

Capítulo 1

Concepções de saúde mental de equipes de saúde da família

Josenaide Engracia dos Santos
Rozemere Cardoso de Souza
Erika Antunes Vasconcellos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, JE., SOUZA, RC., and VASCONCELLOS, EA. Concepções de saúde mental de equipes de saúde da família. In: SOUZA, RC., and SANTOS, JE., orgs. *Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família* [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2014, pp. 27-52. ISBN 978-85-7455-447-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

CAPÍTULO 1

CONCEPÇÕES DE SAÚDE MENTAL DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*Josenaide Engracia dos Santos
Rozemere Cardoso de Souza
Erika Antunes Vasconcellos*

Apresentamos, de forma abrangente, como equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) retratam as concepções de saúde mental, norteando as relações de trabalho, as relações interpessoais e as práticas de saúde. Assim, desenvolvemos uma análise das múltiplas concepções de saúde mental, das experiências, dos principais problemas enfrentados e implicações dessas concepções para a promoção da saúde das populações assistidas por essa Estratégia.

Propomo-nos, ainda, a incitar discussões e reflexões a respeito do cuidado, tomando por base as concepções sobre saúde mental. Ressaltamos que os cuidados também passam por essas concepções, ou seja, as ideias e explicações dadas para o sofrimento mental que estão implícitas nas formas de lidar com ele, no cotidiano da atenção primária à saúde. Chamou nossa atenção, em particular, na pesquisa, os modos como as equipes manejavam o sofrimento mental no cotidiano, ou seja, as tomadas de decisões sobre como lidar com usuários que apresentam sofrimento mental não proveniente de um embasamento técnico-científico, mas de saberes e de práticas respaldadas por experiências cotidianas.

Diferentemente da posição dos especialistas em saúde mental, que têm suas condutas definidas por técnicas, as equipes da ESF falam do cuidado em saúde mental de usuários mediante queixas, reclamações e ações intuitivas e/ou coletivas do cotidiano. A compreensão de como essas equipes cuidam dos usuários com sofrimento mental é importante para se entender as estratégias de acolhimento nesses casos que chegam à atenção primária.

Segundo a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde (Opas/OMS, 1978), reunida em Alma-Ata, a atenção primária refere-se aos

cuidados essenciais de saúde, cientificamente sustentados e que usa tecnologias e métodos socialmente aceitáveis, feitos de forma universal para indivíduos e famílias e com um custo adequado à comunidade e ao país [...] É parte integralizada do sistema de saúde do país [...] O primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível de onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se no primeiro elemento do processo contínuo de atenção à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 2).

Em nossa pesquisa, constatamos que dificuldades no plano técnico na abordagem de portadores de transtorno mental repercutem negativamente na autoconfiança das equipes. Este fator impacta no manejo com os usuários e na disposição para serem resolutivos. Nessa direção, assinalaremos o sentido da saúde mental para as ESF e, mais adiante, sobre as iniciativas voltadas para acolher situações de sofrimento mental que estão sendo utilizadas por essas equipes, mediante intervenções baseadas em experiências e na boa vontade dos profissionais.

O cuidado da saúde mental e a estratégia de saúde da família

Historicamente, o atendimento à saúde da população brasileira sempre se caracterizou por seu aspecto

curativo e imediatista, hospitalocêntrico, em que as enfermidades são priorizadas e encaminhadas, de forma vertical, campanhista e autoritária.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, a partir do conceito de saúde como um direito da população e dever do Estado, presente na Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, regulamentado através das Leis Federais 8080/90 (BRASIL, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b), trouxe um novo direcionamento, consolidado através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular. Tais princípios são materializados, principalmente, na atenção primária.

Segundo Starfield (2002), a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde. O Ministério da Saúde propõe como política nacional de atenção primária à saúde, a Estratégia da Saúde da Família (MENDES, 2002).

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado pelo Ministério da Saúde, em 1994, como uma estratégia para a consolidação do SUS, tem-se revelado um instrumento para a modificação dos paradigmas vigentes na atenção à saúde. O trabalho da ESF é baseado nos princípios do SUS. Esses princípios, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), buscam, em essência, desenvolver processos de trabalho baseados

nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde, de forma a atuar precocemente nos momentos iniciais de desenvolvimento das enfermidades, assim como sobre os riscos sanitários e ambientais, por sua vez, geradores de agravos aos indivíduos, garantindo melhores níveis de saúde e qualidade de vida para todos. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) inaugurou um modelo inovador de cuidado à saúde, comprometido com a integralidade de assistência que abarca o universo, também, da saúde mental.

Ao investigar as concepções de saúde mental junto às equipes da ESF, nos remetemos a Kleinman (1978), que desenvolveu o conceito de *health care system*. Esse conceito procura articular, de forma sistêmica, os diferentes elementos ligados à doença e seus cuidados como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamentos alternativos, práticas terapêuticas e avaliação de resultados terapêuticos. O surgimento de uma doença mental, nessa abordagem, é visto como uma circunstância em que o padrão rotineiro de interação é quebrado e a situação se converte em um problema com o qual os indivíduos têm que lidar.

Nossa pesquisa indicou que as equipes de saúde da família transitam no que Kleinman (1978) denominou três arenas (ou subsistemas) sociais, dentro das quais a doença é experimentada e reagida: popular, profissional e *folk*. A arena profissional é constituída pela medicina científica, aspecto identificado nas falas dos profissionais de saúde da família quando trazem a necessidade de um especialista:

– Mas tem a necessidade da psiquiatria do idoso que não é a (psiquiatria) para tratar a grande loucura. Precisa de um especialista (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Mas acho que na equipe poderia introduzir um assistente social, psicólogo, terapeuta que seriam figuras importantíssimas (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

O setor *folk*, segundo Kleinman (1978), é composto pelos especialistas não profissionais de cura, como curadores, rezadores, erveiros, conforme podemos observar:

– Na minha área tem uma igreja que faz cura interior e a gente manda vários pacientes. A cura interior diz que enquanto não cura o que está dentro o externo também não vai curar (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Vamos fazer um culto lá na praça (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

O setor popular, segundo Kleinman (1978), compreende não só o contexto familiar da doença – leigo –, mas inclui também redes sociais e atividades comunitárias. A arena popular foi pouco citada pelas equipes investigadas; contudo, para o autor, é justamente nela que a maior parte das questões ligadas a interpretações, tratamentos e cuidados com a doença são resolvidas.

Quando se faz referência ao cuidado, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um tratamento.

Contudo, o cuidado também pode ser discutido na perspectiva da hermenêutica filosófica que está relacionada. Segundo Gadamer (2007), há uma nova forma de construir/compreender, tendo por base processos interpretativo-compreensivos, favorecendo o entendimento, a apropriação de uma situação, ou de aspectos dela, que antes não estavam claros e que, por alguma razão, se tornaram problemáticos, ou seja, que merecem ser repensados.

Assim, muitos aspectos relacionados às práticas de saúde podem ser estudados no contexto do trabalho da ESF. Aqui, os conteúdos emergentes dos grupos focais permitiram reunir a construção dos sentidos produzidos por profissionais de saúde da família acerca da saúde mental nas seguintes categorias temáticas: do sujeito e do cuidado em saúde mental.

Sentidos do sujeito acerca da saúde mental

A pesquisa procurou buscar nos conteúdos emergentes das equipes de saúde da família investigadas o processo, o movimento e o(s) sentido(s) sobre o tema saúde mental. Diversos aspectos das narrativas estavam relacionados ao que Spink (2002) nomeia de práticas discursivas, que são atividades cognitivas ligadas ao conhecimento produzido nas interações das pessoas no cotidiano.

Conforme Davies e Harré (1990), as práticas discursivas são as diferentes maneiras em que pessoas, ativamente, produzem realidades psicológicas e sociais. A referência desses autores possibilitou considerar os grupos focais com equipes da ESF como prática

discursiva, ou seja, entendê-los como ação (interação) situada e contextualizada, por meio da qual se produzem sentidos e se constroem realidade(s).

Por exemplo, quando um participante diz que saúde mental significa:

– Você estar em equilíbrio com todos esses sentimentos. Se você estiver com todos esses sentimentos aí em equilíbrio e não em um limite, você tem uma saúde mental boa (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

percebemos que os conceitos próprios sobre o sofrimento mental das equipes da ESF são ressignificados a partir do lugar que elas ocupam, dos sistemas simbólicos, de sua cultura. Isso motiva a produção de múltiplos sentidos sobre o tema.

– Saúde mental é bem-estar porque, eu acho assim, quando a gente está bem consigo mesma, a pessoa está bem consigo mesma, ela vai transmitir para a comunidade e para as demais pessoas que estão ao seu redor (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

Nesse contexto da fala, é preciso estar atento aos processos que fazem a mediação entre as explicações e a forma de lidar com o sofrimento específico para que possamos compreender a dinâmica das relações que compõem este quadro.

No contexto dos cuidados primários, os diagnósticos mais comuns são a depressão, a ansiedade e as perturbações pelo abuso de substâncias. Relatam alguns componentes das equipes da ESF:

– Além da hipertensão, diabetes, o alcoolismo, drogas, o *crack* é o maior problema aqui, a gente não sabe o que fazer (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

– Um dos problemas que a gente vê normalmente no atendimento é a depressão. Mas depressão em geral, ansiedade e alguns casos de esquizofrenia, alguns casos psicóticos. Tem pacientes que fazem uso de medicação controlada, mas mais freqüente é depressão, transtornos do sono. É gente usando remédio pra dormir (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

– Tem um problema que é a festa aqui no A., tráfico de drogas (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

– Bebe de segunda à segunda e acaba perdendo ali o sentido da vida, e a família não tem o que fazer (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

– Para você ter uma ideia, tem uma criança aqui que a arma é mais pesada do que ela. Ela chega a ficar torta. Uma criança com 10 anos arregimentada pelo tráfico e ficam fazendo o papel de vigia. É impressionante. E isso não tem a ver com saúde mental? O que fazer? (GRUPO 6, 2008, p. 1-10)

Esses problemas estão presentes isoladamente ou em conjunto com uma ou mais afecções físicas, bem como se relacionam com variáveis sociodemográficas, como a comunidade de baixa renda, precária inserção no mercado de trabalho e falta de oportunidades, principalmente para a criança e o adolescente.

A interpretação de que a saúde mental está relacionada à estrutura familiar foi constatada em relatos como:

– Eu moro numa comunidade que saúde mental, onde a gente trabalha, a gente vê, é um desequilíbrio total, né?! A gente olha assim, não tem uma família estruturada, então pai bebe, filho bebe, mãe bebe (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Saúde mental tem a ver com violência contra a mulher, violência contra a criança, violência familiar. Toda a questão. Condições mesmo do dia a dia que são fonte de estresse que, de alguma maneira, afeta a saúde mental sem se configurar uma doença mental, psiquiátrica (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Os fragmentos de discursos apresentados acima, por exemplo, indicam que quando a violência é dirigida contra membros da família, a mãe, em especial, caracteriza situação particularmente problemática. Atitudes de desobediência com relação à mãe podem ser expressão de graves distúrbios, e essa avaliação está relacionada com a importância da família como o cerne moral da vida social (SOUZA; CARVALHO, 2003). Vejamos:

– Se a gente for buscar lá atrás, porque acho que a construção da família influencia nisso tudo. Você tem adolescente que tem filhos cedo e não tem estrutura emocional nem financeira para manter. Esses filhos são maltratados e sofrem violências de todas as maneiras desde criança e, quando crescer, vai ser um adulto violento. Então, eu acho que a preocupação com a família, com a situação da família, com a gravidez precoce, tudo isso é uma prevenção à violência que vem no

futuro, em decorrência dessas crianças que são maltratadas (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

– Se a gente for pensar por esse ângulo, a questão de saúde mental independe de ter ou não as questões financeiras. Por quê? Porque está ali no meio da estrutura familiar. Se uma mãe grita com o filho, o filho vai aprender o quê? A gritar também. Ele vai parar para escutar alguém? Não vai. A vida dele vai ser gritar [...]. Então, eu acho que o problema está na família, independente de ter ou não condições financeiras (GRUPO 2, 2008, p. 1-20).

Os problemas de saúde mental dizem respeito, principalmente, à família associada à vivência de problemas no cotidiano, em especial, de relacionamento familiar ou conjugal.

Sobre a relação com o dinheiro, os trechos a seguir exemplificam outra concepção que explica a saúde mental:

– Eu acho que tem a ver com o lado social e também tem a ver com o momento. O dinheiro está ligado a tudo. O dinheiro está enlouquecendo todo mundo, e é verdade: às vezes quem tem muito fica doido (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

Bourdieu (2007) amplia a noção de capital e faz, assim, com que possamos compreender as trocas simbólicas ocorridas em outros campos, guardando algum tipo de analogia com a economia, na medida em que é definido, de forma genérica, como um recurso (estrutura estruturante) que rende lucros para quem o possui.

O sentido da saúde mental nos relatos remete a um mundo já dado e, também, socialmente construído nos intercâmbios entre as pessoas, envolvendo um passado e cotidiano, dentre outros aspectos, de abandono, de violência e de dificuldades para criar os filhos sem os meios necessários:

– Aquele indivíduo que pensa: Como é que vou conseguir comprar amanhã o leite das minhas crianças? Como é que vou dar uma vida digna para meus filhos? Como vou fazer com que esses meninos frequentem a escola se estou desempregado? (GRUPO 5, 2009, p. 1-11)

– Eu penso que para se ter uma saúde mental, tem que ter um emprego, tem que ter uma boa moradia, tem que pelo menos tentar ter uma vida equilibrada (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Dificuldades financeiras e desemprego trazem a violência, com as desigualdades sociais, e afetam diretamente na saúde mental dos indivíduos (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

– Aqui na comunidade nós temos muitos alcoolistas, drogas, desemprego, falta de educação, a pessoa que não conseguiu estudar para conseguir um bom emprego, aí, sobra para ela o desequilíbrio mental (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

– É muito pior para trabalhar com a comunidade. Já pensou uma mãe sem dinheiro para manter os filhos? (GRUPO 7, 2009, p. 1-10)

Nesses trechos, o que podemos identificar é que os sentidos de saúde mental empregados estão

relacionados, segundo Rabelo, Alves e Souza (1999), à forma: de cultura das equipes de saúde da família, de envolvimento e de afetações pelas condições de vida, de acesso aos bens e serviços da população assistida e de organização dessas experiências enquanto situações que sentem “na pele”.

– Como é que isto afeta a comunidade que a gente vive? Quantas e quantas vezes a gente fica, como é que posso dizer, impossibilitado da gente desenvolver nossas atividades (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

O material registra, também, que os sentidos produzidos estão inseridos em uma dinâmica de experiência de equipes da ESF na qual o político, o social e o cultural não são sentidos abstratos, mas dimensões vividas sem desprezar o conjunto das condições que interfere na vida.

Aqui, a queixa aparece relacionada aos aspectos individuais, tais como: personalidade (comportamentos, “gênio difícil”); diferenças individuais, que fazem com que algumas pessoas tolerem mais decepções ou frustrações do que outras; um “ponto fraco” que, quando atingido, leva ao adoecimento.

Esta explicação aparece em momentos de grande participação e remete à responsabilização pessoal pela própria mudança. Fenômeno individual relacionado ao comportamento (atitude): a doença mental é decorrente de características pessoais. Assim, ela tem a ver com os significados que as coisas têm para si mesmo:

– Até porque eu vejo assim, que as pessoas estão normais agora e pergunto: Meu Deus, por que eu, quando me vejo numa situação que estou prestes a pirar, saio e faço outra coisa. Tem gente que não tem esse freio e deixa aquilo tomar conta, e aí não tem jeito (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

– As pessoas adoecem por coisas que acontecem na vida (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

– Saúde mental é uma atitude que a pessoa tem; é uma mudança de comportamento (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Segundo Goffman (1983), o significado da identidade se constitui no processo de interação; ele surge e se modifica na medida em que pessoas estabelecem e negociam as suas incumbências imediatas e cotidianas.

A concepção de *self* presente é de que este é um objeto social que se estrutura com base na sociabilidade, ou seja, a partir das atitudes dos indivíduos uns com os outros em uma situação social. Uma interpretação relaciona essa concepção ao Interacionismo Simbólico, que repousa sobre três pressupostos: 1) Que os seres humanos agem sobre os objetos com base nos significados que os objetos têm para eles; 2) O significado surge no processo de interação social 3) Os significados são modificados através de um processo interpretativo que envolve indivíduos capazes de refletir sobre si mesmos, interagindo simbolicamente uns com os outros (BLUMER, 1966). Disso decorre o sentido de que a saúde mental depende do sujeito, que é, também, uma construção social.

Como é questionado por uma profissional de saúde da família:

– Mas morrem filhos todos os dias, 99% das mães amam seus filhos e porque umas adoecem e outras não? Algumas pessoas têm estrutura para suportar aquela perda, mas outras não (GRUPO 7, 2009, p. 1-10).

Cassel (1974) e Kaplan et al. (1977) afirmam que determinados acontecimentos na vida dos indivíduos atuam como estressores não específicos, aumentando, dessa forma, o risco de desenvolvimento de doenças, dentre as quais os distúrbios mentais.

O sentido da saúde mental é produzido a partir de diferentes compreensões e olhares das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ultrapassa a perspectiva centrada na doença mental, permeando todo o desenvolvimento do ser humano a partir de sua estrutura e dinâmica familiar. Quando, em suas narrativas sobre a saúde mental, as equipes retratam a desigualdade social, a família e a atitude individual, elas falam do que é inerente à existência, às interações sociais e nos lembram de que estamos em um mundo entregues a certas possibilidades e disposições.

A ideia de que problemas sociais ou econômicos guardam relação com o surgimento do adoecimento mental está associada à visão de que suas possibilidades de mudança, de promoção, de recuperação e proteção dessa enfermidade dependem, também, de uma mudança nesses aspectos sociais e econômicos que causam seus problemas, mas que não implica determinação. Nessa perspectiva, ela está associada

à experiência vivida, que encontra seu sentido no cotidiano e que abre, de forma incerta e ambígua, certa direção para o futuro, ainda que seja promovida junto aos especialistas.

O cuidado em saúde mental

Os trabalhos que envolvem a temática da produção de cuidado das equipes de saúde da família parecem se inscrever, predominantemente, em vertentes biomédicas relacionadas a eventos, como hipertensão e diabetes, excluindo outras visões, como o sofrimento mental na atenção primária.

Observa-se que a pouca importância e a própria exclusão dessa discussão em torno da produção de cuidado em saúde da família voltada à saúde mental na atenção primária não correspondem à grande dificuldade encontrada na prática, que limita a ação dos profissionais no cotidiano das intervenções:

– Eu, na realidade, tenho medo, porque eu não sei como lidar com essas pessoas (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Eu tenho medo, eu não sei como lidar. Tenho medo, muito medo. Eu converso com ele, pergunto as coisas para ele. Ele diz que está bem, pergunto se está tomando o remédio, ele diz que está. Mas assim, vou, assim, sabe, insegura (GRUPO 1, 2008, p. 1-21).

– Minha inquietação é como vou solucionar aquele problema de saúde mental, como vou me inserir naquela família para resolver o problema. Como pode ser as minhas

colocações? Como intervir para resolver o problema? (GRUPO 5, 2009, p. 1-11)

– Como lidar com problemas mentais na atenção básica. Atribuições, como lidar com paciente, o que fazer (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

– Porque a equipe também é assim, é uma equipe só para dar conta de uma tarefa tão grande como essa (GRUPO 3, 2008, p. 1-15).

Alia-se a esse olhar sobre o cuidado em saúde mental a preponderância dessa vertente no discurso dos profissionais que, muitas vezes, restringem o acesso e fecham as possibilidades de perceberem o sujeito em sofrimento psíquico, nas suas dimensões sociais, culturais e psicológicas. Nesse sentido, lembramos que não podemos perder de vista que, na qualidade de portador de um problema a ser resolvido, qualquer indivíduo é, de fato, objeto de técnicos da saúde e requer cuidado.

A ideia de cuidado vem, justamente, tentar reconstruir uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas. O cuidado também tem a ver com atitude e com a oferta de espaço para reconstrução de intersubjetividades, tal como podemos observar no seguinte relato de um profissional da ESF sobre uma usuária:

– Ela está muito desanimada, não quer almoçar, e eu fico levantando o ânimo dela (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

É um exercício aberto à aprendizagem significativa, apoiada na tecnologia da leveza, mas sem deixar de ser uma intervenção em saúde:

– A gente, muitas vezes, faz um trabalho corpo a corpo. Digo a ele: – Você tem que fazer alguma atividade. Saia, caminhe, faça qualquer coisa. Ele diz: – O que eu vou fazer? Eu respondo: – Você vai achar. Ele está se acabando. Fico, assim, animando (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Mais que uma ação teleológica, a intervenção se apoia não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem somente nas formas como se busca alcançá-lo, mas na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da segunda. O cuidado é essa atividade realizadora na qual caminho e chegada se engendram mutuamente, que abre espaço à reflexão e negociação sobre meios e fins da assistência à saúde mental sem determinar, *a priori*, aonde e como chegar com a assistência.

Os questionamentos das equipes de saúde da família são pautados nos sistemas de apoio ao atendimento integral do usuário que vai a busca da ESF. Exemplo:

– Primeiro lugar, a gente não sabe o que fazer com estes pacientes. Teve um paciente psiquiátrico que a gente tentou levar para o hospital e o hospital não aceitou. Tentamos e o hospital não atendeu. É isto que me incomoda bastante. É um paciente que tem outros problemas clínicos e o hospital geral não aceita porque é paciente psiquiátrico. Ele tem outras doenças e eles não vêem de forma integral (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

– Foi encaminhada para o Caps e o Caps liberou, porque esse tratamento ela poderia fazer no PSF (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Outra situação vinculada às concepções de saúde mental são as queixas inespecíficas de usuários da ESF que chegam aos profissionais:

– Por serem casos que, na verdade, não é a grande loucura do paciente psiquiátrico, a gente tem dificuldade de encaminhar. Eu como médico não me sinto preparado para acompanhar e tratar, é um paciente que não consigo identificar benefício medicamentoso, que não vou encaminhar para o Caps, pois ele não vai receber atendimento pelo fato do serviço estar voltado para pacientes mais graves (GRUPO 4, 2008, p. 1-13).

Segundo Fonseca (2007), as clientela consideradas menos graves ainda não são objetos de investimentos e atenção até mesmo das políticas de saúde em geral. O que podemos perceber na fala é que parte significativa daqueles que pedem ajuda nos serviços de saúde por queixas somáticas inespecíficas apresenta uma dificuldade no manejo das manifestações de sofrimento, que não é a loucura clássica, o que dificulta o encaminhamento dos profissionais.

Uma das características presentes nos discursos analisados foi a necessidade de cuidado para a equipe da ESF, pois as dores e sofrimentos que atingem os usuários podem atormentar os profissionais:

– É muito sobrecarga e, aí, eu digo: – Não aperte minha cabeça. Não aperte minha

mente não! Você fica sentindo impotência e qualquer ser humano, qualquer pessoa pode surtar (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

– Pelo dia a dia, pelo desempenho, a mente do ser humano é capaz de algo maravilhoso, mas ao mesmo tempo é frágil (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

– Para a gente começar a fazer um trabalho externo, é necessário um trabalho interno com o psicológico e equilíbrio da gente, pois a gente anda muito estressado, por conta de toda essa problemática que tem aqui. Eu preciso ser trabalhada primeiro, para trabalhar lá fora. Eu, sinceramente, me sinto insegura de fazer atividades externas, pois eu tenho os mesmos traumas que eles. Eu não tenho equilíbrio porque sofro dos mesmos problemas que a comunidade. Eu não vou para lá mostrar uma coisa que eu não sou (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

– Um trabalho com todos os profissionais. Como é que a gente vai passar uma boa imagem da unidade, quando a unidade está capenga. Como é? A gente não pode passar uma coisa boa se não é? (GRUPO 5, 2009, p. 1-11)

– Às vezes, o agente comunitário fica mais doido do que a comunidade. Cada agente tem sua comunidade para tomar conta e cada uma tem uma coisa diferente e tem que ouvir um pouco de cada um, com diferentes necessidades de atenção. Tem que fazer uma preparação psicológica aqui, um balanço interno para poder lidar com isso (GRUPO 5, 2009, p. 1-11).

As questões pessoais e profissionais em torno da saúde mental se misturam na prática diária e os membros das ESF se identificam com os problemas da comunidade, gerando também demanda para um cuidado voltado para a equipe.

Os agentes comunitários de saúde são os profissionais mais expostos aos dramas familiares dos usuários, pois residem na mesma área dos pacientes e uma das suas funções é a visita domiciliar. São indivíduos com intensa sobrecarga emocional, muitos deles entram em sofrimento psíquico, sem conseguir separar o pessoal do profissional:

– Eu tive no Juliano Moreira e o psiquiatra disse que qualquer um de nós pode, de repente, ter um surto, e isso me deixou um pouco preocupada. Meu Deus, meu Deus! Qualquer um de nós pode ficar assim, devido a muito stress e muitos problemas (GRUPO 6, 2008, p. 1-10).

Assim, cada um dos trechos das narrativas apresentadas revela a riqueza das múltiplas experiências das equipes de saúde da família, destacadas pela análise teórica que permite lançar um novo olhar sobre o assunto.

Referências

BRASIL. Lei n.º 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 182, 20 set. 1990a. Seção 1. p. 18.055-18.059.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 1º out. 2013.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Tradução Fernando Tomaz, 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. New Jersey: Prentice Hall, 1966.

CASSEL, J. Psychosocial process and stress: theoretical formulation. **International Journal of Health Services**, [s.l.], v. 4, no. 3, p. 471-82, 1974.

DAVIES, B.; HARRÉ, R. Positioning: the discursive production of selves. **Journal for the theory of Social Behavior**, Malden, v. 20, no. 1, p. 43-63, Mar. 1990.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. URSS : Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde Alma-Ata, 1978.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problemas de nervos:** uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal estar nas classes populares. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método.** Tradução Flávio Paulo Meurer, 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana.** Tradução Maria Célia dos Santos Raposo, 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1983.

GRUPO1. **Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família:** grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Jequié: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-21. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 2. **Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família:** grupo de discussão [ago. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Ilhéus: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-20. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 3. **Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família:** grupo de discussão [abr. 2008]. Moderadores: Rozemere Cardoso de Souza e Erika Antunes Vasconcellos. Vitória da Conquista: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-15. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 4. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Feira de Santana: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-13. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 5. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [maio 2009]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. p. 1-11.

GRUPO 6. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [nov. 2008]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Salvador: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

GRUPO 7. Projeto Construção Social da Aprendizagem acerca da Saúde Mental e Saúde da Família: grupo de discussão [abr. 2009]. Moderadores: Josenaide Engracia dos Santos. Ilhéus: Uesc: Fapesb, 2009, gravador digital. p. 1-10. Grupo de discussão produtor sobre a inserção da saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.

KAPLAN, B. H.; CASSEL, J. C.; GORE, S. Social support and health. **Medical Care**, Washington, DC, v. 15, no. 5, p. 47-58, May 1977.

KLEINMAN, A. Concepts and Model for the Comparison of Medical Systems. **Social Science and Medicine**, [Atlanta], v. 12, p. 85-93, 1978. Bimestral.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família:** uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cdo9_16.pdf>. Acesso em: 1º out. 2013.

RABELO, M. C. M.; ALVES, C. B.; SOUZA, I. M. A. Signos, significados e práticas relativos à doença mental. In: _____ (org.) **Experiência de doença e narrativa.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um Olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

SPINK, M. J. P. (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília, DF: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.