



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Maísa Cesario Dalsóquio Lechuga

Saúde Mental e Transtorno Somatoforme em Usuários da Atenção Primária

Florianópolis, Março de 2018

Maísa Cesario Dalsóquio Lechuga

Saúde Mental e Transtorno Somatoforme em Usuários da Atenção Primária

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Fabíola Polo de Lima
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Maísa Cesario Dalsóquio Lechuga

Saúde Mental e Transtorno Somatoforme em Usuários da Atenção Primária

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Fabíola Polo de Lima
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: a procura dos pacientes à UBS com sintomas somatoformes tem aumentado exponencialmente. Muitas consultas médicas são motivadas por questões psíquicas não resolvidas. Na grande maioria das vezes, o próprio paciente não possui insight acerca disso, devido a sua falta de recurso emocional e os profissionais de saúde primária são os primeiros e mais frequentes acessos desses pacientes. Devido a esse fato é preciso discorrer mais sobre esse tema: a saúde mental em usuário da atenção básica. **Objetivo:** identificar a prevalência das consultas motivadas por sintomas somatoformes e saúde mental e realizar grupos de relaxamentos terapêuticos. Conscientizar a comunidade sobre os sintomas somatoformes e patologias psiquiátricas e educar a população sobre saúde mental através de grupos de apoio de educação em saúde, tornando-os pacientes participativos também fazem parte dos objetivos desse projeto de internação. **Metodologia:** buscar a prevalência de consultas em saúde mental de março de 2017 até janeiro de 2018, com base de dados da prefeitura de Camboriú. Realizar grupos de saúde mental para educação em saúde. **Resultados esperados:** foi observado que 30% das consultas eram em saúde mental. Os grupos de educação em saúde trazem resultados não objetivos, mas de grande importância educacional, ou seja, espera uma atuação com qualidade e eficácia, através de uma abordagem objetiva acerca do tema, e, caso necessário, encaminhamento ao grupo de saúde mental.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental, Atenção à Saúde, Transtornos Somatoformes

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Areias esta localizada no bairro areias, no município de Camboriú/SC. Existe cerca de 10.000 pacientes na área de abrangência, para duas médicas e duas equipes de saúde. Há ainda muitos pacientes de outras unidades que consultam em nossa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A renda da população, em sua maioria, não é muito baixa, mas são pessoas simples e com pouco poder aquisitivo. Há pessoas afastadas do trabalho para tratamento de saúde, em trâmite com a perícia médica. Há diversas igrejas evangélicas na região e o evento Gideões Internacionais acontece na cidade, movimentando a economia e a organização local. Observa-se também um elevado número de gestantes e de gravidez na adolescência. Devido a alta demanda de atendimento, a unidade não funciona adequadamente em sua Estratégia de Saúde da Família. Existem algumas reclamações sobre o tempo elevado de atendimento, mas, ao término da consulta, aparentemente, a maioria sente-se satisfeito pela atenção prestada.

Os dados coletados foram com base no Tabnet Sispecto 2016, fornecidos pela responsável das UBS de Camboriú. Há poucas informações disponíveis, além da dificuldade em acessá-las devido a troca recente de gestão. Camboriú conta com população de 74.434 habitantes e possui 33.337 pessoas de 0-69 anos. A porcentagem da população acompanhada em unidades de saúde é de 53,34%. Um total de 8,69% fazem exodontia e procedimentos individuais, 40,91% dos óbitos por acidente, tiveram acesso hospitalar no ano de 2016, e 63,64% no ano de 2017. 10,53% geram óbito nas internações por infarto agudo do miocárdio, 96,15% dos casos de óbito em geral registraram causas definidas. 54,85% dos partos realizados foram normais. A taxa de cobertura do CAPS é de apenas 1,34%. A taxa de mortalidade infantil indicou 14,36%. Foram registrados 7 casos de sífilis congênita no município, 75% dos casos de tuberculose tiveram registro de cura. Foram cobertos 95,92% dos casos de tuberculose com o exame de rastreio anti HIV. Houveram dois casos de AIDS em menores de 5 anos. A cura de hanseníase foi registrada em 100% dos casos apresentados. Outros dados foram fornecidos pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) no período de 2015 e a cobertura de equipes de atenção básica foi de 93,86% da população.

Temos um registro de cerca de 10 mil pacientes para duas equipes de saúde e duas médicas, não entrando na soma os pacientes consultados na unidade que não pertencem a areias, registrando também um número elevado de atendimento. Acredito que as faixas etárias que mais procuram o serviço estão bem distribuídas, existem muitos idosos e também um número elevado de gravidez na adolescência. As queixas mais comuns são: desejo de exames de rastreio, dor, febre, crise hipertensiva e sintomas somatoformes. As gestantes da nossa unidade fazem acompanhamento e tem no mínimo 7 consultas de

pré natal, salvo exceções por não saber sobre a gravidez, fazendo o pré natal com início tardio. As puérperas são orientadas a consultar após parto e fazer puericultura mensal. Acredito que o município de Camboriú tenha que melhorar na gestão recém iniciada por esse governo. Melhorar a coleta de dados, organizar os registros de maneira que fiquem guardados para os próximos governos, e não perdidos. É necessário também contratar mais profissionais para conseguirmos atuar conforme as diretrizes da ESF, pois o indicado pelo Ministério da Saúde é que sejam 3 mil pacientes, aproximadamente, por equipe de saúde. Nossa realidade não comporta essa diretriz, ocorrendo alta demanda e uma comunidade nunca satisfeita com o serviço prestado, com problemas recorrentes. Considerando que o ideal é trabalhar com prevenção, pois possibilitaria uma atuação mais eficaz.

Dessa forma, devido ao meu apreço, interesse pessoal e grande demanda pela saúde mental, opto por trabalhar no projeto de intervenção, a temática Transtornos Somatoformes, na referida UBS.

Abaixo um texto de autoria desconhecida que pode esclarecer um pouco do que desejo transmitir:

“Olá, tenho muitos nomes: dor de joelho, abscesso, dor de estômago, reumatismo, asma, mucosidade, gripe, dor nas costas, ciática, câncer, depressão, enxaqueca, tosse, dor de garganta, insuficiência renal, diabetes, hemorroidas e a lista continua. Ofereci-me como voluntário para o pior trabalho: ser o portador de notícias pouco agradáveis para você.

Você não entende, ninguém me compreende. Você acha que eu quero lhe incomodar, estragar os seus planos de vida, todo mundo pensa que desejo atrapalhar, fazer o mal, limitar vocês. E não é assim, isso seria um absurdo. Eu o sintoma, simplesmente estou tentando lhe falar numa linguagem que você entenda.

Vamos ver, me diga alguma coisa. Você negociaria com terroristas, batendo na porta com uma flor na mão e vestindo uma camiseta com o símbolo da “paz” impresso nas costas? Não, certo?

Então, por que você não entende que eu, o sintoma não posso ser “sutil” e “levinho” quando preciso lhe passar uma mensagem. Me bate, me odeia, reclama de mim para todas as pessoas, reclama de minha presença no seu corpo mas, não para um minuto para pensar e raciocinar e tentar compreender o motivo de minha presença no seu corpo.

Apenas escuto você dizer: “Cala-te”, “vá embora”, “te odeio”, “maldita a hora que apareces-te”, e muitas frases que me tornam impotente para lhe fazer entender mas, devo me manter firme e constante, porque devo lhe fazer entender a mensagem.

O que você faz? Manda-me dormir com remédios. Manda-me calar com sedativos, me suplica para desaparecer com anti-inflamatórios, quer me apagar com quimioterapia. Tenta dia após dia, me calar. E me surpreendo de ver que às vezes, até prefere consultar bruxas e adivinhos para de forma “mágica” me fazer sumir do seu corpo.

A minha única intenção é lhe passar uma mensagem, mesmo assim, você me ignora totalmente.

Imagine que sou a sirene do Titanic, aquela que tenta de mil maneiras avisar que tem um iceberg na frente e você vai bater com ele e afundar. Toco e toco durante horas, semanas, meses, durante anos, tentando salvar sua vida, e você reclama que não deixo você dormir, que não deixo você caminhar, que não deixo você trabalhar, ainda assim continua sem me ouvir...

Está compreendendo?

Para você, eu o sintoma, sou “A doença”. Que absurdo! Não confunda as coisas.

Aí você vai ao médico e paga por tantas consultas. Gasta um dinheiro que não tem em medicamentos e só para me calar.

Eu não sou a doença, sou o sintoma.

Por que me cala, quando sou o único alarme que está tentando lhe salvar?

A doença “é você”, é “o seu estilo de vida”, são “as suas emoções contidas”, isso que é a doença e nenhum médico aqui no planeta terra sabe como as combater, a única coisa que eles fazem é me atacar, ou seja, combater o sintoma, me calar, me silenciar, me fazer desaparecer. Tornar-me invisível para você não me enxergar.

É bom se você se sentir incomodado por estar lendo isso, deve ser algo assim como um “golpe na sua inteligência”. Está certo se estiver se sentindo frustrado, mas eu posso conduzir o teu processo muito bem e o entendo. De fato, isso faz parte do meu trabalho, não precisa se preocupar. A boa notícia é que depende de você não precisar mais de mim, depende totalmente de você analisar o que tento lhe dizer, o que tento prevenir.

Quando eu, “o sintoma” apareço na sua vida, não é para lhe cumprimentar, é para lhe avisar que uma emoção contida no seu corpo, deve ser analisada e resolvida para não ficar doente. Deveria se perguntar a si mesmo: “por que apareceu esse sintoma na minha vida”, “que pretende me alertar”? Por que está aparecendo esse sintoma agora? Que devo mudar em mim?

Se você deixar essas perguntas apenas para sua mente, as respostas não vão levar você além do que já vem acontecendo há anos. Deve perguntar também ao seu inconsciente, ao seu coração, às suas emoções.

Por favor, quando eu aparecer no seu corpo, antes de procurar um médico para me adormecer, analise o que tento lhe dizer, verdadeiramente, por uma vez na vida, gostaria que o meu excelente trabalho fosse reconhecido e, quanto mais rápido tomar consciência do porquê do aparecimento no seu corpo, mais rápido irei embora.

Aos poucos descobrirá que quanto melhor analisar, menos lhe visitarei. Garanto a você que chegará o dia que não me verá nem me sentirá mais. Conforme atingir esse equilíbrio e perfeição como “analisador” de sua vida, de suas emoções, de suas reações, de sua coerência, não precisará mais consultar um médico ou comprar remédios. Por favor, me deixe sem trabalho.

Ou você acha que eu gosto do que eu faço?

Convido você para refletir sobre o motivo de minha visita, cada vez que eu apareça. Deixe de me mostrar para os seus amigos e sua família como se eu fosse um troféu.

Estou farto que você diga: “Então, continuo com diabetes, sou diabético”. “Não suporto mais a dor no joelho, não consigo caminhar”. “Aqui estou eu, sempre com enxaqueca”.

Você acha que eu sou um tesouro do qual não pretende se desapegar jamais.

Meu trabalho é vergonhoso e você deveria sentir vergonha de tanto me elogiar na frente dos outros. Toda vez que isso acontece você na verdade, está dizendo: “Olhem que fraco sou, não consigo analisar, nem compreender o meu próprio corpo, as minhas emoções, não vivo coerentemente, reparem, reparem!”.

Por favor, tome consciência, reflita e aja. Quanto antes o fizer, mais cedo partirei de sua vida! Atenciosamente,

O sintoma.”

Autor desconhecido

Desejo intervir em saúde mental devido as frequentes queixas dos pacientes, e por ser uma questão que não gera prioridade por parte da gestão da ESF. Gostaria de verificar a prevalência de atendimentos de saúde mental na ESF Areais e nas demais ESF presentes no município de Camboriú. Em seguida, serão adotadas estratégias de educação em saúde com a população local, acerca dos sintomas somatoformes, através de grupos semanais de saúde mental, através de filmes, discussão de assuntos relacionados, compartilhamento de experiências entre os pacientes. Existe uma parcela de indivíduos que frequenta semanalmente a unidade com um novo sintoma somático. Acredito que estes seriam beneficiados com a abordagem desse tema. Estudar e planejar essa temática auxiliará nos atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pois nesse momento está voltado apenas para as emergências psiquiátricas e, assim, minimizaria gastos do sistema de saúde, pois os pacientes com inúmeros sintomas, solicitam exames em excesso em qualquer novo evento com sua saúde. Devemos tratar a saúde mental no serviço público de saúde, assim como tratamos hipertensão, diabetes, gestação, puericultura, entre outros.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Identificar a prevalência das consultas motivadas por sintomas somatoformes e saúde mental.

2.2 Objetivos Específicos

Realizar grupos de relaxamentos terapêuticos (associar trabalho com a psicologia do NASF);

Conscientizar a comunidade sobre os sintomas somatoformes e patologias psiquiátricas;

Educar a população sobre saúde mental através de grupos de apoio de educação em saúde, e tornar os pacientes participativos.

3 Revisão da Literatura

O conceito do processo saúde-doença tem evoluído, nas últimas décadas, do foco principal nas doenças e morte (aproximações negativas) para concepções mais vinculadas à qualidade de vida da população, de produção social da saúde, ou seja, uma aproximação positiva. Saúde é então resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um “viver desimpedido”, um modo de “andar a vida” prazeroso, seja individual seja coletivamente. As várias teorias sobre a causalidade das doenças também acompanharam este processo de mudança, migrando de uma concepção monocausal para uma concepção ampliada, que leva em conta outras dimensões além da biológica, como estilos de vida, meio ambiente e sistema de saúde. Para além das mudanças nas concepções, foi necessário introduzir novas propostas de práticas. Foi preciso migrar para uma nova forma de entendimento de produção de saúde, como um processo de produção social, a partir de determinantes e condicionantes sociais, econômicos, ideológicos e cognitivos (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Nas últimas décadas tem sido frequente a produção de trabalhos na saúde que enfocam o sofrimento e a dor do paciente, expressados por outras vias que não a verbal. Junto a isso, se torna cada vez mais comum a presença de sujeitos nos serviços de saúde transitando, por meio de diversas especialidades, com queixas e marcas corporais sem uma possibilidade de resolutividade, sujeitos “poli queixosos”, de difícil diagnóstico. A consulta de pacientes com queixas somáticas e sem explicação clínica definida é bastante frequente na atenção primária, sendo que alguns sujeitos acabam se caracterizando com queixas crônicas, se tornando persistentes na busca pela atenção médica na contemporaneidade. Isso nos leva a questionar e pensar sobre a Medicina psicossomática dentro da saúde (DUVAL; OLIVEIRA, 2010).

A Medicina Psicossomática com descrição de “um sistema da medicina que almeja descobrir a natureza exata da relação entre as emoções e as funções corporais, afirmando o princípio de que a mente e o corpo são uma unidade”; já os Transtornos Somatoformes são “transtornos em que há a presença de sintomas físicos que sugerem uma condição médica geral, mas que não são completamente explicados por uma condição médica geral, pelos efeitos diretos de uma substância ou por qualquer outro transtorno mental”. O conceito da medicina psicossomática traz em sua descrição uma ideia de unidade entre mente-corpo, somato-psíquico, estando mais voltado para a dinâmica biopsíquica mais ampla e não somente para o modelo biomédico. A doença psicossomática caracteriza as doenças orgânicas através de sua origem e evolução, explicita uma participação psicológica, em que a estrutura e o funcionamento psíquico exercem um papel importante e predominante na organização e nas defesas contra a desorganização psicossomática (DUVAL; OLIVEIRA,

2010).

Nas últimas décadas, no bojo da Reforma Psiquiátrica em curso no país, temos acompanhado várias transformações no modelo de atenção em saúde mental, que priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, estas mudanças têm encontrado obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental. Neste contexto, identifica-se o protagonismo do movimento social de profissionais, usuários e familiares que têm favorecido ao longo do processo mudanças na legislação e a proposição de novos modelos de atenção em saúde mental. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço estratégico para promover a desospitalização, aqui entendida enquanto oferta de serviços territoriais, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do país (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, através das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, vem estimulando ações que remetem a dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção. A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde – 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 atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham. Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família – NASF. Entretanto, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é ofertado à uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas, mas a pesquisa tomou como objeto de investigação a especificidade do Apoio Matricial da Saúde Mental, já que as questões subjetivas transpassam quaisquer problemas de saúde e devem ser abordadas em toda relação terapêutica. Ainda, a atenção básica tem um importante papel na assistência a certas demandas em Saúde Mental. O Ministério da Saúde avalia que cerca de 9% da população apresentam transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, pelos quais

a atenção básica deve responsabilizar-se. Uma pesquisa do Ministério da Saúde mostra que 56% das equipes de Saúde da Família referem realizar “alguma ação de Saúde Mental”. Por sua proximidade com as famílias e as comunidades, essas equipes se constituem num recurso estratégico para o enfrentamento das diversas formas de sofrimento psíquico (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde estimam que quase 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, a priori, uma demanda específica que justifique a necessidade de uma atenção especializada. Neste sentido, o Apoio Matricial da Saúde Mental seria potente para propiciar maior consistência às intervenções em saúde em geral e em Saúde Mental em particular. A partir de discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas (consultas, visitas domiciliares, entre outras), os profissionais de Saúde Mental podem contribuir para o aumento da capacidade resolutiva das equipes, qualificando-as para uma atenção ampliada em saúde que contemple a totalidade da vida dos sujeitos (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços. Através do Apoio Matricial, torna-se possível distinguir as situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana, que podem ser acolhidas pela equipe de referência e por outros recursos sociais do entorno, daquelas demandas que necessitam de atenção especializada da Saúde Mental, a ser oferecida na própria unidade ou, de acordo com o risco e a gravidade, pelo CAPS da região de abrangência. Com isso, é possível evitar práticas que levam à “medicalização” do sofrimento e, ao mesmo tempo, promover a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário. Isso favorece a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às diferentes necessidades dos usuários e a articulação entre os profissionais na elaboração de projetos terapêuticos pensados para cada situação singular. Por ser o Apoio Matricial um arranjo inovador e recentemente implantado, é de grande importância a formulação e o desenvolvimento de propostas de avaliação desta experiência, sobretudo porque, desde 2003, o Ministério da Saúde tem tomado este arranjo como estratégia para modular a inserção da Saúde Mental na atenção básica e aprimorar a rede de saúde dos municípios (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Desde sua criação, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) assumiu grande importância política e social no âmbito do sistema de saúde brasileiro. A ESF nasce então como uma proposta de reestruturação do sistema de atenção à saúde e do modelo assistencial vigente, possuindo mecanismos de alocação de recursos e outros dispositivos de financiamento, que estimulam a sua consolidação e expansão. Saúde mental e atenção básica, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Projeções para o ano de 2020 indicam que os

problemas mentais serão responsáveis por cerca de 15% de DALYs (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustados por Incapacidade). Dos países em desenvolvimento que possuem orçamento específico destinado a políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial. Dentre as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. Segundo Onocko-Campos, no Brasil a prevalência de transtornos mentais severos e persistentes é de cerca de 6%, enquanto a de problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas é de 3%. Nos últimos anos, tem sido observada uma inversão do padrão de gastos do orçamento do SUS em saúde mental, privilegiando-se os gastos com a rede substitutiva de atenção psicossocial em detrimento da rede de hospitais psiquiátricos. O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Alguns autores apontam para algumas destas potencialidades: fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde. O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios caros à reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornando possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

No entanto, algumas fragilidades ou contradições são identificadas por alguns pesquisadores no desenvolvimento da ESF e parecem ser semelhantes às dificuldades encontradas na operacionalização das políticas de saúde mental no país, dentre as quais destacam-se: a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais; o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdo ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência. Portanto, da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da atenção básica.

Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção básica, “de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas. A relevância da formulação de políticas para a atenção básica que englobem o cuidado em saúde mental estaria justificada no direito do usuário de encontrar em sua unidade sanitária de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção. Deste modo, o conceito de integralidade, como organizador das práticas, exigiria uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. A incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des)humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990, publicou o documento “La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria”, no qual enfatiza a importância do aspecto emocional na atenção à saúde: “É impossível alcançar saúde se não se cuida das necessidades emocionais” e reforça que “as tarefas de saúde mental não são uma nova carga para os serviços de atenção primária; pelo contrário, aumentam a efetividade desta” (TANAKA; RIBEIRO, 2009). Nesse mesmo sentido, o Ministério da Saúde reforça a importância de proporcionar o acesso das pessoas ao sistema de saúde e isso engloba os cuidados relacionados a saúde mental, considerado bastante estratégico pela interação que ocorre entre os usuários e a equipe de saúde (BRASIL, 2014).

4 Metodologia

Para realizar o Trabalho de Conclusão de curso, serão consultados dados registrados pelo sistema da secretaria de Saúde de Camboriú. No que se diz respeito a prevalência de consultas classificadas em saúde mental, pela profissional médica Maísa Cesário Dalsóquio Lechuga, no período de março de 2017 até dezembro de 2017, na UBS Areias.

O presente instrumento objetiva realizar atividades em educação de saúde mental, com os usuários do local, realizados quinzenalmente na UBS, no período da tarde, através de grupos de saúde mental, com conversas, bate papos, leituras de texto, discussão de filmes, esclarecimentos de sintomas somatoformes.

Objetivou-se que os indivíduos pensem sobre como seus sintomas físicos estavam relacionados às suas dores psíquicas. Foi usado o período de meia hora antes de iniciar as consultas, na sala de espera, enquanto a triagem da enfermagem era realizada, ocorrendo sempre as quintas-feiras. Como houve uma dificuldade de aproximação com o NASF, foi descartada, por este momento, atividades que o envolvessem.

5 Resultados Esperados

Com base na coleta de dados do sistema de produção da secretaria de Saúde de Camboriú, foi encontrado uma prevalência de 30% de consultas em saúde mental em relação ao total de consultas realizadas na UBS, no período de março de 2017 até janeiro de 2018.

Estes dados evidenciam que se os pacientes consultam com um médico da saúde da família, que possua esse olhar atento à saúde mental, conseqüentemente, este tema e abordagem serão mais exploradas. Essa discussão possibilita maior resolutividade do problema. Ainda estamos longe de ter uma atenção primária com estratégias efetivas à saúde mental, porém não podemos dispensar o que tem sido feito.

Espera uma atuação com qualidade e eficácia, através de uma abordagem objetiva acerca do tema, e, caso necessário, encaminhamento ao grupo de saúde mental. Os grupos de saúde mental, colocados em práticas, trouxeram resultados não diretos. A educação em saúde é algo subjetivo, porém de valor imensurável. Criar a consciência que sintomas físicos podem ser resultado de questões psíquicas, trouxeram esclarecimentos aos pacientes. Estes, por conseguinte, puderam orientar inclusive seus familiares. Muitos criaram insight sobre o tema, o que é importante para o processo. Esse fato tende com o tempo, diminuir gastos com exames em saúde, pois o paciente atua mais como um resolvidor dos seus sintomas.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 19.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*, v. 45, n. 6, p. 1501–1506, 2011. Citado na página 16.
- DUVAL, M. R.; OLIVEIRA, S. de L. Medicina psicossomática e a política de humanização do sus: desconforto na contemporaneidade. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 4, p. 451–456, 2010. Citado na página 15.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de campinas, sp: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva [online]*, v. 14, n. 1, p. 129–138, 2009. Citado na página 17.
- SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 139–148, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 477–486, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.