

## PENSANDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO A PARTIR DO FLUXO PSF/CAPS

### *Aline da Silveira Mendes*

Especialista em Saúde Coletiva / ISECENSA/RJ

asmpsi@hotmail.com

### *Wanessa Gonzaga de Oliveira*

Mestre em Políticas Sociais / UENF/RJ

wanessagonzaga@yahoo.com.br

### *Patrícia Constantino*

Doutora em Saúde Pública/FIOCRUZ/RJ

paticons@ig.com.br

## RESUMO

Discutir a integralidade do cuidado, a partir da observação do fluxo das ações PSF / CAPS, foi o objetivo deste estudo. Assim, os dados desta pesquisa foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, que após livre consentimento, foram realizadas com os profissionais (médicos e enfermeiros) que atuam em módulos do PSF em um município da região noroeste do Estado do Rio de Janeiro; no período compreendido entre abril e maio de 2010. Durante a entrevista foram abordados os seguintes temas, divididos em eixos: inicialmente buscou-se a apresentação do perfil dos profissionais entrevistados, com ênfase na formação, experiência profissional e formas de inserção na saúde pública / PSF. No segundo eixo foi abordada a compreensão dos profissionais sobre a saúde pública e a estruturação da rede de cuidados, e no último eixo pretendeu-se discutir a respeito da intersetorialidade entre as demais políticas sociais e a política de saúde. A partir dos dados coletados constatou-se a valorização do discurso / saber médico; a existência de articulação precária entre os setores e políticas sociais; e a predominância da lógica dos encaminhamentos, sem interlocução entre os serviços. Tais fatores não só contradizem o paradigma pretendido com a implantação do PSF e da política de saúde mental em vigência; como também não favorecem a estruturação da rede de cuidados a fim de que os usuários possam ter acesso a serviços de qualidade que primem pela atenção integral às suas necessidades de saúde.

**Palavras-chave:** Integralidade; Programa Saúde da Família; Saúde Mental.

## ABSTRACT

Discuss comprehensive care, from observing the flow of actions PSF / CAPS, was the purpose of this study. Thus, the research data were collected through semi-structured interviews, after which free consent, were conducted with professionals (doctors and nurses) who work in the PSF modules in a town northwest of Rio de Janeiro; the period between April and May 2010. During the interview the following themes were addressed, divided into areas: initially sought by the presentation of the profile of respondents, with an emphasis on training, professional experience and forms of integration in public health / PSF. The second axis was approached about the understanding of professional and public health care network structure, and the last shaft was intended to discuss about the intersectionality among other social policies and health policy. From the data collected it was found the enhancement of speech / medical knowledge, the existence of poor articulation between sectors and social policies, and the predominance of the logic of referrals, without dialogue between the services. These factors not only contradict the paradigm pursued by the implementation of the PSF and the mental health policy in force, but also not conducive to structuring the system of care so that users can have access to quality services that excel for comprehensive care to their health needs.

**Keywords:** Completeness; the Family Health Program; Mental Health.

## 1. INTRODUÇÃO

Este artigo trata da Política da Saúde Pública, envolvendo o Programa Saúde da Família (PSF) – através de suas unidades – e o Programa de Saúde Mental (PSM) – por meio de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos dispositivos de atenção na área, no Estado do Rio de Janeiro – no município de Miracema, no ano de 2010.

Trataremos por este intermédio do princípio da integralidade, na observação das ações produzidas pelos profissionais do PSF, no âmbito da relação estabelecida com o PSM. Assim, fundamentamo-nos na necessidade da atenção integral e intersetorial às condições de vida, e no cuidado destes usuários, conforme preconiza as diretrizes da Política de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

A noção de integralidade surge a partir da Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988, onde foram instituídos princípios e diretrizes para a organização do SUS: universalidade, descentralização, equidade, integralidade, acessibilidade, participação e controle social, dentre outros.

A estratégia do PSF preconiza uma reformulação radical no modelo assistencial de atenção à saúde. Além de suas responsabilidades de assistência, é proposto ao PSF o conhecimento da comunidade, estimulando o resgate de cidadania e garantia da resolução dos problemas de saúde em seus amplos condicionamentos sociais e econômicos. Desta forma, “o PSF vê o homem na sua integralidade, isto é, na sua rede completa de relações subjetivas, familiares e sociais.”. (Portaria GM nº 648).

De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas instituídas pelo Ministério da Saúde, a lógica de cuidado em saúde mental tem desenvolvido seus dispositivos de ações com base em princípios muito semelhantes aos expostos acima sobre o Programa de Saúde da Família. E ainda, traz como militância maior, o objetivo de transformação do modelo assistencial em saúde mental revertendo a prática de internação como forma hegemônica de tratamento e a construção de um novo estatuto social para o louco: o de cidadão.

Desta forma, estes dois paradigmas da assistência (Programa Saúde da Família e Programa de Saúde Mental) são instituídos com base na noção de território, entendido como espaço humano habitado, e, portanto, assumem a responsabilidade de atuar nesta rede de relações do sujeito.

Assim, podemos afirmar que os serviços de atenção básica (PSF, hoje renomeado de ESF – Estratégia Saúde da Família), pela forma como são estruturados e pela sua própria vocação, são responsáveis por identificar e acolher diversas formas de sofrimento e desassistência. Portanto, a proposta da estruturação de ações conjuntas do Programa Saúde da Família e Programa de Saúde Mental mostra-se eficaz para o cuidado com o sujeito de forma integral e para a desconstrução da lógica de se operar as ações de saúde como remissão de sintomas e encaminhamentos para outros serviços, o que caracteriza as intervenções centradas nas especialidades.

Deste modo, a escolha do tema para pesquisa está relacionada às inquietações vivenciadas como profissional de um CAPS I e das relações estabelecidas no mesmo. Os CAPS I são definidos tomando como base critérios populacionais, conforme Portaria 336/2002 e destinados a atender usuários com transtornos mentais graves e/ou severos e persistentes.

A partir desta experiência, observamos os diferentes encaminhamentos recebidos dos serviços de atenção básica (em geral realizados por médicos e enfermeiros dos PSF's) com as mais diversas justificativas, desde transtornos mentais graves, passando por transtornos mentais menos graves, incluindo demandas sociais, e até mesmo uma simples necessidade de escuta.

Pela centralidade que vem assumindo na reestruturação do cuidado, o Programa Saúde da Família instaura-se como uma nova forma de cuidar em saúde, capaz de superar a fragmentação das ações. Nesta perspectiva, há uma necessidade de trabalho em rede por meio de ações integradas de serviços de base

territorial. Isso implica num cuidado em saúde que, necessariamente, incorpore as diversas dimensões da vida social, incluindo aqui também a demanda de pessoas com sofrimento mental, visando atender as necessidades de saúde e de vida destes usuários. O eixo principal destas ações coloca-se por meio da integralidade e intersetorialidade do cuidado.

Nesta mesma direção, a dimensão territorial possibilita a ampliação do leque de atenção para o conjunto das referências sócio-culturais e econômicas que dão forma ao cotidiano dos usuários, aos seus projetos de vida e sua inserção no mundo. Em outras palavras, significa tratar a partir do cotidiano, do que é singular aos usuários requerendo serviços cada vez mais próximos e articulados, visando atender suas necessidades de forma conjunta.

O Município de Miracema localiza-se na região noroeste do Estado do Rio de Janeiro e possui, aproximadamente, 28.500 habitantes, distribuídos em 04 distritos. A rede de assistência à saúde da população dispõe de um hospital filantrópico conveniado ao SUS, um pronto socorro municipal, uma policlínica de especialidades em regime ambulatorial, 06 módulos credenciados do Programa Saúde da Família e um CAPS I. Estes módulos são compostos por equipes completas, incluindo a saúde bucal, o que corresponde a uma cobertura territorial por volta de 73% - compreendendo população urbana e rural. Em cada equipe de PSF, estão lotados em torno de 12 a 13 funcionários, em diversas funções.

Para tanto, elegemos os médicos e enfermeiros que compõem as equipes do PSF como sujeitos desta pesquisa, por serem estes responsáveis pelos encaminhamentos realizados para outros setores da rede assistencial de saúde, e ainda por acreditarmos que a existência de uma visão geral da integralidade na assistência esteja intrínseca em suas intervenções, conforme preconiza as diretrizes do referido Programa.

O objetivo geral da pesquisa, que resultou neste artigo, consistiu em estudar a política de saúde pública, bem como problematizar o princípio da integralidade, a partir da observação do fluxo das ações PSF / CAPS. Ou seja, buscamos compreender o fluxo da demanda nestes serviços e avaliar se os encaminhamentos realizados pelos profissionais do Programa Saúde da Família produzem integralidade do cuidado, especificamente, na relação estabelecida com o Programa de Saúde Mental, por meio dos CAPS.

Neste sentido, os objetivos específicos consistiram em primeiramente identificar os impasses e os pontos favoráveis na implementação do princípio da integralidade, na política pública de saúde do município de Miracema (RJ). E, em segundo lugar, identificar e caracterizar a rede de cuidados territoriais, dentro deste recorte (PSF e CAPS), interrogando sobre os avanços produzidos no sentido dos princípios do SUS, especificamente em relação à integralidade do cuidado.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

A concepção e implementação das diretrizes do SUS, especificamente da proposta de integralidade, foram abordados a partir do recorte - fluxo da demanda PSF / CAPS – por meio da coleta e análise dos dados em serviços de atenção básica – PSF, através da apreensão sobre integralidade da rede de cuidados no território.

A pesquisa buscou enfatizar o significado, as crenças, as atitudes, ou seja, priorizamos o universo subjetivo dos sujeitos entrevistados, uma vez que a pesquisa qualitativa prima pela valorização da investigação das relações humanas, dos processos e dos fenômenos que não podem ser, simplesmente, restritos a números quantificados.

Para tanto, foram utilizadas técnicas como revisão bibliográfica de autores na área da saúde coletiva e de saúde mental, bem como documentos institucionais (Leis e Portarias do Ministério da Saúde). Também foram utilizadas, entrevistas semi-estruturadas com os profissionais (médicos e enfermeiros) que compõem as equipes do Programa Saúde da Família do município. Cabe ressaltar que a todos os profissionais das unidades, dentre os citados, foi proposta a participação na referida pesquisa, entretanto, alguns se recusaram a fazê-lo alegando diferentes motivos tais como a falta de tempo e a indagação sobre obrigatoriedade da participação. Deste modo, foram entrevistados 05 profissionais, dentre estes, 04 enfermeiros e 01 médico.

Foi elaborado um roteiro de entrevista que abordou temas como a concepção sobre a política de saúde do município; os obstáculos enfrentados na implementação da integralidade das ações no município; os elementos facilitadores para a integralidade das ações; as políticas setoriais com as quais há maior integração com o PSF; a articulação do PSF com as demais políticas setoriais públicas.

Essas técnicas foram utilizadas a fim de elucidar a forma de estruturação dos serviços, da própria rede de cuidados do município, e de articulação da mesma, objetivando a indagação inicial sobre a produção de ações de integralidade do cuidado.

Todas as pessoas entrevistadas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, conforme determinação da Comissão Nacional de Saúde, previsto na Resolução nº 196 / 2006.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente digitalizadas. A análise das entrevistas seguiu os parâmetros de análise de conteúdo, de Bardin. Esta técnica corresponde à análise de comunicações visando obter a descrição do conteúdo das mensagens; é atualmente utilizada para estudar e analisar materiais qualitativos, buscando-se melhor compreensão de uma comunicação ou discurso (2002).

### 3. RESULTADOS

Neste primeiro eixo, preocupamo-nos em apresentar o perfil dos profissionais lotados nas unidades do PSF e que se dispuseram a participar da pesquisa, buscando maior compreensão sobre aspectos tais como formação, experiência profissional e formas de inserção na saúde pública / PSF.

As duas categorias entrevistadas – medicina e enfermagem – presentes nas Unidades do Programa Saúde da Família, encontravam-se distribuídas respectivamente entre participante 04; e participantes 01, 02, 03 e 05.

No que refere as universidades citadas pelos profissionais entrevistados como local de formação tem-se a distinção entre universidades privadas e públicas, com o predomínio das instituições privadas; conforme demonstrado na tabela 01.

Tabela1: Instituição de formação dos entrevistados.

Instituição de Formação	Entrevistados	
	nº	%
Universidade Pública	1	20
Universidade Privada	4	80
Total	5	100

Todos os profissionais declararam possuir formação complementar, em caráter de especialização. Dentre as citadas pelos entrevistados, apenas 02 referem-se à especialização em Programa Saúde da Família. Aqui também houve um predomínio de afirmativas com relação a formação complementar se efetivar em instituições privadas.

Tabela 2: Ano de formação dos entrevistados.

Ano de Formação	Entrevistados	
	nº	%
Anterior a 2000	1	20
2001-2004	2	40
Após 2005	2	40
Total	5	100

Todos os entrevistados iniciaram na saúde pública (S.P.) nesta década 2000-2010: 04 deles nos seus respectivos anos de graduação, a saber, 2002, 2004, 2007, 2009. Apenas um graduou-se em 1999 e iniciou na S.P. no ano 2000 (Tabela 02). Tal acesso quase que imediato ao serviço público de saúde, para a maioria dos entrevistados se deve à admissão por contrato temporário, sem exigência do concurso público. Dentre os entrevistados, apenas 01 é concursado estatutário, conforme tabela a seguir.

Tabela 3: Forma de admissão no serviço de saúde pública.

Forma de admissão	Entrevistados	
	nº	%
Concurso público estatutário	1	20
Contrato temporário	4	80
Total	5	100

Sobre o motivo que o levou a escolher o PSF como área de atuação, 60% deles informaram que não optaram inicialmente por atuarem neste serviço. A ausência de opção fica explícita em algumas citações, como as que seguem: “eu fiz faculdade e surgiu esta oportunidade de trabalhar no PSF...” (entrevistado nº 02); “...era para eu trabalhar no posto de saúde só que a enfermeira daqui teve que tirar licença e me

colocaram aqui” (entrevistado nº 03); “...a primeira oportunidade que eu tive foi PSF, não foi escolha.” (entrevistado nº 05). Um outro entrevistado afirmou sua crença na atenção básica, e por fim, houve um entrevistado que afirmou que a função do PSF “é diminuir a ida do paciente ao hospital de forma desnecessária, então eu quis entrar no PSF para melhorar isso” (entrevistado nº 04).

Todos os profissionais afirmaram que tiveram experiência anterior com a saúde pública, antes de seu ingresso na unidade em que trabalham no momento. Dentre os tipos de experiência citaram a atuação em hospital em área técnica, campo de estágio e outros não responderam sobre o tipo de experiência – (Tabela 04).

Tabela 4: Tipo de experiência na saúde pública.

Forma de admissão	Entrevistados	
	nº	%
Hospital	1	20
Estágio	2	40
Não informou	2	40
Total	5	100

Em relação ao cumprimento da carga horária semanal de trabalho, a maioria dos participantes (01, 02, 03 e 05 – 80%) afirmou que cumprem a exigência da legislação específica (Portaria Nº 2.332 / 2001) quanto à carga horária de 40 horas semanais. Já o entrevistado 04 (20%) afirmou que cumpre somente 20 horas de trabalho semanal, conforme citação que segue: – “Vinte horas, eu trabalho meio expediente conforme contrato feito comigo, deveria ser quarenta; mas o salário não é conforme”.

Assim o eixo trabalhado aponta para o perfil dos profissionais que atuam nos módulos do referido PSF, retomando aspectos sobre experiência profissional, inserção na saúde pública, motivação, dentre outros, os quais demonstram dados relevantes para o tipo de intervenção que estes podem desenvolver nas unidades em que estão inseridos – intervenção esta que pode corroborar ou não os princípios e diretrizes fundamentais do Programa de Saúde da Família. Sendo assim, no próximo eixo, buscamos aprofundar sobre a relação dos profissionais entrevistados com a área da saúde pública, explicitando sua compreensão sobre esta e a estruturação da rede de cuidados.

Com relação à estrutura da rede de saúde do município, as considerações dos profissionais entrevistados se dividiram entre a descrição da rede e avaliação da qualidade da atenção / do serviço, conforme a seguir (Figura 1).

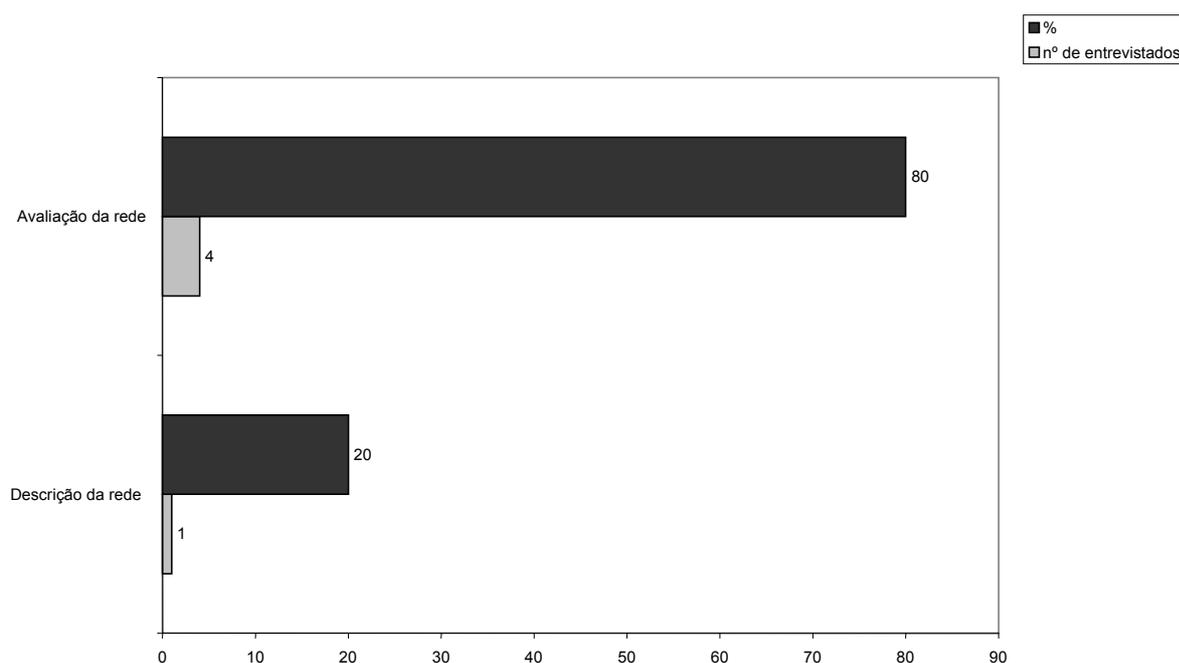


Figura 1: A estrutura da rede de serviços de saúde no município

Dentre os profissionais que consideraram que o PSF é a concretização do SUS, a entrevistada 01 destaca a resistência em relação à mudança de hábito, tanto da população quanto dos profissionais de saúde, conforme segue: “Bom...funciona não em sua totalidade, até porque mudanças de hábitos e comportamento é muito difícil e a população é resistente a esse novo modelo de assistência. Inclusive os profissionais de saúde também são”. O entrevistado 04, ao abordar o funcionamento do Programa em seu município, restringiu-se à descrição de sua prática, enfatizando o objetivo de cura e a qualidade de atendimento, que avalia como sendo o desejo da população, de acordo com a citação a seguir: “Olha, no meu PSF, eu procuro fornecer a melhor qualidade de atendimento. De forma que o paciente saia daqui satisfeito, não só pela sua cura, mas como também pelo seu atendimento”.

Tal citação corrobora a compreensão e o funcionamento do PSF a partir da lógica curativa, com práticas ambulatoriais voltadas para a doença como foco do atendimento; ignorando o contexto do sujeito, o seu território.

Os profissionais que afirmaram que existe um funcionamento inadequado nas unidades do PSF abordaram a dificuldade da população em aceitar a mudança de modelo e a sobrecarga no trabalho cotidiano, os quais se transformam em obstáculos a um funcionamento adequado à proposta de atenção em saúde contida no Programa.

Justificaram também que este funcionamento inadequado se deve ao modelo de atendimento que se aproxima de práticas curativas / ambulatoriais – conforme relatos a seguir “... o que eu acho é que teria de ser um local de prevenção e eu gostaria que fosse assim. A dificuldade é que as pessoas não entendem que aqui é um lugar de prevenir as doenças, eles acham que aqui é um lugar curativo como um ambulatório ou o PU. Eles vêm só para pedir receitas”.(entrevistado nº 02); “O PSF em Miracema, ESF – que agora é estratégia – ela não funciona como deveria, porque o PSF é também e principalmente pra gente prevenir....Então assim, a estratégia em Miracema, não funciona não”.)(entrevistado nº 05).

Um dos entrevistados não atendeu à especificidade da pergunta proposta, tendo em vista que sua resposta foi evasiva. Apesar de nas suas considerações ter abordado temas importantes ao funcionamento do PSF como o trabalho em equipe, a partir de uma necessidade da população, sua resposta não define com

clareza o seu entendimento sobre o tema – conforme relato a seguir: (“Eu entendo que se está cuidando da saúde da população...eu entendo isso...PSF é um programa...todo mundo trabalha junto, é uma equipe, todo mundo tem que ajudar...o povo precisa”.) (entrevistado nº 03). Tais constatações estão ilustradas no gráfico a seguir (Figura 2).

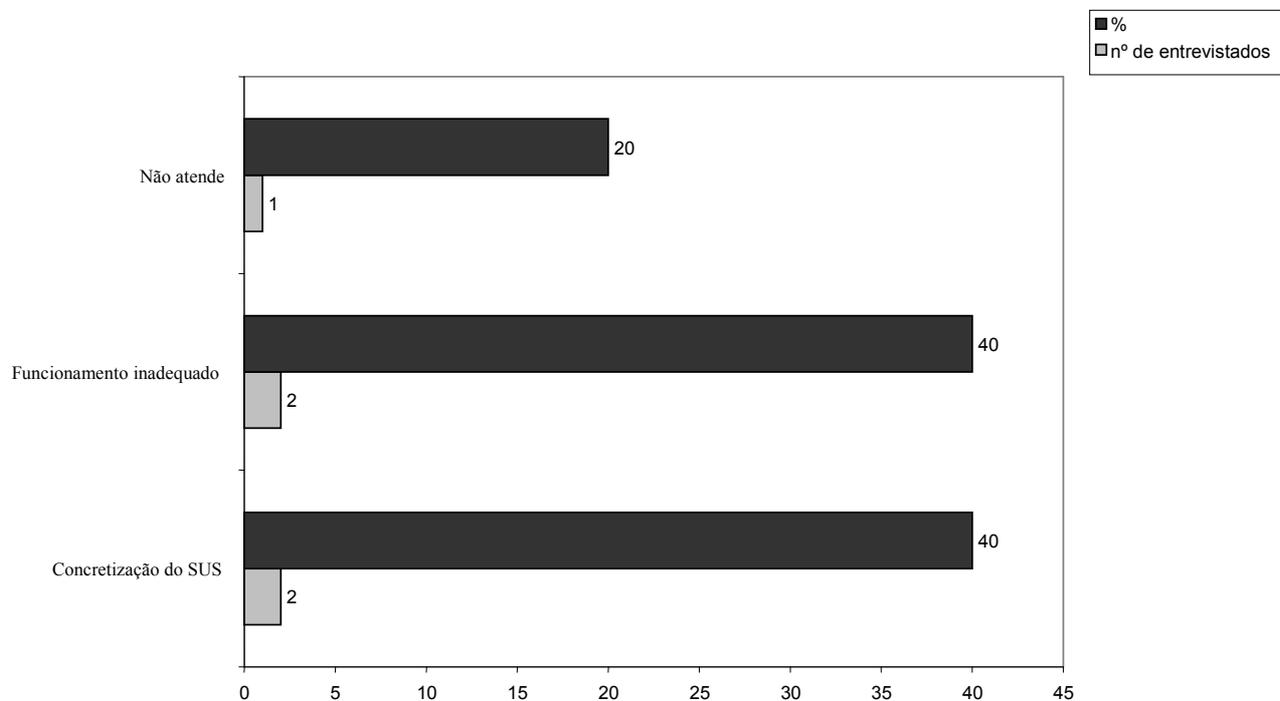


Figura 2: Definição de Estratégia de Saúde da Família

Ao serem indagados sobre a demanda atendida pelo Programa de Saúde da Família no seu município, os profissionais citaram a demanda de atenção básica (entrevistado 01), a maior procura por idosos (entrevistado 02) e o atendimento de toda a população (entrevistados 03, 04 e 05). Todos, de forma geral, enfatizaram em suas respostas a ocorrência do atendimento ambulatorial no âmbito da Saúde da Família.

Em relação à função do PSF, as respostas dos entrevistados abordaram a resolução de demandas, o atendimento básico ou “primeiro atendimento”, dentre outros, conforme figura 3, a seguir.

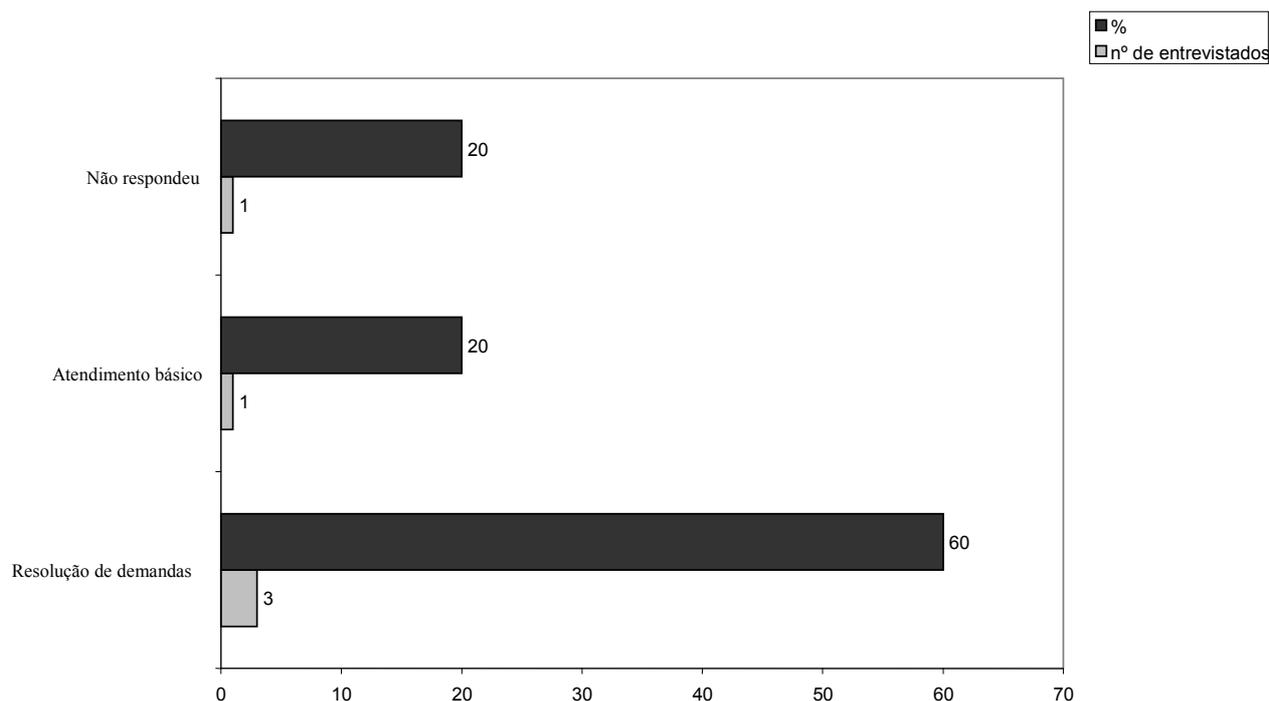


Figura 3: Função da ESF na rede de saúde no município

Dentre os profissionais que apontaram como função do PSF a resolução de demandas foram os entrevistados 01, 03 e 05. Observa-se que na concepção dos profissionais, a expressão “resolver” se dirige ao encaminhamento dentro da própria unidade, especificamente endereçado ao profissional médico, ou seja, refere-se ao atendimento médico. Diante dos relatos destaca-se o que melhor explicita tal constatação: “Eu tento resolver. O medico aqui atende de segunda a sexta...ele atende 30 / 40 pessoas, quem chega ele vai atendendo”. (entrevistado nº 03).

Outras considerações dos entrevistados, nesta mesma linha, se referem à diminuição da demanda para os ambulatorios de especialidade e para as emergências, como a citação a seguir: “ Porque a gente não tem a prevenção, mas diminui muito o fluxo lá de baixo, então, principalmente se a gente tiver a equipe completa, que na maioria dos postos tem...o PSF diminui bastante o fluxo do posto de saúde central e do pronto socorro também que só atende as emergências”. (Entrevistado nº 05).

O profissional que se referiu ao atendimento básico ou “primeiro atendimento” (entrevistado 4) cita o PSF como porta de entrada do SUS, entretanto, considera a si mesmo como o responsável único por toda a ação que se desenvolve na unidade, ou que necessariamente toda ação passa por ele. Aqui há uma reafirmação do mandato médico hegemônico dentro do SUS, que busca justamente o oposto disso, qual seja, a valorização da saúde para além da concepção biomédica – conforme explícito no relato a seguir: “ A função do PSF é o que? A porta de entrada do SUS. É fornecer atendimento básico, atendimento primário, de forma que eu tenho que fornecer o que? A estrutura básica do PSF, eu tenho que fornecer o primeiro atendimento. E se houver necessidade de locomover esse paciente para uma unidade de uma rede secundária ou terciária eu vou fornecer a guia de contra-referencia”.

Não se considera que o profissional 02 tenha correspondido ao objetivo da pergunta, na medida em que afirmou: “Eu acho que é boa...porque tem tanta gente que precisa”.

Para a finalização do eixo de análise, os profissionais foram indagados sobre a saúde mental no município e sobre o conceito de integralidade.

Com relação ao entendimento sobre a definição de integralidade, os participantes 02, 03 e 04 não conseguiram responder, inclusive, por vezes, confundindo com outros conceitos do SUS como universalidade, trabalho em equipe e outros. Isto pode ser vislumbrado nos relatos que se seguem, respectivamente: “Eu sei pelo livro...mas falar assim é complicado...”; “Bom integralidade é...como é que fala?...Integralidade é igualdade, né...eu acho que...ah não sei, nesse ponto aí eu não sei...como é que fala?... É trabalhar junto é...”; “Isso é integralidade, o laço de diferentes disciplinas dentro do PSF, que vai melhorar a relação entre os diferentes profissionais frente ao mesmo paciente e com isto irá sanar suas dúvidas e como também melhorar o atendimento”.

Já os entrevistados 01 e 05 apresentaram conhecimento parcial sobre o assunto, uma visão limitada do conceito – “Acredito que na visão da estratégia de saúde da família e do SUS, é pensar como um todo, seja no cliente, nas ações ou em setores.” (entrevistado 01). A figura 4 ilustra a percepção dos profissionais sobre o tema.

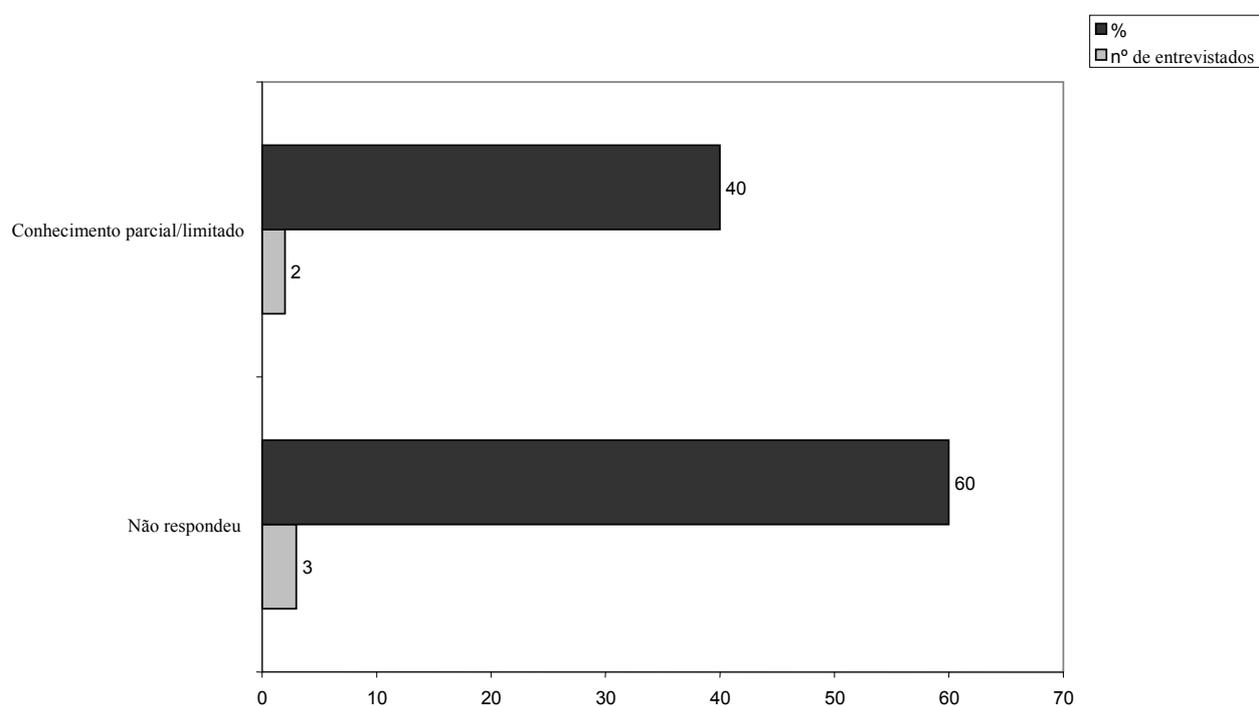


Figura 4: A integralidade na percepção dos entrevistados

Abordado o tema da integralidade, os profissionais foram indagados sobre como percebiam a saúde mental do município (Figura 5 a seguir). O participante 01 apresentou uma resposta evasiva: “Funciona de forma a acolher e tratar dos clientes que demandam dessa necessidade”. Já os participantes 02, 03, 04 e 05 fizeram referência quanto aos encaminhamentos – os entrevistados qualificaram o fluxo: “Eu acho boa, porque não acarreta o PSF . porque quando tem alguma coisa aqui eu ligo pra lá e vocês resolvem.” (entrevistado nº 02); “Eu acho que o trabalho é muito legal, qualquer coisa que tem aqui eu ligo pra lá e sou atendida numa boa...” (entrevistado nº 03); “O médico do PSF ele atende, procura avaliar a integridade orgânica do paciente. De forma que em alguns casos, que se houver, se ele observar que o paciente tá muito transtornado mentalmente ou tá sofrendo de alguma crise depressiva ele encaminha para o especialista...” (entrevistado nº 04).

É importante ressaltar que a participante 05 apresentou em seu discurso um olhar crítico a respeito das questões envolvidas na saúde mental, porém não se reconhece como sujeito de transformação deste contexto e não demonstrou qualquer tipo de comprometimento com a questão; conforme relato a seguir: “A saúde mental do município...todo mundo praticamente tá doente. Não se sabe a diferença de saúde mental,

todo mundo tem uma tristeza, aí tem um problema em casa, chora: depressão, aí soca remédio e vai pro psicólogo e quer isso...A sociedade, e a medicina, também os médicos que a gente tem tanto nos postos de saúde como nos PSF's eles não tem noção do que seria essa doença mental. Então tudo eles encaminham ao CAPS, e não necessariamente tudo precisa ser encaminhado, né.”.

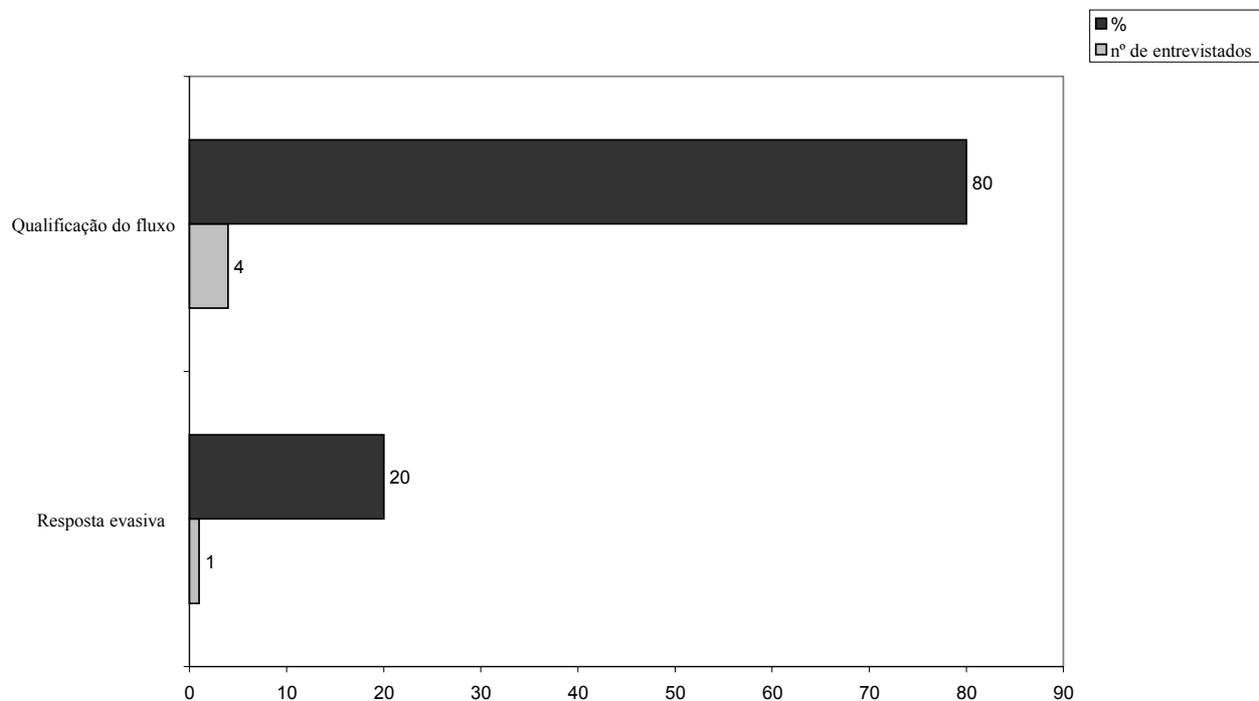


Figura 5: Considerações dos entrevistados sobre a saúde mental no município

Após o mapeamento da compreensão dos entrevistados sobre a saúde pública e a estrutura da rede de cuidado, neste último eixo pretendeu-se discutir a respeito da intersetorialidade entre as demais políticas sociais e a política de saúde.

Assim, quando foram indagados sobre a relação estabelecida entre o PSF e os demais setores da saúde no município, o entrevistado 04 afirmou que não existe qualquer parceria entre os serviços; 40% (entrevistados 01 e 03) reconhecem que a relação se dá de forma lenta; e os outros dois profissionais (participante 02 e 05) alegam que existe parceria entre os setores, sem nenhuma dificuldade. Porém, o participante 05 aponta para questões pessoais, justificando assim, sua facilidade para estabelecer parcerias de trabalho.

A partir desta constatação, os entrevistados foram indagados também sobre as políticas setoriais, com as quais consideravam que havia mais integração entre estas e o PSF no município. Por meio das respostas dos entrevistados, infere-se que 80% deles citaram a política de saúde, embora tenham mencionado Programas como o de Saúde da Mulher e de Saúde Mental, através do CAPS e outros que citaram setores / serviços específicos como o Pronto Socorro e o ambulatório de cardiologia. Isso aponta para o fato da não compreensão a respeito de política setorial. Somente um entrevistado, citou a Política de Promoção Social.

No que se refere ao presente objeto de estudo, os entrevistados foram indagados diretamente sobre a forma como se dá a articulação entre PSF e a saúde mental do município. Aqui constatou-se a unanimidade de uma única resposta: todos os profissionais remeteram-se à afirmativa de que esta relação acontece, apenas, pela prática dos encaminhamentos. Tal fato aponta que as inquietações e indagações presentes na justificativa, se confirmaram. Foram feitas ainda algumas distinções, pelos entrevistados, entre encaminhamentos por escrito ou por contatos telefônicos.

Neste sentido, também quando indagados sobre a existência de reuniões entre algum setor /serviço de saúde do município, e mais especificamente se existem reuniões com o CAPS, todos os participantes responderam que não existe esta prática no PSF do município.

Em relação à prática dos encaminhamentos, foi perguntado mais diretamente sobre quando estes se faziam necessários aos outros serviços de saúde do município. A maioria dos entrevistados (01, 02, 04 e 05) fez referência a consultas especializadas, e somente um profissional afirmou que a necessidade de encaminhamento ocorria em casos de emergência.

Então, na questão específica da saúde mental, indagou-se qual demanda necessitava ser encaminhada para o CAPS, e aqui observou-se mais uma vez a prática de encaminhamentos dentro da própria unidade, o que fica explicitado no relato da participante 01, a seguir: “Geralmente eu encaminho para o médico da nossa unidade, ele avalia, trata se puder e se não puder, aí ele encaminha”. Este relato aponta também para a reafirmação do mandato hegemônico do poder médico, onde este é visto como figura centralizadora. Isso ficou explícito no relato do participante 04: “Para encaminhar para a saúde mental, tem desde o paciente que dá a primeira entrada no SUS, no PSF, é aquele paciente que nunca tomou nenhum medicamento, mas você avalia, sinais e sintomas do paciente se há necessidade ou de encaminhar pro psicólogo ou para o psiquiatra. Paciente depressivo, falando de problemas relacionados, falando que vai se matar, isso já é um caso, de sinal e sintoma de depressão, de tentativa de suicídio, você encaminha pro psiquiatra. Ou às vezes paciente muito ansioso, que você vê que a psicologia não vai resolver você encaminha para o psiquiatra.”. Neste relato o entrevistado elege a categoria profissional “psiquiatra” como representante da expressão saúde mental.

Quando indagados se a demanda encaminhada para o serviço de saúde mental é acompanhada pelo PSF e de que forma isso acontece, 40% dos profissionais (01 e 05) afirmaram que buscam informações com o paciente a respeito das ações de saúde que estão sendo realizadas pelo referido serviço; já os entrevistados 03 e 04 informaram que o paciente é que procura o PSF, como relatado a seguir, respectivamente: “O retorno aqui é conforme a necessidade do paciente, eu não marco retorno, ele vem de espontânea vontade”; “Eles vão lá consultam e voltam aqui para dizer como foi. Eles gostam de ser ouvidos...tem que ouvir, né...tadinhos”.

Embora os profissionais apontem duas formas de acompanhamento das demandas, observou-se que era sempre o paciente responsável por dar o retorno de tais informações, e não a existência de articulações por meio de reuniões ou outros, reforçando o que já foi abordado anteriormente sobre uma interlocução deficitária entre os serviços e políticas setoriais.

Por fim, foi abordada a visão que os profissionais possuíam da integralidade na assistência à saúde de seu município. Todos os participantes afirmaram que a implementação deste princípio ocorria de maneira deficiente – o que é explicitado em alguns relatos a seguir: “Capengando...é isso” (entrevistado nº 01); “Mais ou menos, né. Aqui no posto também é mais ou menos” (entrevistado nº 02); “Não funciona assim como no papel, né. Não funciona, mas poderia funcionar melhor, mais próximo do que é pedido pela lei” (entrevistado nº 03); “Complicado, né? Complicado...” (entrevistado nº 05).

Desta forma, depois de abordadas a relação entre a saúde e demais políticas setoriais e também com a saúde mental; e a forma como isso se materializava nas unidades de PSF – que os profissionais enfatizaram se dar apenas por meio dos encaminhamentos, sem o devido acompanhamento, passaremos à discussão dos dados apresentados nesse último item.

#### 4. DISCUSSÃO

Na apresentação do perfil dos profissionais participantes desta pesquisa, observou-se na categoria de enfermagem, o predomínio do gênero feminino – traço que embora venha sofrendo modificações ao longo dos anos, ainda mantém-se como característica predominante a presença majoritária de pessoas do sexo feminino.

Da mesma, faz-se importante ressaltar que somente um profissional médico se propôs a participar da pesquisa. Seus relatos apontaram para questionamentos muito pertinentes, dos quais destacamos a descrição

do cumprimento de somente metade da carga horária (20 horas) determinada para a atuação em uma unidade do Programa Saúde da Família, conforme previsto na Portaria 2332 / 2001. A inobservância de carga horária de 40 horas semanais para profissionais médicos em uma unidade de PSF aponta para a caracterização de trabalho ambulatorial e reafirma, mais uma vez, a hegemonia do poder / saber médico – o que certamente caminha na contramão dos preceitos do SUS, e consequentemente, do referido Programa.

Também observamos a manifestação deste paradigma ao abordar a avaliação que os entrevistados fazem a respeito do PSF (funcionamento, função na rede de cuidados e outros), o que aponta para ações produzidas a partir de práticas fragmentadas, ambulatoriais, em uma lógica curativa com o foco na doença e não no sujeito. Embora exista o reconhecimento de que este paradigma contribui para o funcionamento inadequado do serviço, como justificativa para a existência destes obstáculos na construção e efetivação da política do PSF, foi citado pelos profissionais a dificuldade da população em aceitar a mudança do modelo e a sobrecarga no trabalho cotidiano.

Curiosamente, observou-se este discurso nos relatos da categoria de enfermagem quando elegiam o médico como profissional responsável pela avaliação e resolução de demandas. É importante ressaltar que isto também se destaca no relato do próprio médico quando considera a si mesmo como único responsável ou que necessariamente toda a ação em saúde passe por ele e, ainda, que se vê como único no processo de transformações na dinâmica da Saúde Pública.

No que se refere ao conceito de integralidade, é possível a observação de que este importante princípio do SUS e diretriz do trabalho em um PSF, não se encontra nem no discurso e nem na prática dos profissionais entrevistados, visto que a maioria destes desconhece o significado desta concepção.

Neste sentido, também com relação à concepção e o olhar direcionado para a saúde mental do município, os profissionais fizeram referência à prática dos encaminhamentos, como forma exclusiva de articulação entre o PSF e o CAPS. Demonstraram desta forma, um distanciamento das ações referentes à Saúde Mental, remetendo-se à lógica do encaminhamento como única ação possível para a demanda de seu território. A partir desta constatação os profissionais também reconheceram que a implementação da integralidade nas ações de saúde do município se dá de forma insuficiente.

No presente trabalho, pretendeu-se discutir a função do PSF, no sentido de superação do modelo de simples atendimento, muitas vezes com olhar específico para as queixas clínicas / físicas e, consequentemente o encaminhamento de pacientes / usuários para o CAPS do município, sem nenhuma articulação e acompanhamento do usuário na rede. Apontamos para a necessidade, e função prevista na legislação vigente do PSF, que compreende uma reformulação assistencial em saúde; e, portanto, implica em responsabilizar-se nas questões de saúde mental em conjunto com as outras políticas e outros serviços em um determinado território.

O cuidado compartilhado supera e vai além da lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde pelos serviços que compõe a rede assistencial de um determinado território. Portanto, trabalhar em rede é uma necessidade estratégica para a implementação de uma saúde pública comprometida com a qualidade do cuidado produzido.

Sendo assim, a partir dos resultados obtidos, tornou-se explícito a necessidade de se pensar a forma como tem se configurado a atenção básica no município. Apontamos para importância e urgência da implementação de algumas mudanças, tais como: ampliação do número de unidades de PSF, objetivando 100% de cobertura territorial; qualificação das equipes profissionais do município, com ênfase para a questão da integralidade das ações em saúde; a criação de parcerias intersetoriais, especificamente na relação PSF / CAPS; e outros. Mas, prioritariamente será preciso rever a lógica de funcionamento da atenção básica no município, a fim de que seja construída em suas ações a integralidade do cuidado e possamos nos aproximar de uma produção de Saúde Pública de qualidade.

**5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. Rio de Janeiro: IMS / UERJ-CEPESC / ABRASCO, 2001.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988) / editado por Antônio de Paulo – 18.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. BRASIL.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei Federal nº 8080 de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006.
- BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM nº 2332, de 20 de dezembro de 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; nov/ 2005.
- CORDEIRO. H. O PSF como estratégia de mudança no modelo assistencial do SUS. Cad Saúde Pública 1996; 1:10-15.
- COSTA-ROSA, Abílio, LUZIO, Cristina A. e YASUI, Silvia. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (coord) Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. (Coleção Archivos). Rio de Janeiro. Editora Nau, 2003, p. 13-43.
- COUTO, M. C. V. e MARTINEZ, R. G.(orgs). Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. NUPPSAM / IPUB / UFRJ. Rio de Janeiro, 2007.
- JUCÁ, V.J.S; NUNES, M.O.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Revista Ciência & saúde coletiva vol.14 no.1. Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009
- LANCETTI A., (org). Saúde Loucura 7: Saúde Mental e Saúde da Família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001.
- MATTOS, R.A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-ABRASCO; 2001.
- MERHY, Emerson E.; AMARAL, Heloísa (orgs) A Reforma Psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo. Ed. Hucitec, 2007.
- PINHEIRO R, MATTOS R.A, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO; 2003.
- RIO DE JANEIRO. SESDEC (SECRETARIA DE ESTADO DO RIO DE JANEIRO) Gerência de Saúde Mental. Relatório de Gestão Saúde Mental. Rio de Janeiro. Agosto de 2008.

Endereços eletrônicos:

[www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br) (acessado em abril de 2010)

[www.bireme.br](http://www.bireme.br) (acessado em abril, maio de 2010)

[www.scielo.org](http://www.scielo.org) (acessado em abril, maio e junho de 2010)