

ACOLHIMENTO DA PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA PARA ALÉM DO ENCAMINHAMENTO

Reception of the person in mental suffering in primary care

Marcella Alves dos Anjos¹

Patrícia Anjos Lima de Carvalho²

Edite Lago da Silva Sena³

Roseli Maria Cardoso Ribeiro⁴

Artigo encaminhado: 02/10/2012

Aceito para publicação: 26/05/2014

RESUMO

Estudo qualitativo, que objetivou compreender os limites e as possibilidades de acolhimento à pessoa em sofrimento mental na atenção básica, na concepção de profissionais da Equipe de Saúde da Família. O estudo foi realizado no ano de 2012, por meio de entrevistas semiestruturada com cinco profissionais de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior da Bahia, após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob o protocolo nº 13362. Os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo, da qual emergiram as seguintes categorias: *saúde-doença mental como resultante de alterações nas funções mentais; dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF; a inserção de ações de saúde mental e o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF*. Os resultados demonstraram uma concepção de saúde-doença mental relacionada às alterações das funções mentais; revelaram que as principais dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF são a falta de capacitação, de apoio matricial e de medicamentos; e, mostraram a necessidade da inserção de ações de saúde mental na ESF para que a pessoa em sofrimento mental possa ser acolhida. Nessa perspectiva, o acolhimento da pessoa em sofrimento mental deve ocorrer em qualquer serviço de saúde, e, não apenas em unidades especializadas, o que implica na abertura das equipes que atuam na atenção básica para o planejamento e implementação de práticas de cuidado em saúde mental em seu âmbito de atuação.

¹ Psicóloga. Acadêmica do Curso de Pós-Graduação Lato-sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-MAIL: marcella_alves@hotmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da UESB. E-MAIL: patricia.anjos3@gmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da UESB. E-MAIL: editelago@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar do Curso de Enfermagem da UESB. E-MAIL: mcristeiri12@gmail.com

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Acolhimento.

ABSTRACT

Qualitative research which allowed the understanding of the limits and possibilities upon the reception of the person in mental suffering in primary care, considering the conceptions of the professionals from *Equipe de Saúde da Família* [Family Healthcare Team]. The study was performed in 2012, through semi-structured interviews with five professionals from *Estratégia de Saúde da Família (ESF)* [Family Healthcare Strategy], in a countryside city of Bahia, after the approval of the Research Ethic Committee from *Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia* [Southwestern University of Bahia], under protocol number 13362. The data were submitted to the technique of content analysis, from which arose the following categories: *mental health-illness resulted from mental function alterations; difficulties to be inserted in Mental Health services from ESF, considering the conceptions of the professionals; reception as a care practice in ESF*. The results showed a mental health-illness conception related to alterations of mental functions; they revealed that the main difficulties to be inserted in mental health services from ESF are lack of qualification, matrix support, and medicines; and they revealed the necessity of the addition of actions related to mental health in ESF so that the person in mental suffering can be hosted. In this perspective, the reception of the person in mental suffering must happen in any health unit, and not only in specialized medical units, which implies an opening of medical staff acting mainly in the planning and implementation of practices in the field of mental health.

Keywords: Mental Health. Primary health care. Reception.

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica orienta a desarticulação do modelo hospitalocêntrico, e, concomitante, promove a articulação dos serviços que compõem a rede de atenção a saúde mental, ou seja, dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Residências Terapêuticas, entre outros serviços que devem estar integrados as Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes da ESF atuam sob a lógica do território e poderão contribuir muito com a (re) inserção da pessoa em sofrimento mental na sociedade, principal objetivo do tratamento no modelo da saúde mental.

Nesta perspectiva, as equipes da ESF devem estar preparadas para receber toda e qualquer demanda das famílias sob sua responsabilidade seja ela de saúde mental ou não. Levando em consideração os princípios do SUS, a saúde tem que ser garantida, mediante a oferta de condições de acessibilidade e assistência equânime, integral e universal em seus atendimentos (DIMENSTEIN et al., 2005).

A pessoa em sofrimento mental assim como os demais cidadãos, precisa sentir-se incluída do convívio social, ter respeitado seu direito de ir e vir, de dizer o que pensa, de ser ouvido, de não sofrer qualquer tipo de discriminação em decorrência de suas condições de saúde. Tais direitos foram legitimados com a aprovação da lei n 10216, de 06 de abril de 2001, que garante à pessoa em sofrimento mental o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratada com humildade e respeito, como o interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Trata-se, portanto, de uma rede de atenção voltada não apenas para a dimensão psíquica, mas que seja capaz de cuidar da pessoa de forma integral, considerando todas as suas interfaces: física, psíquica, emocional, cultural, social e humana; e, que sugere uma transformação nas relações que a sociedade estabelece com a pessoa em sofrimento mental.

Essas relações têm sofrido modificações ao longo dos tempos, mas, ainda existem dificuldades gritantes entre a integração e (re) inserção destas pessoas à sociedade, até mesmo quando se tratam dos serviços de saúde, o que pode estar relacionado à falta de capacitações das equipes de saúde, de modo a prepará-las para uma atuação mais condizente com os problemas e necessidades dos usuários dos serviços e sobre como lidar com cada uma delas

Como psicóloga e enfermeiras que atuam em serviços de saúde de municípios do interior da Bahia, muitas vezes, temos observado a dificuldade ou até mesmo a resistência de alguns profissionais para acolher as demandas de usuários que, além das necessidades físicas, queixam-se do sofrimento mental.

Com relação aos serviços que compõem a rede de atenção básica, sobretudo, as Unidades de Saúde da Família (USF), percebemos que alguns profissionais chegam a expressar o despreparo para garantir o acolhimento à pessoa em sofrimento mental, e não apenas do encaminhamento desta pessoa a outras unidades de saúde que oferecem atendimento especializado a todos os cidadãos.

Além disso, verificamos uma resistência por parte dos profissionais de algumas clínicas para atender o usuário do Caps quando ele comparece sozinho à unidade, como

se ele não fosse digno de credibilidade por ser identificado como uma pessoa em sofrimento mental. Neste sentido, o fato de o profissional do Caps acompanhá-lo acaba reforçando a dependência e a negação de direitos, daquele que não pode falar de si.

A falta de acolhimento da pessoa em sofrimento mental pelos profissionais de saúde que atuam no serviço público, sobretudo, por aqueles que atuam na atenção básica, constitui-se uma dificuldade que pode ser identificada em vários municípios de pequeno e grande porte, e normalmente, está relacionada à falta de capacitação dos profissionais para cuidar desta clientela, até mesmo quando a queixa refere-se a problemas físicos para os quais existem protocolos de atendimento definido, como é o caso da hipertensão, diabetes, entre outros. Tal situação demonstra a manutenção do modelo curativista, que enfatiza a importância das especializações e acaba construindo uma noção de pessoa como a soma de duas partes, mente e corpo, e não a enxerga como um ser biopsicossocial, que necessita de cuidados que atendam a sua integralidade.

Nesta perspectiva, o presente estudo baseia-se na concepção de acolhimento como dispositivo de base relacional, compreendido no diálogo entre trabalhador de saúde e usuário/família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde desses sujeitos, transversalizando toda a terapêutica (JORGE et al., 2011).

Dessas reflexões emergiu a inquietação sobre as dificuldades enfrentadas por equipes que atuam na ESF quando uma pessoa em sofrimento mental, residente em seu território de atuação, procura assistência, independente de qual seja a demanda. Nessa perspectiva, traçamos como questão norteadora para este estudo: Quais são os limites e as possibilidades para o acolhimento à pessoa em sofrimento mental na atenção básica, na concepção de profissionais da ESF?

Com vistas a responder a este questionamento, estabelecemos como objetivo do estudo: compreender os limites e as possibilidades para o acolhimento à pessoa em sofrimento mental na atenção básica, na concepção de profissionais da ESF.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, método mais adequado para estudos que buscam captar o significado e o sentido intrínsecos aos atos, às relações e às estruturas sociais e se adaptam melhor a segmentos delimitados e focalizados e com grupos a serem investigados, de histórias sociais na visão de quem está inserido, de relações e para analisar discursos e documentos (MINAYO, 2010).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Uesb, sob o protocolo nº 13362, e desenvolvido no ano de 2012. O campo de estudo foi uma das nove Unidades de Saúde da Família implantadas em um município do interior da Bahia, selecionada segundo os seguintes critérios: ter equipe mínima completa; ter sido implantada há mais de 10 anos; e, estar localizada nas proximidades do CAPS. Tais informações foram coletadas junto à coordenação da Atenção Básica do município onde foi realizado o estudo.

Os informantes foram cinco dos sete profissionais que compõem a referida equipe, já que dois não foram encontrados na unidade durante o período da coleta de dados. Do grupo, dois informantes foram do sexo masculino e três do sexo feminino. Com relação à categoria profissional, entrevistamos uma médica, um odontólogo, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e um agente de saúde.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravados, transcritos e submetidos à Técnica de Análise de Conteúdo, que denota um conjunto de técnicas de análise das comunicações, tendo em vista a obtenção de mensagens através de procedimentos sistemáticos e objetivos que descrevam o conteúdo das mensagens que comportem a dedução de conhecimentos coerentes a condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

Nesse contexto, a análise ocorreu a partir das seguintes etapas: leitura flutuante; constituição do corpus, através das falas, colocadas durante as oficinas que foram realizadas; leitura exaustiva; seleção das unidades de análise; preparo do material; recorte e classificação; constituição da grelha de categorias (categorização) e códigos; aplicação da técnica: descrição das categorias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Categoria 1: saúde-doença mental como resultante de alterações nas funções mentais.

Nas entrevistas, o conceito de saúde e doença mental aparecem diretamente interligados à medida que relacionam a ausência de doença mental à normalidade das funções psíquicas. Alguns ainda ampliam o conceito de saúde mental e chegam a citar o bem estar e a qualidade de vida como colaboradores para uma boa saúde mental, mas não deixam de enfatizar o equilíbrio e o bom funcionamento da mente como sinônimo de saúde mental, conforme observamos nas falas a seguir:

[...] Saúde Mental é você estar com suas funções mentais funcionando direitinho com ausência de doença mental (E1). [...] A saúde mental é quando o indivíduo está em perfeitas condições mentais, psíquicas sem nenhuma alteração, dentro da normalidade (E2). [...] saúde eu considero uma condição de bem estar físico, social e mental, então, justamente a saúde mental é esta condição de bem estar mental (E3). [...] Saúde mental é um conceito utilizado para se dizer quando o paciente ou qualquer pessoa está com ausência de doença mental ou alguma qualidade de vida que não venha a ter problemas relacionados a problemas mentais (E4). [...] o bem estar, o bem estar em família, em trabalho, em convivência, em geral, com todos, é estar no caso, com a mente normal, aonde ele pode exercer atividade, aonde ele pode produzir, aonde ele pode colaborar de acordo a sua consciência, a sua mente, é, no caso normal, considerada normal (E5).

Neste sentido, o adoecimento mental implica em um tipo de anormalidade na mente que torna a pessoa incapacitada para a convivência sócio familiar e para o trabalho, o que foi identificado nos seguintes depoimentos:

[...] Doença Mental é a pessoa estar com um desequilíbrio, perde o controle do que faz, não tem noção do que está fazendo e necessita de cuidado com um profissional adequado da área de saúde mental (E1). [...] doença mental é quando está com algum distúrbio, com alguns distúrbios fora dos padrões normais (E2). [...] a pessoa tem um transtorno mental que é da mente, com sintomas que configuram a doença mental, um delírio, uma alucinação (E3). [...] Doença mental é qualquer patologia ou qualquer acometimento que se venha a ter na saúde mental do paciente (E4).

Tais falas evidenciam uma visão reducionista do adoecimento mental, na qual existe uma relação linear de causalidade, em que o dano implica o aparecimento da doença ou transtorno que em essência, sempre representa uma perda, perda de capacidades, de laços afetivos, enfim, adoecer é perder (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003). Além disso, os depoimentos corroboram a definição de transtornos mentais e comportamentais como condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações no modo de pensar e no humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento (OMS, 2001), conforme também verificamos na fala:

[...] Doença mental é o desequilíbrio provocado por consequências de acontecimentos que sobrecarrega a capacidade humana que ele tem limitada, [...]

vamos dizer assim, a depressão, a consequência de sentimentos não correspondidos, a questão de ansiedades, de opressões e ao mesmo tempo pressões que eles sofrem e que não tem ao mesmo tempo como encontrar uma saída acaba ocasionando e trazendo aquilo como uma doença mental (E5).

Desta forma, o informante corroborou o estudo que relaciona a saúde mental a atividades como estudar e trabalhar, e associam a ausência do adoecimento à possibilidade de realizar atividades da vida cotidiana com certo grau de autonomia e de eficiência (COELHO, 2009). Vale salientar, ainda, que ao relacionar a saúde e a doença mental ao equilíbrio para solucionar problemas ou resolver situações cotidianas, os profissionais que participaram do estudo reforçaram o pensamento de que sentir-se com boa saúde é sentir-se capacitado para instaurar novas normas frente a situações novas, enfrentando os conflitos e sofrimentos que constitui o viver (NERY et al., 2009).

Nesta perspectiva, os profissionais da ESF demonstraram uma visão organicista do surgimento da doença mental na medida em que se prenderam às causas e consequências do desequilíbrio mental como um problema fisiológico, ignoraram os determinantes sociais, culturais, econômicos, dentre outros, que estão inter-relacionados e que demonstram a complexidade do fenômeno que se expressa como processo.

3.2 Categoria 2: dificuldades para o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF.

Nessa categoria foram inseridas as falas em que os profissionais da ESF reconhecem algumas dificuldades para a inserção de práticas de Saúde Mental. Neste sentido, mesmo reafirmando que essas pessoas devem ser acolhidas e atendidas na USF, afirmam não saber o que fazer e como lidar com elas, conforme percebemos nas falas:

[...] Elas vem, por acaso na unidade, mas aqui a gente não tem muito que fazer, a gente procura tá fazendo encaminhamento para o CAPS, para o Psiquiatra, Psicólogo (E1). [...] Agora o doente que vai pra o CAPS é atendido, chega aqui, porque lá não tem (o psiquiatra) as vezes o psiquiatra tá lá pra atender casos novos pra ficar dando receita [...] e aqui a gente acompanha assim, dando a receita do que já foi medicado no CAPS (E3).

Nesse contexto, os profissionais reconhecem que uma das principais dificuldades para acolher as pessoas em sofrimento mental na ESF é o despreparo, a falta de

capacitação para lidar com os problemas referentes ao tema, como observamos nas falas:

[...] É a dificuldade com relação ao acolhimento porque a gente não sabe muito como lidar com esse tipo de paciente, [...] é difícil, porque a gente não tem um curso, a gente teria que ter um aperfeiçoamento, uma capacitação pra lidar com esse tipo de paciente (E1). [...] As dificuldades encontradas, muitas vezes, por a gente não ter o hábito de lidar com certas situações, as vezes a gente não está totalmente preparado para atender esse paciente [...] (E2).

Tais falas demonstram que os esforços para a consolidação da Política de Saúde Mental ainda têm se deparado com grandes impasses na operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, no que se refere à capacidade dos profissionais dos serviços para desenvolver ações que se estendam ao espaço social mais amplo. Quanto a ESF, além da insipiência das suas ações na área de saúde mental, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da saúde mental, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiosincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais (NUNES; JUCÁ; VALENTE, 2007).

A implementação da ESF está, na maioria dos municípios, pautada em Campanhas de Vacinação, serviços de atenção ao Pré-Natal, Saúde do Idoso e, na maioria das vezes, é omissa com relação à saúde mental, que tem sua importância e também requer atenção e cuidado, conforme reforçado pela fala:

[...] não vejo necessidades de práticas na unidade de saúde da família não, é meio complicado, é porque aqui o atendimento na unidade de família vai de criança ao idoso, a gente atende criança, a gente atende o idoso, a gente atende gestante, faz pré-natal, ainda incluir esse doente mental? Sei não, acho meio complicado se ele estiver civilizado tudo bem e na hora que ele não tiver civilizado que suporte ele vai sair daqui? (E3).

A fala demonstra que os atendimentos na USF também estão divididos em programas, o que contribui para que os profissionais vivenciem uma realidade diferente do que é preconizado, com tantas especializações, a saúde acaba não sendo vista de uma forma integral e o encaminhamento para serviços especializados como o Caps torna-se a forma mais utilizada para responder às demandas por atenção das pessoas em sofrimento mental, como verificamos nas falas:

[...] Tem que ter um atendimento especializado na área, mas acho que todas as unidades de saúde tem que estar preparadas para poder receber esse paciente, independente se é uma área específica ou não (E2). [...] deve ser encaminhado à área que cabe, que é a psicologia, psiquiatria e os órgãos que são ligados que são os CAPS, procurar ser encaminhado para clínicas, serviços públicos onde são prestados esses atendimentos (E5). [...] o caso de (cidade onde foi realizada a pesquisa) que tem um CAPS, eu acho que o doente mental deve ser atendido lá [...] deve ter um psiquiatra, deve ter um psicólogo para dar esse suporte, não só medicamentoso [...] (E3).

O Programa Saúde da Família foi criado como estratégia de reorganização da atenção a saúde e deve trabalhar na expectativa da integralidade e ampliação do acesso às pessoas sob sua responsabilidade. Para tanto, a equipe conta com profissionais de várias áreas que dão suporte ao atendimento das necessidades encontradas em seu território (DELFINI et al., 2009)

A equipe de saúde da família deve agir no ambiente familiar amparando as dificuldades e o sofrimento da família e do usuário. Esse suporte pode ser dado através de visitas domiciliar, atendimento familiar e individual e reuniões de grupo na comunidade (COIMBRA et al, 2005).

Embora tenham enfatizado as dificuldades para a inserção de práticas de saúde mental na ESF, a fala a seguir demonstra uma experiência na qual um profissional da equipe já havia atendido pessoas em sofrimento mental na USF, apesar de contar com o apoio de um especialista, nesse caso o psiquiatra, conforme observamos a seguir:

[...] no posto (da cidade onde trabalhava anteriormente) a gente atendia o doente mental, fazia a história dele e uma vez, cada mês vinha um psiquiatra, passava lá, nós levantávamos os casos, discutíamos, dizia como estava tratando e ele orientava [...] (E3).

Portanto, a fala mostra que ao discutir os casos com um profissional da área de saúde mental, o profissional da ESF estava recebendo um suporte, que, atualmente, tem sido denominado como apoio matricial. Para os profissionais que participaram do estudo, “tem paciente que consegue ter uma cooperação maior, outros não, mas é isso aí, se você tivesse profissionais específicos naquela área, atuantes ou dando apoio, facilitaria muito o trabalho, o atendimento do paciente que necessita (E4)”.

Isso porque, o apoio matricial tem como objetivo dar um suporte especializado as equipes responsáveis pela atenção a problemas de saúde, complementando o trabalho dessas equipes e enriquecendo o que é preconizado nos sistemas hierárquicos, ou seja, ajuda equipes responsáveis por conduzir um caso individual, familiar ou comunitário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O apoiador matricial tem um perfil diferente do profissional de referência é um especialista que agrega seus conhecimentos e contribui nas intervenções da equipe responsável pelo caso. Essa poderia ser uma ideia adaptada em todas as equipes da ESF, facilitando o acesso e a orientação da pessoa em sofrimento mental na unidade, sobretudo, quando esta faz uso de medicações psicotrópicas, que constitui outra dificuldade observada pelos profissionais da ESF, como identificamos nas unidades de análise a seguir:

[...] A unidade também não disponibiliza de material adequado, por exemplo, se a gente precisar de uma medicação para um paciente desse em crise, a gente não tem [...] (E2). [...] Aqui inclusive a falta de medicação, aqui já chegou doente mental agitado, pegou como quebrou, tava vendo a hora de ferir alguém e a gente não tem uma medicação, pra sedar [...] a gente realmente pede pra vir alguém e levá-la pra o CAPS [...] (E3).

Assim, o uso de medicamentos apareceu, nas descrições dos profissionais como aspecto primordial a ser garantido no cuidado a pessoas em sofrimento mental, reforçando a tese de que “a produção de saber sobre o sofrimento psíquico está associado à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais” (GUARIDO, 2007, p.159), processo denominado por alguns estudiosos como “medicalização/psiquiatrização do sofrimento”, em que este é tratado apenas por medicamentos, sem que as pessoas reflitam nas implicações sociais, políticas, econômicas, entre outras (BRANT; GOMES, 2005; GUARIDO, 2007).

Além disso, ao delegar aos medicamentos tamanha importância, os profissionais reafirmaram a concepção de que o sofrimento encontra-se no corpo físico, como se o remédio fosse capaz de promover compensação/equilíbrio.

3.3 Categoria 3: a inserção de ações de saúde mental e o acolhimento da pessoa em sofrimento mental na ESF.

A inserção de ações de saúde mental na ESF apareceu nesta categoria como possibilidade de garantir uma assistência de qualidade e o acolhimento da pessoa em sofrimento mental. Ao acolher a equipe deve estar atenta às necessidades de saúde, tanto para cuidar na própria unidade como para reconhecer o momento em que a pessoa precisará ser encaminhada para atendimentos em outras unidades de saúde, caso o problema não possa ser solucionado na atenção básica, conforme verificamos nas seguintes unidades de análise:

[...] receber, ver o que está necessitando e se precisar encaminhar para outro lugar, dar atenção, dar assistência [...] (E2). [...] Seria importante está inserindo práticas de saúde mental na unidade porque não tem como fugir disso [...] ele tem que procurar a unidade e a gente tem que está preparado para tudo, tem que ter com certeza, preparação, a gente faz o que pode, mas, o importante é tratar ele melhor, a gente não tem assim, o básico, vai mesmo na base da conversa para tentar entender o paciente (E2) [...] Acho que muito do que a gente pode fazer é justamente esse acolhimento de ter paciência, saber lidar com ele, (E3).

Os profissionais que participaram do estudo demonstram a importância da pessoa em sofrimento mental ser tratada com atenção e zelo nas unidades de Saúde da Família, corroborando o que orienta a Política Nacional de Humanização do SUS ao definir acolhimento como ato ou efeito de acolher, “expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2006, p.6). Nesse sentido, a escuta faz-se extremamente necessário, como também observamos nos depoimentos dos profissionais ao afirmarem que:

[...] às vezes não é de medicação que eles estão precisando, então acho que o que a gente tem que fazer é procurar entender [...] tentar conversar, se puder resolver, bem, se não a gente procura ver o que a gente faz, mas acho que é acolher e ver realmente qual a necessidade que ele tá naquele momento (E2). [...] Eu posso falar porque eu tenho experiência de um rapaz que praticamente tava se suicidando, um jovem, tava tentando contra sua própria vida e eu, como agente de saúde, fui passando, eles me chamaram na hora e através da maneira que a gente trata a pessoa, da maneira que você aproxima dele, das palavras que você fala a ele tanto pode fazer ele ficar pior, como pode fazer ele mudar [...] (E5).

Nesse contexto, a equipe da ESF torna-se corresponsável pelo cuidado, o que ocorre em termos de escuta, de acolhimento, de ética, de autonomia, de resgate da cidadania, da subjetivação, do respeito, da liberdade e da inclusão social, entre outros, fortalecendo vínculos entre o sujeito que busca atendimento, o serviço e o território (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2007; BARROS; JORGE; PINTO, 2010). Para estes autores, ao redor deste ideário e de acordos comuns, os trabalhadores com diferentes formações devem valorizar falas e experiências de usuários e familiares, a fim de estimular o desempenho ativo de suas funções e a adoção de posturas mais ativas em seus contatos interpessoais, de modo a transcenderem da postura de paciente à de protagonista de sua própria vida.

Assim, o acolhimento passa a ser visto como uma nova prática em saúde sendo compreendido como forma de se comunicar, ouvir, receber as demandas da população podendo dar as pessoas respostas mais adequadas desde a recepção, ao atendimento, até o encaminhamento, retorno ou marcação (SANTOS ET AL., 2007; JORGE ET AL., 2011). Neste sentido, os informantes deste estudo corroboram o pensamento de que o acolhimento vai além do sentido de triagem e encaminhamento, ele inclui todo o processo terapêutico do indivíduo compartilhado entre equipe e pacientes.

Dessa forma, os profissionais que atuam em ESF devem reorganizar suas práticas, no sentido de priorizar o atendimento integral, afinal a qualquer momento pode acontecer o que aconteceu com a agente comunitária que foi passando e as pessoas a chamaram para ajudar o jovem que tentava o suicídio. O acolhimento, em casos como esse, requer a superação das práticas normalmente utilizadas, bem como a inovação e a dinamicidade necessária para atender as necessidades observadas no território, o que envolve o atendimento de todas as demandas encontradas nas famílias cadastradas e inclui as situações de sofrimento mental.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na saúde mental não basta um olhar direcionado ou um atendimento especializado para melhorar o estado do paciente. A pessoa em sofrimento mental tem várias necessidades além de um atendimento devido à alterações nas funções mentais, ele quer ser visto, percebido na sociedade, como ser capaz, biopsicossocial, sujeito de direitos, que tem sonhos e que busca de forma igualitária o seu espaço na sociedade.

Nesse sentido, as equipes da ESF, assim como outras equipes de saúde precisam olhar para a pessoa em sofrimento mental como ser humano único, que tem

necessidades biopsicossociais, culturais, econômicas, dentre outras. Então, o cuidar deixa de ser responsabilidade dos serviços especializados, mas dos profissionais da atenção básica e de toda a sociedade, afinal, cuidar uns do outro constitui uma necessidade inerente a todo ser humano.

Nessa perspectiva, percebemos que o cuidado à saúde, sobretudo, no campo da saúde mental, requer a ampliação do olhar do profissional, que deve buscar capacitação e melhores condições de trabalho, além de ser capaz de visualizar a pessoa em sofrimento mental em seu contexto familiar, social e biológico, de modo a oferecer um tratamento humanizado, igualitário e integral.

A reflexão acerca das possibilidades de tais situações tornarem-se estímulos para a renovação e o aprofundamento do movimento de reforma psiquiátrica torna-se essencial para a construção de novas formas de caminhar e de tornar capaz a aproximação de profissionais que atuam na ESF, bem como em outras unidades de atenção primária, da pessoa em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, São Paulo, v.. 41, p. 815-819, 2007.

BARROS, Márcia Maria Mont' Alverne de; JORGE, Maria Salete Bessa; PINTO Antonio Germane Alves. Prática de saúde mental na rede de atenção psicossocial: a produção do cuidado e as tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010.

BRANT, Luiz Carlos; GOMES, Carlos Minayo. O sofrimento e seus destinos na gestão do trabalho. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 939-952, dez. 2005.

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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/10216.htm>. Acesso em: 22 ago. 2012.

_____. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007, vol 23, n 2, pp.399-407.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas. Concepções de normalidade e saúde mental entre infratores presos de uma unidade prisional da cidade do Salvador, *Ciência saúde coletiva* vol.14 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p 113-117, 2005.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.1483-1492, 2009.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: consideração sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v.33, n.1, p. 151-161, jan./abr. 2007.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.7, pp. 3051-3060.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NERY, Adriana Alves et al. Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. *Revista Saúde.Com* 5(1): 17-30, 2009.

NUNES, Mônica; JUCA, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*. 2007, vol.23, n.10, p. 2375-2384.

RODRIGUES, Cássia Regina; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares, *Estudos de Psicologia*, 8(1), 117-125, 2003.