



Gaiolas da saúde mental

Patricia Barbosa do Nascimento

RESUMO

Práticas socioeducativas na promoção de saúde como táticas de formação, sensibilização e reflexão sobre o manejo dos profissionais de saúde da atenção primária com pacientes em sofrimento psíquico e transtornos mentais. Trata-se, de um “Relato de Experiência” desenvolvido pelo Serviço Social da equipe multidisciplinar da unidade básica de saúde, no modelo de atenção de estratégia saúde da família. Discorre sobre a preconização dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e transtornos mentais e discute os “tabus” no acolhimento inicial e manejo dos profissionais da atenção básica, pensando a partir das mudanças na rede de atenção psicossocial a luz do movimento da luta antimanicomial. Os resultados mostram uma resistência dos profissionais com viés fragilizado no sentido da estigmatização das demandas de saúde mental e do manejo psicossocial desses pacientes. Este projeto fortalece a necessidade da educação permanente na atenção básica como estratégia de formação e conscientização como meio de aprendizagem e qualificação profissional.

Palavras-chave: Serviço-social, Transtorno-mental, Atenção-primária.

1 INTRODUÇÃO

Esse projeto foi pensado e elaborado a partir da demanda observada no ambiente da unidade básica de saúde, e de relatos trazidos pelos pacientes atendidos em relação ao acolhimento inicial na UBS. Alguns pacientes e familiares verbalizam um sentimento de desconforto e por vezes estigmatizantes em decorrência do comportamento no ato de acolhimento inicial dos profissionais em geral na UBS.

Imaginamos que, algumas vezes todo profissional de Saúde já tenha se sentido inseguro, surpreso ou sem saber como agir, assim que identificou uma demanda de saúde mental. Também acreditamos ser provável que em algumas destas situações o profissional se sente improvisando, ou usando a intuição e o bom senso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, p.23, 2013).

Apesar dos avanços na legislação que referencia a rede de atenção à saúde e fluxos de atendimentos de pacientes em sofrimento psíquico e transtorno mental, ainda podemos observar alguns “tabus” que geram intrinsecamente resistência ao atendimento dos pacientes na atenção básica de saúde. Tais situações deixam os pacientes mais fragilizados e vulneráveis a situações que podem causar exposição a riscos e gerar conflitos/violência.

Mas como vincular o paciente na unidade básica de saúde, se seu acolhimento inicial esta causando sofrimento tanto a ele quanto ao próprio profissional da UBS, que não apresenta manejo adequado para que se sinta seguro e consiga acolher o paciente, como intermediar essa relação para justamente evitar situações de risco e conflitos.



Segundo o caderno da atenção básica 34, o acolhimento inicial é fundamental para que essa relação se estabeleça:

O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma primeira conversa, por meio do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de modo que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços. (BRASIL, 2013, p.25).

A reformulação da saúde mental trouxe mudanças nas políticas públicas e modelos de assistência em saúde no contexto do atendimento ao usuário, vêm com objetivo de combater o estigma e a exclusão ampliando o contexto social desses pacientes no âmbito do cuidado integral e na construção da rede de atenção psicossocial com o viés do caráter libertador, ampliando o olhar sistêmico e reinserindo a pessoa em sofrimento psíquico e transtorno mental na sociedade com perspectivas do desenvolvimento da autonomia da própria vida, assim devolvendo a esses pacientes o direito à vida social, reinserção no âmbito familiar, no mercado de trabalho e interação com os serviços de atenção à saúde e da rede intersetorial.

A PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*), Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 1º à instituição da Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2011).

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

No art. 5º da mesma portaria que institui a Rede de Atenção Psicossocial, a unidade básica de saúde é um dos pontos de atenção apoiado e matriciado pelas equipes de NASF, hoje após uma reestruturação da política, as equipes de NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família não compõem mais a atenção básica que é apoiada por equipe Multiprofissional.

Esse atendimento era garantido pelo Núcleo de Apoio à Saúde (NASF), criado em 2008, mas foi desmontado pela última gestão. A falta de financiamento do último governo para que estados e municípios pudessem manter as equipes organizadas e funcionando causou desassistência, principalmente nas regiões mais vulneráveis do Brasil. Com a reconstrução e reformulação dessa estratégia, agora chamada de eMulti, a expectativa é que 4 mil equipes multiprofissionais voltem a se organizar e prestar esse atendimento em todo país.

"O eMulti retoma, inova e fortalece o cuidado multiprofissional na Atenção Primária, a partir da experiência do NASF que era parte estruturante do SUS. Essa retomada é uma das prioridades para saúde no governo do presidente Lula, além de ter sido uma demanda de gestores municipais e estaduais. Estamos reconstruindo a assistência, o cuidado integral,



resgatando o acesso à saúde dos brasileiros", reforçou o secretário-executivo do Ministério da Saúde, Swedenberger Barbosa.

A retomada das equipes multiprofissionais é fundamental para assegurar o cuidado integral da população, aumentando a resolutividade dos problemas de saúde na Atenção Primária, já que os brasileiros terão acesso aos atendimentos especializados nas Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL, 2023)

A reformulação da política de assistência e estratégia de cuidado dos pacientes em sofrimento psíquico e transtorno mental trouxe um desafio no processo de trabalho e assistência em saúde para os profissionais da atenção básica. Desafios na atuação e desenvolvimento do processo de trabalho que agora preconiza um olhar sistêmico e ampliado para a saúde mental com limitações das condições técnicas e qualificação para manejo e constituição do processo de cuidado desses pacientes, sendo ainda um longo caminho a ser desenhado.

Na proposta da Educação Permanente em Saúde, a mudança das estratégias de organização e do exercício da atenção, da gestão, da participação ou da formação é construída na prática de equipes, trabalhadores e parceiros, devendo considerar a necessidade de implementar um trabalho relevante, de qualidade e resolutividade. As demandas para qualificação ou especialização são demandas para a promoção de pensamento e ação. (BRASIL, 2014.)

Este artigo vem enfatizar a necessidade da educação permanente e a qualificação diária na trajetória dos colaboradores da atenção básica com o objetivo de traçar boas perspectivas de cuidado e acolhimento desses pacientes, mas ainda é um caminho desafiador.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, a partir de “relato de experiência” da vivência do Serviço social na atenção básica de saúde.

2.1 PARTICIPANTES

Participaram desta ação todos os colaboradores que estavam presentes na unidade de saúde, sendo um total de *135 funcionários* com faixas etárias de 18 a 69 anos de idade, divididos em quatro grupos em horários diferentes, com oficinas de 2 horas aproximadamente.

2.2 INSTRUMENTOS

Foi aplicado um questionário de perguntas com roteiro semiestruturado, com objetivo de coletar dados sobre situações de convívio no ambiente de trabalho, na vida social e a relação pessoal com pacientes em estado de sofrimento psíquico e transtorno mental.



Tabela 1. Questionário aplicado com perguntas semiestruturadas.

Você acredita que deve se manter afastado de pessoas com transtornos mentais? SIM () NÃO ()	Pessoas com transtornos mentais oferecem risco a todos? SIM () NÃO ()	Você trabalharia com pessoas com transtornos mentais? SIM () NÃO ()	Você se importaria de tê-los como seus vizinhos? SIM () NÃO ()	Você se importaria de conviver com pessoas com transtorno mentais? SIM () NÃO ()	Você se importaria de tê-los como amigos? SIM () NÃO ()	Se algum familiar se relacionar afetivamente com uma pessoa com transtorno mental, você se importaria? SIM () NÃO ()	As pessoas com transtornos mentais são incapazes para o trabalho. Você concorda?
---	---	---	--	--	---	--	--

2.3 MATERIAIS

A atividade foi realizada na área externa da UBS, que se trata de jardim com uma cobertura e apoio de equipamentos de multimídia. Os colaboradores foram dispostos sentados em círculos.

Os recursos utilizados foram a partir de apresentação em Power point, vídeos lúdicos, dinâmicas grupais, flip chart papel, canetas hidrográficas e materiais bibliográficos sobre a lei vigente.

2.4 PROCEDIMENTO

O caminho metodológico foi traçado a partir de apresentação de aula expositiva de conteúdos sobre os hospitais asilares manicomiais, (holocausto brasileiro) movimento da luta antimanicomial, seguido de roda de conversa com compartilhamento de experiências e reflexões sobre o acolhimento inicial desses pacientes na UBS e apresentação da rede de atenção psicossocial, fluxos e encaminhamentos. E para encerramento foi elaborado pelos participantes a construção de cartazes com o mapa de cuidados da rede de atenção psicossocial e intersetorial e a importância da promoção do cuidado em saúde mental. Na sequência foi realizado aplicação do questionário com as perguntas semiestruturadas.

Destacamos dentre estes momentos a dinâmica lúdica da “gaiola”. A gaiola simbolizava os hospitais asilares manicomiais, assim foi entregue a cada um dos colaboradores um passarinho em formato de papelão e deixamos os participantes livres para que ao final da atividade, escolhessem se deixariam ou não o passarinho na “gaiola”.

3 RESULTADOS

Todos os resultados do roteiro de perguntas foram analisados em conjunto e não por faixa etária, os conteúdos foram analisados por meio de protocolo segmentado em categorias de análise.

Responderam ao questionário **135** profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, equipe multidisciplinar, administrativos, profissionais da limpeza e auxiliares de enfermagem). Apresentaremos em conjunto e na sequência traremos a apresentação da análise das respostas do questionário aplicado.



Acerca da pergunta 1, tivemos 130 profissionais de saúde que responderam que “*não*” é necessário manter afastamento de pessoas com transtornos mentais e 05 responderam que “*sim*”, devem se manter afastados.

Na sequência, em resposta à pergunta 2, 128 profissionais que responderam que os pacientes “*não*” oferecem risco a todos e 07 colaboradores responderam que “*sim*”, eles oferecem risco.

Em continuidade ao questionário, na pergunta 3, notamos que 19 colaboradores responderam que: “*não*” trabalhariam com pessoas com transtornos mentais e 116 colaboradores responderam que “*sim*” trabalhariam.

Na pergunta 4, 119 participantes responderam que “*sim*”, se importariam de ter pessoas com transtornos mentais como vizinhos e apenas 16 responderam que “*não*” se importariam.

Em referência a pergunta 5, 121 participantes indicou que “*sim*”, se importariam em conviver com pacientes com transtornos mentais e somente 14 disseram que “*não*” se importariam.

Ao questionarmos na pergunta 6 se os participantes se importariam em ter amigos com transtornos mentais, 122 colaboradores responderam que “*sim*” se importariam e 13 responderam que “*não*” se importariam em tê-los como amigos.

E ainda na trilha do questionário, na pergunta 7, observamos que 87 dos participantes responderam que “*sim*”, se importariam se alguém da família tivesse um relacionamento afetivo com pessoas com transtornos mentais, e 48 responderam que “*não*” se importarem.

Para finalizarmos, na resposta 8, 26 colaboradores concordaram que “*sim*”, as pessoas com transtornos mentais são incapazes para desenvolverem atividade laboral e 109 disseram que “*não*” concordam.

Assim para continuarmos nosso debate e reflexões sobre a saúde mental é necessário “superarmos o modo asilar a partir da concretização da liberdade” (Nicácio e Campos, 2007). Na dinâmica da “gaiola” tivemos 05 passarinhos que foram engaiolados ao final da atividade, a seguir traremos as discussões dos colaboradores.

Alguns profissionais relataram que entendem que: “os pacientes “*graves*” deveriam ser mantidos em hospitalizações sem direito a alta hospitalar, pois os familiares não tem como manter o cuidado e acreditam que o paciente não se manteria estável fora do ambiente de internação”.

Quantos pedidos de “– Me tira daqui!” ainda são necessários? “Os processos de ‘anestesiamento’ de nossa escuta, de produção de indiferença diante do outro, têm nos produzido a enganosa sensação de salvaguarda, de proteção do sofrimento” (BRASIL, 2008, p. 12).

Outros relataram que: “sentem medo de acolher os pacientes com sofrimento psíquico e transtornos mentais, pois geralmente eles são agressivos e não tem escuta”.



Alguns profissionais apontaram que: “sentem dificuldades em diferenciar pacientes com transtorno mental e pessoas usuárias de substâncias ilícitas e que tem medo de sofrer algum tipo de violência”. Também houve relatos de que: “a saúde mental é difícil de manejar, de encaminhar para a rede de serviços e de cuidar”. Nessa troca de experiências e ideias, os colaboradores disseram que: “existe o preconceito em relação a esses pacientes, que eles são excluídos e vistos como incapazes sim e isso às vezes é inconsciente”. Houve outros que: “entenderam a questão dos hospitais manicomiais como um lugar de tortura e se sensibilizaram”, alguns profissionais “acreditam que todo o paciente tem direito a conviver no ambiente familiar e serem tratados pela rede de atenção psicossocial”. Uma boa quantidade dos profissionais de saúde ali presentes, não conheciam a história dos hospitais manicomiais e não entendiam o movimento da luta antimanicomial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência nessa atividade foi atravessada por uma resistência intrínseca da compreensão da saúde mental nos moldes atuais, em que os sujeitos adoecidos devem ser tomados por autonomia e protagonismo da sua própria vida.

É quase que automático que ao adentrarmos o debate sobre o cuidado de pacientes em sofrimento psíquico e transtornos mentais, a sociedade em seu molde conservador direcione as ideias ao “cuidado” asilado em locais onde essas pessoas permanecem internadas e excluídas socialmente. Pensar esses pacientes como pessoas que transitam em todos os espaços sociais ainda gera um incomodo que podemos chamar de “tabu”, pois o medo existencial de que algo poderá acontecer com ele e há terceiros por sua condição de saúde e quase inevitável para a maioria da população.

Ao que nos parece há uma dificuldade dos profissionais de saúde na atenção básica em manejar o acolhimento/atendimento dos pacientes que apresentam sofrimento psíquico e transtornos mentais, certos que é um desafio a partir das mudanças propostas no modelo de atenção psicossocial, sendo necessária uma imersão diária a luz dos esclarecimentos da educação permanente, uma ação imprescindível para que os profissionais de saúde sintam-se capacitados para acolher e manejar os cuidados com os pacientes.

Mas há também intrinsicamente um preconceito incutido socialmente e que precisa ser disseminado, principalmente nos ambientes de saúde pública, é muito comum em alguns casos haja contra transferência dos profissionais em relação aos pacientes atendidos, e nesses casos a transferência de valores, costumes, medos e preconceitos que atingem direta e indiretamente o processo de trabalho, e sobrepõe a ética profissional, deixando-a em segundo plano.

O significado, o sentido, os sentimentos despertados são diferentes de acordo com a experiência de cada um e sua história familiar. Isso, muitas vezes, dificulta a percepção e o entendimento dos profissionais de Saúde (...), pois suas referências individuais, culturais e



sociais são diferentes. O olhar, o escutar, o observar, o perceber e o entender a diversidade da forma de viver em família são fortemente influenciados pelas concepções de família, pelas crenças e valores de cada profissional, mas essas barreiras culturais e de comunicação podem ser enfrentadas a partir de uma abordagem que favoreça a reflexão, o diálogo, a escuta e o acolhimento do usuário. (BRASIL, 2013, p.63)

A partir das respostas do questionário aplicado, os profissionais de saúde manifestaram um desafio maior em conviver, ou manter relações afetivas com pessoas com sofrimento psíquico e transtornos mentais, tê-los como amigos, vizinhos ou vê-los em algum relacionamento amoroso com algum familiar pareceu algo que não traria uma tranquilidade.

A maioria dos participantes compreende que as pessoas com transtornos mentais estão aptas para desenvolverem atividades laborais e não são incapazes para tal. E tê-los como colegas de trabalho e conviver no mesmo ambiente, não é algo que traga desconforto.

Os resultados importaram a presença da limitação do manejo e cuidado em saúde mental dos profissionais da atenção básica, e como ainda existe uma ausência de elementos de qualificação do cuidado e abrangência de atividades de natureza da educação permanente de cunho psicossocial para a conscientização, sensibilização e responsabilização desse cuidado sem prejuízos e, além disso, ainda há a necessidade da dissolução do preconceito em acolher tais pacientes, se pelo viés do risco social ou pelo viés da ausência de conhecimento.

O fortalecimento da rede de atenção psicossocial e da rede intersetorial no matriciamento e no acolhimento dos pacientes é algo que vem para engajar a gestão e desenvolvimento do processo de trabalho.

Levar essa reflexão sobre o manejo e acolhimento inicial de pacientes com sofrimento psíquico e transtornos mentais na atenção primária a saúde é algo extremamente relevante e atual em nossa sociedade, tendo em vista a existência da resistência nesse cuidado incutido em preconceitos e moldes axilares.



REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

<https://aps.saude.gov.br/noticia/21417>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe3/107-127/pt/>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf

<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe3/107-127/pt/>

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/878608/1033-7367-1-pb.pdf>

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html