como a existência regular de atenção em saúde e seu uso ao longo do tempo, independente da presença de problemas específicos relacionados à saúde mental, clínica ou outra ordem de problema. Mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, por necessidade de referência à outros pontos da rede de saúde, isto não significa que a relação de longa duração entre a APS e os usuários seja interrompida⁵⁰.

IC: Encaminhamento

“Então atualmente eu sempre referencio os pacientes que apresentam queixas relacionadas a saúde mental.”

“Eu raramente encaminho um paciente, de transtorno mental, a não ser realmente que eu não me sinta qualificado para isso, o caso seja complexo, que exista risco a vida do próprio paciente ou risco iminente.”

Os trechos supracitados mostram-se antagônicas. Durante a pesquisa observou-se que muitos profissionais referenciam os pacientes portadores de SM seja para o psiquiatra ou para o psicólogo. Em contextos de urgências: quadros agudos e

risco de vida, o CAPS e o SAMU são acionados. A referência em situações rotineiras desses pacientes para a atenção secundária deve seguir a lógica de apoio a APS.⁵⁴ A rede secundária fica como retaguarda ao cuidado de saúde, auxiliando nos casos complexos e situações que exigem o olhar do especialista focal. A maior parte dos cuidados de saúde devem ser feitos preferencialmente na APS, garantindo acesso facilitado ao paciente dentre outras vantagens, além de reservar a atenção secundária os casos que realmente precisam de atenção especializada.⁵⁴ Todavia, esta esbarra fundamentalmente na capacidade de resolução das equipes de ESF e, no caso do médico, no quanto este profissional se sente seguro ao lidar e conduzir estes casos. Quanto melhor capacitado, maior é a resolubilidade deste profissional e mais criterioso é o processo de referência e contra-referência.

IC: Falta de Apoio Especializado

“Acho que falta um apoio do CREAS, ou do CRAS, ou sei lá do quê. Do CAPS, do CAPS! Falta um apoio eu acho do CAPS para isso, e aí eles jogam muita coisa para a atenção primária, que teria, que não deveria ser lá também.”

IC: Apoio Institucional

“(…) se a gente percebe que ele está em um sofrimento agudo nós também procuramos o apoio do CAPS né o CAPS AD ou outro o CAPS II o CAPS Girassol né, no caso aqui da Cidade.”

Nas entrevistas fora percebida a importância da RAPS, como exemplificados nos dois trechos de DSC anteriores. A falta de articulação desta causa sentimento de frustração e sobrecarga de trabalho. O Brasil preconiza o trabalho em rede como melhor forma para o cuidado em saúde mental, ampliando os pontos de apoio do indivíduo, respeitando sua autonomia e garantindo os direitos humanos, desmistificando estigmas.⁷² A RAPS, atenta às especificidades dos indivíduos, articulando além dos serviços de saúde, promoção social, educação dentre outros, alinhavando múltiplas facetas do paciente para melhor conduzir o cuidado.⁷²

IC: Sem ações específicas para cuidado de SM

“(...) não há assim tantos grupos específicos, nem ações específicas em relação aos pacientes com problemas de saúde mental, então realmente nós vamos ficar devendo muito nisso.”

IC: Outras Atividades de Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da UBS

“Tem os grupos que atualmente existem, o grupo Mente Saudável que é conduzido pelo psicólogo que aí eu já não faço parte desse grupo.”

IC: Práticas Integrativas

“Oferece outras atividades como yoga, alguma coisa para tentar amenizar esse sofrimento mental.”

Os três trechos colocados anteriormente comungam nas idéias e possibilidades de múltiplas abordagens em saúde mental. As equipes da ESF devem se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção em saúde, no cuidado individual, familiar e comunitário.¹¹⁷ A possibilidade de outras abordagens para além da consulta médica amplia o leque terapêutico, dando maiores possibilidades de tratamento aos usuários dos serviços de saúde. As práticas de grupos (em especial foco para atividade física e saúde mental) são consagradas e validadas.¹¹⁷ Estas possibilitam aos indivíduos perceberem que seu sofrimento acomete outros, criar senso de grupo, apoio em rede local da comunidade, troca de estratégias de resiliência, etc.

As práticas integrativas entram com uma outra epistemologia em saúde, permitindo uma “troca de óculos”. O SUS, a exemplo da própria OMS preconiza a incorporação de práticas Tradicionais e Complementares nos sistemas de saúde¹²⁸. Respeitando-se sempre a Medicina Baseada em Evidências, práticas como meditação (yoga, mindfulness), acupuntura, fitoterapia, homeopatia, termalismo social, podem ser potentes adjuvantes no cuidado em saúde.¹²⁹

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Políticas de fomento à formação de MFC são estratégicas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Inúmeras experiências exitosas pelo mundo (Canadá, Cuba, Inglaterra, Portugal), onde a APS foi colocada com norteadora dos Sistemas de Saúde, a formação médica especializada para a APS (com a residência médica definida como padrão-ouro de formação), inclusive com a especialização como pré-requisito para integrar o sistema de saúde de maneira obrigatória.¹¹¹ No Brasil, uma das barreiras a esse movimento internacional partiu das próprias escolas médicas que insistiam, de forma purista, na terminalidade da formação médica na graduação.¹¹¹

Os certificados de conclusão de cursos de especialização *Latu-Sensu* tem reconhecimento tanto ao nível acadêmico quanto para o mercado de trabalho, inclusive em alguns concursos para títulos de especialista de algumas Sociedades Médicas de Especialidade. Todavia, estes certificados não conferem registro como especialista junto ao CFM,^{112, 113} uma vez que estes, em sua maioria, não cumprem com o considerado ideal para a formação de expertise (carga horária de ensino prático, teórico associado a preceptoria com especialistas e baseado em matrizes de competências, etc). O CFM fomenta que estes profissionais busquem sua especialização reconhecida pelo conselho (seja por meio de Programas de Residência Médica ou por Provas de Titulação), fortalecendo as Sociedades de Especialidades, o próprio conselho e garantindo a sociedade a qualificação do profissional junto aos seus pares.

Estudos indicam que a fixação de médicos na AB/ ESF está ligada a fatores como remuneração adequada, condições de trabalho dignas e afinidade ao conjunto de idéias da APS.^{114, 115} Medidas de provimento emergencial, como o Programa Mais Médicos pelo Brasil, são considerados apenas paliativos. O programa substitutivo a este, o Médicos pelo Brasil, lançado em Agosto de 2019 ainda não pode ser avaliado adequadamente, porém traz elementos positivos para a fixação de profissionais tanto na AB quanto também em áreas de difícil provimento, como pagamento por performace, progressão de carreira e possibilidade de titulação em MFC. Todavia, este, assim como o Programa Mais Médicos pelo Brasil desvaloriza a formação do MFC no modelo de ensino considerado padrão-ouro: a residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

Aristóteles defendeu, em oposição a seu mestre Platão, a Ética como saber

prático e não teórico. Esta se relaciona com a conduta humana, com o modo de agir para com os demais. É um campo do conhecimento complexo, da *práxis*, com objetivo da busca da felicidade humana (*eudaimonia*). A *práxis* conduz a excelência. Como a Ética é o “tronco” da Bioética, esta última não pode se afastar de seus principais pensadores.¹³⁰

O estudo pretendeu, a partir de algumas questões de pesquisa, trazer a baila o conhecimento sobre a complexidade do SM e quais questões bioéticas estão implicadas no processo de cuidado em saúde mental. A visão do médico atuante na APS tem especial lugar, uma vez que este profissional de saúde presta boa parte destes cuidados e os cuidados primários em saúde são responsáveis por cerca de 85% dos cuidados em saúde onde o SM é extremamente prevalente. A forma como este profissional percebe o processo de adoecimento mental e como entende sua própria atuação e da equipe modifica como se dará o cuidado daqueles sujeitos sob seus cuidados, seus prognósticos, sua qualidade de vida e como a rede de saúde irá lidar com eles. Atraves do olhar do médico da ESF podemos ter um vislumbre de como os processos de cuidado em saúde mental se dão no contexto da atenção primária.

Como ficou evidente nas entrevistas, o preconceito e a estigmatização ainda são peremptórios no lidar dos profissionais de saúde. Ecos da antiguidade, símbolos que trazemos em nossos arquétipos ao longo da construção de nossa humanidade, parecem ressoar na atualidade, como um som gutural ao fundo de uma caverna, nos mantendo com certo receio, ativando nossos medos. Questões ligadas a religiosidade e a alienação do sujeito ainda são associadas ao SM. Muito embora suas origens tenham componentes biológico, psicológico, social, cultural e até espiritual, estes não podem ser alocados isoladamente, com aspecto de julgamento e imutabilidade. O mais alarmante não é só essa percepção estigmatizante estar presente ainda na sociedade civil digamos “leiga” no assunto, mas se tratando de profissionais de saúde. O prejuízo sobre toda a linha de cuidado é incalculável: desde a não adesão ao tratamento pelos pacientes até o cuidado iatrogênico para com estes.

O Preconceito pode estar vinculado a outros conceitos encontrados nos relatos destes profissionais: a falta de capacitação, a medicalização e o encaminhamento. O desconhecimento ou pouco preparo para lidar com estas situações muitas vezes acaba por reforçar crenças infundadas e manutenção de estigmas. “Como lidar com o que não compreendo bem?” Muitos médicos optam pela terapia medicamentosa – principal via de intervenção terapêutica estudada nas escolas médicas

e com comprovada eficácia – como a melhor saída para lidar com o sofrimento psíquico. Não raro, tem-se a crença de que os psicotrópicos, em especial os benzodiazepínicos, desempenham um papel de amortizador da saúde mental na ausência de tratamentos mais efetivos, sobretudo em populações periféricas e mais vulneráveis. O uso destas medicações aumenta significativamente neste início de século XXI. Todo e qualquer SM parece ser possível de se controlar com algum tipo de medicação, mas, antagonicamente, nunca tivemos tanto SM quanto na atualidade. Aldous Huxley em seu “Admirável Mundo Novo” apresenta-nos em sua distopia a uma droga feita para impedir a tristeza. No livro, todos possuem funções específicas e predeterminadas, e a droga impede qualquer tom de cinza na vida¹³¹. Uma sociedade quimicamente inebriada, “feliz”. Estaria sendo cumprida a profecia de Huxley?

Outra parte do cuidado é a referencia a outro ponto da rede de saúde para que outro profissional/especialista possa lidar com aquela situação. Embora isso se justifique, muitas das vezes as redes de atenção secundária e terciária não conseguem dar conta de maneira adequada e em tempo hábil, prejudicando o cuidado, atrasando diagnósticos, terapêuticas e mantendo terapias muitas das vezes pouco efetivas.

Novamente nos remetendo ao Estagirita, a virtude é resultante do hábito, da prática, da ação.¹³⁰ Potencia se fazendo Ato. Assim, é função da bioética e dos bioeticistas refletirem e buscarem a ação, intervindo para que situações persistentes que mantêm grupos em situação de vulneração se modifiquem. Colocar-se em posição ativa em defesa desses sujeitos, vulnerados, em busca de desmistificar e dirimir esses rótulos e preconceitos. Trabalhar com médicos sobre como os DSS impactam no processo de saúde doença além da educação permanente em saúde mental pode ser uma maneira extremamente potente para que estes reflitam sobre sua prática e sintam-se seguros na condução de situações de SM, estimulando que estes busquem modifica-la, aperfeiçoala, torna-la mais humanizada e dialógica.

O cuidado centrado no indivíduo, levando-se em conta aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais torna a relação médico-paciente mais efetiva, duradoura e potente. Quando o profissional percebe que todos esses componentes estão presentes, em maior ou menor grau, em todas as situações de SM, o olhar do mesmo passa a ser biopsicossocial, extrapolando o binômio cartesiano corporalmente. A disponibilidade para ouvir, a escuta qualificada traz confiança do paciente e potencializa a relação terapêutica. Limitar a comunicação do SM é, em última análise, negar acesso ao cuidado.

Conforme propostas de Saúde Mental Global, as ações integradas de saúde mental na APS devem promover um melhor acesso ao cuidado dos TM.¹¹⁹ Os discursos analisados apontaram algumas fragilidades que ainda comprometem esse acesso. As dificuldades de comunicação e ações coordenadas da RAPS, além de opções de abordagens terapêuticas reduzidas e dispostas na RAPS de maneira heterogênia reduzem o acesso ao direito de tratamento digno onde possam ser oferecidas terapêuticas congruentes com a perspectiva do paciente, numa abordagem integral. Todavia, conhecer tais obstáculos fornece subsídios para se nortear estratégias que atuem sobre as várias dimensões do acesso. Potencia se fazendo Ato.

No fundo, quando se busca cuidado em saúde mental, buscamos nos sentir bem, plenos e felizes. E não é a busca da felicidade o que move a Ética? O Homem deve através do estudo da Ética, do uso da razão, alcançar a felicidade, extrapolando-se do nível individual ao coletivo, saindo de uma bioética puramente personalista, centrada no indivíduo ou apenas nas relações médico-paciente para uma ética de cunho comunitário.

Essa busca pela felicidade parte, inicialmente de uma busca por garantias de condições mínimas: direitos individuais do cidadão, do cumprimento dos deveres do Estado em proteger a todos, em especial aos que não tem condições plenas de exercer sua cidadania, vulnerados completa ou parcialmente. Ambos, objetos de estudo e trabalho dos campos da Bioética de Proteção e da Bioética de Intervenção, imensos campos da Bioética, retirando-a do puramente clínico-teórico, para utilizá-la como ferramenta para abordar problemas urgentes e persistentes em cenários como a América Latina e nas periferias da globalização. Potencia se fazendo Ato.

Em um mundo tão desigual, os vulnerados pelo Sofrimento Mental não devem ser reféns dos sistemas de Saúde (Públicos ou Privados), e sim por estes defendidos e apoiados para que alcancem condições mínimas de exercer sua cidadania. Cabe a Bioética trazer estas situações persistentes para discussão junto aos espaços do SUS e da RAPS de maneira a construir um cuidado cada vez mais integral, universal e equânime. Potencia se fazendo Ato.

Como tanto a Ética quando a Bioética pedem ações práticas, é preciso propor saídas além de apenas apontar as dificuldades. Intervir, seja através de ação política, educacional, etc, para a modificação das Situações Bioéticas Persistentes torna-se mandatário. Todas as ações passam pelo compartilhamento de informações da própria rede municipal de saúde, onde em especial possam ser discutidas as fragilidades e

fortalezas de cada ponto da RAPS e como cada ponto da rede exerga a própria rede, suas fragilidades e potencialidades.

Assim, uma proposta de Intervenção, em confluência com o pensamento da BI, podem se organizar em ações de Educação Continuada para os Médicos da ESF. Estas devem ser pensadas baseadas nas próprias experiências dos múltiplos atores da própria rede, evitando que um ou outro serviço venha “ensinar como fazer”. É fundamental que as capacitações sejam pensadas no dia-a-dia das equipes da ESF e sua relação com a RAPS. Buscar a experiência de médicos e outros profissionais da ESF, dos profissionais do NASF e de outros pontos de assistência. Esse processo de educação deve ser permanente e não apenas esporádico, motivado por problemas focais ou de campanha. Uma agenda de Educação Permanente é uma forma interessante de organização. Num contínuo, ações de educação podem convergir para a construção de Jornadas científicas e profissionais com a temática da saúde mental. Neste tipo de intervenção, se visa partilhar as práticas desenvolvidas nos diversos serviços/ unidades de AB como para não apenas exibir, mas mostrar e refletir sobre problemas em comum e soluções possíveis, estimulando que a própria rede se torne mais colaborativa, que o trabalho na AB seja mais valorizado, que as coordenações de AB e secretarias municipais tomem maior ciência do potencial de seus colaboradores e que estes profissionais sintam-se motivados. Potencia se fazendo Ato.

Outro ponto interessante de Intervenção é fomentar é nos espaços deliberativos as dificuldades e potencialidades no cuidado em Saúde Mental na APS. Fomentar fóruns de debate sobre Saúde mental, com a participação tanto de representantes da RAPS quanto da população em geral cria enormes possibilidades de ação. Os conselhos Municipais de Saúde são bons exemplos de espaços onde se pode partilhar e ter novos olhares sobre a estruturação do cuidado, incluindo mais atores da saúde mental (profissionais, pacientes, familiares, gestores etc) nos processos decisórios. Potencia se fazendo Ato.

10 - CONCLUSÃO

Quando iniciou-se o trabalho de pesquisa evidenciou-se que entender como médicos atuantes na APS percebem o cuidado de Saúde Mental neste cenário influencia de maneira significativa tanto no diagnóstico quanto no prognóstico dos usuários.

Assim, a pesquisa teve como objetivo estudar a percepção destes profissionais tanto da própria atuação quanto da equipe. Partiu-se da hipótese de que esses profissionais não estariam plenamente confortáveis com a prestação destes cuidados, o que impacta da saúde e nas vidas dos usuários. Durante o trabalho verificou-se que de fato os profissionais não se sentem capacitados a lidar com o SM, muito embora percebam a ESF como cenário importante para este tipo de cuidado. Além disso, sentem-se pouco apoiados em sua prática, com um importante enfoque no uso de medicação e encaminhamento para outros pontos da rede. O estigma e a psicofobia ainda fazem parte do lidar com o SM e são percebidos como pontos a serem superados.

Estratégias que visem melhorar a atuação destes profissionais como o uso dos protocolos e guias de cuidados em AB de saúde mental, a Educação Permanente, Ciclos de Debate com a RAPS e a Sociedade como um todo são pontos fundamentais.

O estudo apresentou limitações quanto ao tipo de amostragem além do próprio tamanho amostral. Outros estudos com número amostral maior (talvez toda a rede de Atenção Básica do Município) ou outras metodologias são recomendados para um entendimento mais amplo dos processos subjetivos de entendimento da interação entre a Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde.

Potencia se fazendo Ato.

REFERÊNCIAS

1. International Labour Office. Psychosocial factors at work: Recognition and control: report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health, ninth session, Geneva, 18-24 Set 1984. Occupational Safety and Health Series, 56.1986. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/ILO_WHO_1984_report_of_the_joint_committee.pdf.
2. Andrade LHSGD. Epidemiologia psiquiátrica. Novos desafios para o século XXI. Revista USP. 1999 set/nov; (43): 84-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/28479/30333>
3. Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saúde Pública [Internet]. 2002; 36(2):213-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000200014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000200014>
4. Rodrigues CR, Castro Figueiredo MA. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Estud. Psicol. (Natal). Natal, 2003; 8(1):117-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S1413-294X2003000100013>.
5. Organização Mundial de Saúde. Definição de Saúde Mental. 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs200/en/>
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogos necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
7. Organização Mundial da Saúde (OMS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata,1978. Ministério da saúde. 2014;.
8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
9. Correia VR, Barros S, de Almeida Colvero L. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(6):1501-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf> .
10. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):158-64.

11. Ministério da Saúde (BR), Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. UNESCO. 2002;.
12. Garrafa V. Apresentando a Bioética (An Introduction to Bioethics). Revista do Hospital Universitário UFMA. 2005/2006; 3(1):9-13. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/face/article/view/118>
13. Léxico: Dicionário de Português Online. Léxico: dicionário de português online; 2009-2019. Disponível em: <http://www.lexico.pt/clima/>.
14. Araujo MJF. Estigma Social. InfoEscola. Disponível em: <https://www.infoescola.com/sociologia/estigma-social/>. Consultado em 09/02/2019
15. Loch AA, Pang WY, de Andrade LHSG, Blay SL, Brietzke EM, Menezes PR, et al. Estereótipos e crenças relacionadas à esquizofrenia. Universidade de São Paulo; 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-03012014-152757/>.
16. Helman C. Cultura, Saúde e Doença. 5th ed. Artmed Editora; 1994.
17. Cordás TA, Emilio MS. História da Melancolia. Porto Alegre: ArtMed; 2017.
18. Meneses, AB. O sonho e a literatura: mundo grego. *Psicol. USP* [online]. 2000, vol.11, n.2 [citado 2019-10-10], pp.187-209. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642000000200012>.
19. Santaella, Lúcia. O signo à luz do espelho. Pg 59 in Cultura das mídias, 1996, São Paulo, Editora Experimento
20. Pouzadoux C. Contos e lendas da mitologia grega. São Paulo: Companhia das Letras; 2001.
21. Souza Brandão J. Dicionário mítico-etimológico da mitologia grega. Petrópolis: Vozes; 2014.
22. Brandão JS. Mitologia Grega. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1986. Disponível em: <https://bibliotecaonlinedahisfj.files.wordpress.com/2015/03/mitologia-grega-vol-1-junito-de-souza-brandc3a3o.pdf>.
23. Homero. Ilíada. São Paulo: Poeteiro Editor Digital; 2014. Disponível em:

<http://www.bibliologista.com/2014/11/iliada-completo-de-homero.html>.

24. Almeida JF. Trad. A Bíblia Sagrada (revista e atualizada no Brasil) 2 ed. São Paulo. Sociedade Bíblica Brasileira, 1993.
25. Foucault M. In: A constituição histórica da doença mental. Rio de Janeiro; 1975: 77-88.
26. Wang B. Princípios de Medicina Interna o Imperador Amarelo. São Paulo: Ícone; 2001.
27. Hipócrates. Aforismos. Martin Claret; 2004.
28. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1972.
29. Torre EHG, Amarante P. Michel Foucault e a “História da Loucura”: 50 Anos Transformando a História da Psiquiatria. Cad Bras Saúde Mental, 2011; 3(6):41-64.
30. Kramer H, Sprenger J. Malleus Maleficarum: O Martelo das Feiticeiras. Trad. Paulo Fróes. 2. ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015.
31. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Saúde e Sociedade. 2008; 6(17):82-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S0104-12902008000200009>.
32. Ministério da Saúde (BR). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
33. Rotterdam ED. Elogio da Loucura. 1st ed. São Paulo: EDIPRO; 2015.
34. Díaz E. A Filosofia de Foucault. 1st ed. São Paulo: UNESP; 2012.
35. Cherubini KG. Modelos históricos de compreensão da loucura: da antiguidade clássica a Phillippe Pinel. 2006. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/8777/modelos-historicos-de-compreensao-da-loucura/3>.
36. Souza VCT. Universidade Ética e Espiritualidade. Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí.

37. Bauman Z. Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos. 1 ed. Medeiros CA, editor. Zahar; 2004.
38. Souza VCT, Pessini L, Hossne WS. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. Revista Bioetikos- Centro Universitário São Camilo. 2012;6(2):181-90. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/94/a7.pdf>.
39. Amarante P. In: Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008:65-80.
40. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante P (org). Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
41. Arbex D. Holocausto brasileiro - Vida, Genocídio e 60 mil mortes no maior Hospício do Brasil. 14th ed. São Paulo: Editora Geração, 2015.
42. Fonte EMM. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia- Rev Progr Pós-Grad Sociol UFPE. 2012; 1(18).
43. Brasil. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
44. Jornal do Senado Federal. Reforma psiquiátrica eliminou 90 mil leitos em hospitais; 2012. On-line. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos/reforma-psiquiatrica-eliminou-90-mil-leitos-em-hospitais.aspx>. Consultado em 09/01/2019
45. Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: Duncan BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, Artmed, 4ª. Ed., 2013
46. Brasil. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
47. Brasil. Lei nº. 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras

providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm

48. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 4th ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2013.
49. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona; 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>.
50. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 2004. 726p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Atencao_primaria__equilibrio_entre_necessidade_de_saude__servicos_e_tecnologia/291
51. Lopes JMC. Princípios da medicina de família e comunidade. In: Gusso G, Lopes JMC (Orgs). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012; (1).
52. Corgozinho Marcelo Moreira, Oliveira Aline Albuquerque Sant'Anna de. Equidade em saúde como marco ético da bioética. Saude soc. [Internet]. Junho, 2016 [Acesso em 23 de Set de 2018]; 25(2): 431-441. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200431&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016153764>.
53. McWhinney I, Freeman TR. Manual de Medicina de Família e Comunidade. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018, 536p.
54. Demarzo MMP. Reorganização dos sistemas de saúde, 2012. Disponível em: www.unasus.unifesp.br.
55. Pires-Alves FA, Cueto M. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. Ciência & Saúde Coletiva. 2017 Jul; 22(7):2135-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702135&lng=en&nrm=iso.
56. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica (DAB). Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq.
57. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf

58. Fortes S, Menezes A, Athié K, Chazan LF, Rocha H, Thiesen J, et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2014; 24(4):1079-102. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401079&lng=en&nrm=iso.
59. Passos ECM, Silva Júnior CHP, Ribeiro RA. Sofrimento Mental Comum - Muito além de diagnósticos psiquiátricos. Porto Alegre: Artmed; 2016: 9-40.
60. Albuquerque MAC, Dias LC. Abordagem em saúde mental pelo médico de família. Gusso G, Lopes JM, organizadores. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática* Porto Alegre: Artmed, 2012: 233-40.
61. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/trabalho_agente_acs.
62. Cavalcanti EFA, Alvarenga PG, Gusso G. O médico generalista e o paciente psiquiátrico. In: Mansur CG. *Psiquiatria Para o Médico Generalista*. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2013:17-29.
63. López MM, Mohrbach DY, Puyana CR, Anderson MIP, Mejía PAC, Fortes S, Quiroz JR, González MLV. Medicina Familiar e Comunitária como fonte de cuidados em Saúde Mental. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2018 Oct; 13(Suppl 1):54-68
64. College of Family Physicians of Canada, Canadian Psychiatric Association. *Shared Mental Health Care in Canada: Current status, commentary and recommendations*. Members of the Collaborative Working Group on Shared Mental Health Care. 2000.
65. Craven MA, Handfield-Jones R. Shared mental health care in Canada. Making a joint effort to define our roles. *Canadian Family Physician*. 1997; 10(43):1785-87. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2255439/>.
66. Kates N, Mazowita G, Lemire F, Jayabarathan A, Bland R, Selby P, et al. The Evolution of Collaborative Mental Health Care in Canada: A Shared Vision for the Future. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2011 Mai; 56(5).
67. Sousa Campos GW. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio

- sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(1):393-403. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S1413-81231999000200013>.
68. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, coordenador. *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 2000. (Saúde e loucura, 7).
 69. Fortes S, Ballester D. Saúde mental e Estratégia de Saúde da Família, construção da integralidade, p. 266-270. In: BRASIL, M.A.A. et. al. *Psicologia médica, a dimensão psicossocial da prática médica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
 70. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF,. 2008 jan; 145(1):47-8. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
 71. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
 72. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
 73. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
 74. Comunidades Terapêuticas, política e religiosos = bons negócios. *Carta Capital*. 2015 Maio. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/comunidades-terapeuticas-politica-e-religiosos-bons-negocios-9323.html>. Consultado em 09/01/2019
 75. Pessini L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. *Revista bioética*. 2013; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a02v21n1>.
 76. Felício JL, Pessini L. Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos

- pacientes com transtornos mentais. *Rev. Bioét.* 2009;17(2):203-20. Disponível: <https://bit.ly/2T22huM>
77. Schramm FR. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. Bioét.* 2008; 16(1):11-23. Disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/52/55.
 78. Heck JN. Bioética: contexto histórico, desafios e responsabilidade. *ethic@.* 2005 Dez; 4(2):123-39. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/viewFile/16127/14665>.
 79. Pegoraro O. Fundamentos Filosóficos da Bioética. *Symposiu M de Filosofia.* 98 Jul/Dez;1(1). Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/2995/2995.PDF>.
 80. Sass HM. Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J.* 2007 Dec; 17(4):279-95. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18363267>.
 81. Oliveira AAS, Garrafa V, Andorno R. Interface entre bioética e direitos humanos; 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/7972>.
 82. Garrafa V. De uma “Bioética de Princípios” a uma “Bioética Interventiva” – Crítica e Socialmente Comprometida; 2005. Disponível em: https://www.fanut.ufg.br/up/128/o/BIOETICA_COMPROMISSO.pdf.
 83. Feitosa SF, Nascimento WF. A bioética de intervenção no contexto do pensamento latino-americano contemporâneo. *Rev. Bioét.* 2015; 23(2):277-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232066>.
 84. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017; 22(5):1531-38.
 85. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura Divisão de Ética das Ciências e Tecnologias. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. 2006; Disponível em: www.unesco.org/shs/ethics.
 86. Brasil. Senado Federal do Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm.
 87. Dalla MDB, Lopes JMC. Ética na Atenção Primária à Saúde. In: Gusso G, Lopes JMC (Orgs). *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação*

e prática. Porto Alegre, Artmed, 2012; (1):98-106 .

88. Zoboli ELCP, Carvalho Fortes PA. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004 12;20:1690-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S0102-311X2004000600028>.
89. Henrique F, Soares GB. Bioética no Contexto da Atenção Básica. In: Paes Junior AJO, Vieira AA. *Manual ACM de terapêutica : medicina de família e comunidade*. 4. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2018. p. 33-9. Disponível em: <https://eu-ireland-custom-media-prod.s3-eu-west-1.amazonaws.com/Brasil/Downloads/14-10/manual-acm-medicina.pdf>
90. Knauth DR. Orientações básicas para pesquisa qualitativa. Porto Alegre: ArtMed; 2012. p. 488-94.
91. Moscovici S. On social representations. *Perspectives on everyday understanding*. In J. Forgas (Ed.), *Social Cognition*, London, England: Academic Press; 1981.p. 181-209.
92. Minayo MCS. *Ciência, Técnica e Arte: o Desafio da Pesquisa Social*. In: Minayo MCS (org.). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
93. Jung CG. *O Homem e seus símbolos*. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2008.
94. Pordeus, V. *Teatro e medicina coletiva: o mecanismo dos neurônios em espelho e o arquétipo de Dionisos*. 2013. Universidade de Arte e Cultura. Disponível em <http://upac.com.br/#/blog/post/51f325ca52cee84972000005>. Acesso em 03 de dezembro de 2019.
95. Mestre M, Cássia Pinotti R. As representações sociais e o inconsciente coletivo: um diálogo entre duas linhas teóricas. *Rev. Eletr Psicol*. 2004 Jul; (4). Disponível em: www.utp.br/psico.utp. online.
96. Dawkins R. *O Gene Egoísta*. Companhia das Letras; 2007, 544p.
97. Lefevre F, Lefevre AMC, da Costa Marques MC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009 Aug; 14(4):1193-204. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400025&lng=en.

98. Lefevre F, Lefevre AMC. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 502-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00502.pdf.
99. CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010
100. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem Populacional; Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pocos-de-caldas/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>. Acesso em 10 de fevereiro de 2019.
101. Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Perfil de Poços de Caldas, 2017. Disponível em: <http://pocosdecaldas.mg.gov.br/perfil/relevo/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2019.
102. Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Infraestrutura e Saúde, 2017. Disponível em: <http://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/infraestrutura/saude/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2019.
103. Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. *Rev. Saúde Públ.* 2018; 52(17):1-12. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143829>.
104. Lefèvre F. Discurso do Sujeito Coletivo: Nossos modos de pensar - Nosso eu coletivo. Andreoli; 2017. 80p.
105. Silva IR. Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica e as questões bioéticas em suas práticas [Programa do Mestrado em Bioética]. Universidade do Vale do Sapucaí – UNIVÁS; 2018. Disponível em: <http://www.univas.edu.br/mbio/menu/egressos.php>.
106. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012; Diário oficial da união, Seção 1, p.59, 13 jun. 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
107. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Miotto BA. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp; 2018.
108. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo; 2015. Autor

- institucional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em 12 de fevereiro de 2019.
109. Capuchinho C. No curso de medicina, apenas 2,7% dos formandos são negros, 2013. Online. Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/noticias/2013/05/20/negros-ainda-sao-minoria-entre-formados-no-ensino-superior.htm>. Acesso em 12 de fevereiro de 2019.
 110. Augusto DK, David L, de Oliveira DOPS, da Trindade TG, Lermen Junior N, Poli Neto P. Quantos médicos de família e comunidade temos no Brasil? *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2018 Jan/ Dez; 13(40):1-4. Disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.
 111. Trindade TG, Batista SR. Medicina de Família e Comunidade: agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016 Set; 21(9):2667-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>.
 112. Falk JW. Os Títulos de Especialista. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2006. Out/ Dez; 2(7). Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/50/39>.
 113. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. Brasília; 2019. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
 114. Lopes EZ, Bousquat A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Rev bras med fam comunidade*. 2011 abr; 6(19):118-24.
 115. Oliveira VG, Queiroz FN, Araújo BP, Silva CMM, Silva FD. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. *Rev. Bras Med Família e Comunidade*. 2014 Jan/ Mar; 9(30):85-8. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850).
 116. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cad. Atenção Básica*. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; abr. 2013; 28(1):1-56. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-36239>
 117. Souza ECF, Vilar RLA, Sá Pinto Dantas Rocha N, Costa Uchoa A, Medeiros Rocha P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúd Pública*. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/articleXML.php?lang=en&pid=S0102-311X2008001300015>.

118. Brasil Ministério da Saúde. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. 2013; disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.
119. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface Comunicação Saúde Educação*. 2015;19(55):1121 – 1132. Disponível em: DOI:10.1590/1807-57622014.1152
120. Fernandes L, Basílio N, Figueira S, Nunes JM. Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Mar;22(3):797 – 785. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002300797&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33212016>.
121. Minayo, Maria Cecília de Souza, *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3) : 621-626, 2012.
122. Associação Brasileira de Psiquiatria. "Psicofobia e estigma: qual a relação?", 2012. Disponível em <https://www.abp.org.br/post/abptv-psicofobia-e-estigma>. Acesso em 12 de Abril de 2019.
123. Lemke, Ruben Artur, & Silva, Rosane Azevedo Neves da. (2010). A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1). Acesso em 13 de agosto de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100018&lng=pt&tlng=pt.
124. Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. Qual o papel do Agente Comunitário de Saúde no acompanhamento de pacientes com sofrimento mental? 15 jul 2009. ID: sof-1046. Disponível em <https://aps.bvs.br/aps/qual-o-papel-do-agente-comunitario-de-saude-no-acompanhamento-de-pacientes-com-sofrimento-mental/>. Acesso em 10 de Agosto de 2019
125. Nunes Emília. Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. *Rev. Port. Sau. Pub.* [Internet]. 2011 Jul [citado 2019 Ago 25] ; 29(2): 200-202. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000200013&lng=pt.
126. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. *Ottawa Charter*. [Internet]. Ottawa: WHO; 1986 [consultado 20 Nov 2018]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.

127. Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. *Mental*. 2011 jun/dez; 9(17): 523-36
128. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Poder Executivo, Brasília, DF,. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.
129. Telesi Junior, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, Apr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de Agosto de 2019.
130. Silva EJ. A Ética Aristotélica Como Caminho que Conduz o Homem a Felicidade Plena. *Revista Húmus*. Jan/Fev/Mar/Abr. 2013. Nº 7. Acesso em 23 de agosto de 2019. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/view/1501/1202>
131. Huxley, Aldous. *Admirável Mundo Novo*. São Paulo. Abril Cultural, 1982.

**APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE PESQUISA
QUANTITATIVA**

- 1) Idade (em anos completos): R: _____
- 2) Cor: R: _____
- 3) Gênero: R: _____
- 4) Equipe onde atua: R: _____
- 5) Há quanto tempo atua na ESF (em anos ou meses)? R: _____
- 6) Possui alguma especialização registrada no CFM/ CRM-MG?
 - a) Sim
 - b) Não
- 7) Se sim qual: R: _____
- 8) Possui alguma Pós-graduação?
 - a) Sim
 - b) Não
- 9) Se sim, qual o tipo:
 - a) Residência médica
 - b) Pós-graduação tipo especialização Latu sensu
 - c) Mestrado
 - d) Doutorado
 - e) Outra forma. Qual: R: _____
- 10) Sua Equipe possui Protocolos com diretrizes terapêuticas?
 - a) Sim
 - b) Não

11) Sua Equipe possui Protocolos para estratificação de riscos?

- a) Sim
- b) Não

11) Sua Equipe possui mantêm registro dos usuários encaminhados?

- a) Sim
- b) Não

13) Sua Equipe possui realiza busca ativa de pacientes portadores de Transtorno Mental?

- a) Sim
- b) Não

14) Qual é o tempo médio de espera para o primeiro atendimento na sua ESF?

R: _____

15) Sua Equipe possui Oferta consulta com tempo maior para pacientes portadores de Transtorno Mental?

- a) Sim
- b) Não

16) Sua Equipe possui Oferta algum atendimento em grupo para portadores de transtorno mental?

- a) Sim
- b) Não

17) Sua Equipe possui Atendimento com profissionais de apoio matricial para portadores de transtorno mental?

- a) Sim
- b) Não

18) Sua Equipe possui Registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico?

- a) Sim
- b) Não

19) Sua Equipe possui Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas?

a) Sim

b) Não

20) Sua Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas?

a) Sim

b) Não

21) Sua Equipe possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos?

a) Sim

b) Não

22) Sua Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos?

a) Sim

b) Não

23) Sua equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde de usuários em sofrimento psíquico?

a) Sim

b) Não

24) Você acha que é função da Estratégia da Família (ESF) a atenção a usuários com sofrimento psíquico?

a) Sim

b) Não

25) Você se considera preparado para o Atendimento a usuários com sofrimento psíquico?

a) Sim

b) Não

**APÊNDICE 2 - QUESTÕES PARA LEVANTAMENTO DOS DISCURSOS DO
SUJEITO COLETIVO**

- 1) Gostaria de saber: qual a sua percepção da atuação de sua Equipe junto a pacientes com sofrimento mental? ”

- 2) Gostaria de saber: como você percebe suas atividades na atenção a pacientes com sofrimento mental que ocorrem no âmbito do serviço da Estratégia de Saúde da Família onde você atua?

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor(a) é MÉDICO QUE ATUA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA PERSPECTIVA BIOÉTICA”.

Este estudo está sendo realizado por Euclides Colaço Melo dos Passos do curso de Mestrado em Bioética da Universidade do Vale do Sapucaí (Univás) , juntamente com o pesquisador responsável professor orientador Marcos Mesquita Filho.

A pesquisa terá duração de um ano com o término previsto para agosto de 2020 . Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, respeitando assim sua privacidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento, o que garante sua autonomia. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista gravada e escrita.

Os riscos relacionados a este estudo serão apenas aqueles referentes à pesquisa com questionários. Segundo o princípio da não-maleficência o pesquisador tem a obrigação de não infligir danos ou males intencionalmente. Para tanto, os instrumentos de pesquisa só serão aplicados após sua análise acurada de modo que seu conteúdo não cause problemas na esfera física, cultural, psicológica, moral ou espiritual ao sujeito da pesquisa. Os benefícios relacionados à concretização deste estudo serão a possibilidade de fornecer subsídios para o aprimoramento das políticas e atividades dos serviços de atenção primária na área de saúde mental, construir novos conhecimentos a respeito de saúde mental na APS, melhorar a capacitação do profissional da saúde da família na área da saúde mental.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada a pesquisa e ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão descartados de forma que não prejudique o meio ambiente.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (descrever as despesas: exames, medicamentos, transporte, etc) não são de sua responsabilidade e o senhor(a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é um documento que comprova a sua permissão. Será necessário a sua assinatura para oficializar o seu consentimento. Ele encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável, e a outra será fornecida para o senhor(a).

Para possíveis informações e esclarecimentos sobre o estudo, entrar em contato com para o (a) pesquisador (a), pelo telefone: (35)99810-0666 ou com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa da Univás pelo telefone (35)3449-9232 , no período das 8h às 11h e das 13h às 16h de segunda a sexta-feira.

Ressalta-se que a sua valiosa colaboração é muito importante e, a seguir, será apresentada uma Declaração. Se o senhor(a) estiver de acordo com o conteúdo da mesma, deverá assiná-la, conforme já lhe foi explicado anteriormente.

DECLARAÇÃO

Declaro estar ciente do inteiro conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

NOME COMPLETO DO(A) PARTICIPANTE

ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE

ASSINATURA DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:

Pouso Alegre, _____ de _____ de _____.

ANEXO 2 - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

ANEXO 2 TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (Autorização para coleta de dados)

Poços de Caldas,
Ilmo. Sr. Secretário Municipal, de Saúde de Poços de Caldas

Prezado (a) Senhor (a)

Euclides Colaço Melo dos Passos, médico, mestrando em Bioética, Marcos Mesquita Filho, doutor e professor orientador do Mestrado em Bioética, respectivamente, vimos por meio desta solicitar autorização para realizar a coleta de dados nesta instituição em vista da realização da pesquisa intitulada "A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM POÇOS DE CALDAS-MG NUMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA"

Os dados de identificação da pesquisa são:

- Título: "A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM POÇOS DE CALDAS-MG NUMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA"
- Tipo de pesquisa: Qualitativa
- Orientador: Prof. Dr. Marcos Mesquita Filho
- Objetivo: Estudar a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família a respeito do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva da Bioética.
- Participantes da pesquisa: Médicos da Estratégia de Saúde da Família
- Tipo de coleta: Entrevistas semi estruturadas
- Local de estudo: Serviços da Estratégia de Saúde da Família do Município de Poços de Caldas

O projeto de pesquisa será cadastrado na Plataforma Brasil que o encaminhará ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação do estudo.

Agradecemos a atenção dispensada

Atenciosamente,

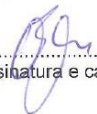


Euclides Colaço Melo dos Passos



Marcos Mesquita Filho

Estou ciente da pesquisa e autorizo:


.....
(Assinatura e carimbo)

Data: 08/02/19


Flávio Togni de Lima e Silva
Secretário Municipal de Saúde
Poços de Caldas - MG

ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UNIVÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS SOBRE OS CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NUMA PERSPECTIVA DA BIOÉTICA

Pesquisador: EUCLIDES COLACO MELO DOS PASSOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08760719.1.0000.5102

Instituição Proponente: FUNDACAO DE ENSINO SUPERIOR DO VALE DO SAPUCAI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.202.388

Apresentação do Projeto:

Os transtornos mentais são extremamente prevalentes na população. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) se responsabiliza pela maior parte dos casos. O objetivo dessa pesquisa é estudar a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família a respeito do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva da Bioética. Será um estudo qualitativo delineado como Descritivo-Exploratório e Transversal, a ser realizado no município de Poços de Caldas - MG. Serão entrevistados 20 médicos atuantes na APS. Os critérios inclusão serão:

Médicos Brasileiros e Formados no Brasil e ou com diploma revalidado para atuação neste país, concursados, contratos temporários ou atuantes em programas de provimento temporário (Mais médicos p.e.) atuantes na Estratégia de Saúde da Família. Critérios de não inclusão: médicos estrangeiros e Formados no exterior sem revalidação de diploma e que estejam trabalhando em outros modelos de Atenção Básica. Critérios de

exclusão: desistência em Participar do Estudo a qualquer momento. A amostragem será do tipo intencional. Os sujeitos da pesquisa serão entrevistados no seu local de trabalho e responderão a um questionário sócio-demográfico e duas questões abertas semi-estruturadas para coleta de suas representações sociais sobre a atuação do médico da APS em saúde mental. Para análise das respostas as questões abertas será

utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As sócio-demográficas serão analisadas por procedimentos de estatística descritiva. A pesquisa

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 3.202.388

segue as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objetivo da Pesquisa:

Estudar a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família a respeito do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva da Bioética.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios superam os riscos do presente estudo. Os riscos poderão estar relacionados com o possível desconforto advindo do desconforto da entrevista gravada e do preenchimento do instrumento sociodemográfico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa atual e de alta relevância científica e social. Estudará a percepção dos médicos da Estratégia de Saúde da Família a respeito do Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde a partir da perspectiva da Bioética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Colocar em Apêndice e não em Anexo o TCLE e solicitação de autorização para realização do estudo. Rever as perguntas elaboradas para a entrevista.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente projeto atende aos dispositivos da resolução 466/2012 e pode ser aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término do estudo apresentar relatório ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1295794.pdf	15/03/2019 17:29:58		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	15/02/2019 22:58:22	EUCLIDES COLACO MELO DOS PASSOS	Aceito
Declaração de	anuencia.pdf	08/02/2019	EUCLIDES COLACO	Aceito

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470

Bairro: Campus Fátima I

CEP: 37.554-210

UF: MG

Município: POUSO ALEGRE

Telefone: (35)3449-9232

E-mail: pesquisa@univas.edu.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS
MÉDICAS DR. JOSÉ ANTÔNIO
GARCIA COUTINHO -



Continuação do Parecer: 3.202.388

Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	17:13:50	MELO DOS PASSOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREEE SCLARECIDO.doc	08/02/2019 17:12:48	EUCLIDES COLACO MELO DOS PASSOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoEuclides.docx	08/02/2019 17:10:26	EUCLIDES COLACO MELO DOS PASSOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

POUSO ALEGRE, 15 de Março de 2019

Silvia Mara Tasso

Assinado por:
Silvia Mara Tasso
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Prefeito Tuany Toledo, 470
Bairro: Campus Fátima I CEP: 37.554-210
UF: MG Município: POUSO ALEGRE
Telefone: (35)3449-9232 E-mail: pesquisa@univas.edu.br