



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

KAROLINA MIRELLA OLIVEIRA PEREIRA COSTA

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CIDADES RURAIS: AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

KAROLINA MIRELLA OLIVEIRA PEREIRA COSTA

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CIDADES RURAIS: AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
bacharel em Psicologia
Área de concentração: Psicologia.

Orientador: Prof.^a Dr.^a. Josevânia Silva

**CAMPINA GRANDE
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837a Costa, Karolina Mirella Oliveira Pereira.
Atenção à saúde mental em cidades rurais [manuscrito] :
avaliação dos serviços por profissionais da Atenção básica /
Karolina Mirella Oliveira Pereira Costa. - 2019.
26 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Josevânia da Silva ,
Departamento de Psicologia - CCBS."
1. Atenção básica. 2. Saúde mental. 3. Ruralidades. I.
Título
21. ed. CDD 362.2

KAROLINA MIRELLA OLIVEIRA PEREIRA COSTA

**ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CIDADES RURAIS: AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

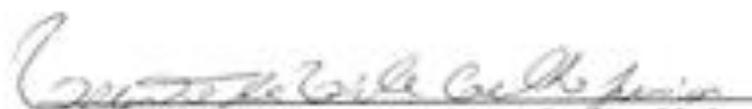
Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Psicologia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito à obtenção do
título de Bacharel em Psicologia

Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 27/06/2019

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª Dr.ª Josevânia da Silva (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dr. Leconte de Lisle Coêlho Júnior
Faculdade Maurício de Nassau (FMN)


Prof.ª Dr.ª Laércia Maria Bertulino de Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ao grupo autointitulado “Arco-íris” composto
por usuários do CAPS III- Reviver, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À “menina” que ensinou quase tudo o que eu sei; minha mãe Janaina Oliveira, ao meu pai Manoel Pereira, e aos demais familiares por todo o amor, cuidado e dedicação. Vos digo: Conseguimos!

À professora Josevânia da Silva, que me acolheu como orientanda e que aprendo cotidianamente, além dos muros da universidade. Sou grata por todos os afetos que compuseram essa reta final de curso.

À professora e supervisora Thelma Grisi. O contato com a Psicologia Social Comunitária, através de seu projeto de extensão e posteriormente no estágio supervisionado, foi um divisor de águas em minha vida. Obrigada por me estimular a encontrar saída onde não existe porta.

Aos professores do curso de Psicologia da UEPB; Laércia Medeiros, Lígia Gouveia, Ana Cristina Loureiro, Jorge Dellane, e em especial aos mestres que encontrei ao longo da formação em Psicologia Social: Roniere Moraes, Leconte Coelho e Ana Raquel Oliveira, por sempre acreditarem no meu potencial. Vocês são inesquecíveis!

Ao meu companheiro Pablo, que é meu amigo, confidente, e por vezes, meu psicólogo. Sou grata pela companhia, incentivo, paciência e amor.

Aos amigos que encontrei na UEPB; Ana Carolina, Ludwig Leal, Diego Araújo, Virgínia Trovão, Thayne Nayara e, sobretudo, à turma de Psicologia 2014.1, por partilharem comigo os momentos doces e amargos dessa graduação.

Às minhas “Maluvidas” Larissa Ribeiro, Gabrielle Vasconcelos, Linnie Emanuelle e Mísia Moraes por todo o suporte, compreensão, carinho e por não soltarem minha mão ao longo desses quase cinco anos de curso. Amo vocês!

Aos amigos que fiz ao longo do meu Estágio Supervisionado; Antony, Kiara, Marina, Raquel, e todos os usuários e familiares do CAPS III- Reviver, por me ensinarem que não preciso ir até o fim do Arco-Íris para encontrar um tesouro.

Desamarrar as vozes, dessonhar os sonhos: escrevo querendo revelar o real maravilhoso, e descubro o real maravilhoso no exato centro do real horroroso da América.

Nestas terras, a cabeça do deus Elegguá leva a morte na nuca e a vida na cara. Cada promessa é uma ameaça; cada perda, um encontro. Dos medos nascem as coragens; e das dúvidas, as certezas. Os sonhos anunciam outra realidade possível e os delírios, outra razão.

Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia.

Nessa fé, fugitiva, eu creio. Para mim, é a única fé digna de confiança, porque é parecida com o bicho humano, fodido, mas sagrado, e à louca aventura de viver no mundo

(Eduardo Galeano)

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. MÉTODO	12
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
4. CONCLUSÃO	22
5. REFERÊNCIAS.....	25

ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM CIDADES RURAIS: AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS POR PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Karolina Mirella Oliveira Pereira Costa

RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica sobre os serviços e ações em saúde mental em cidades rurais das quatro macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, a partir do quadro teórico da vulnerabilidade. Participaram 40 profissionais de saúde com idades variando de 23 a 67 anos ($M=37,4$; $DP=10,54$), sendo a maioria do sexo feminino (33 profissionais). Foram utilizados como instrumentos um questionário sócio laboral e entrevista semiestruturada. Os dados referentes ao questionário sociolaboral foram analisados através de estatística descritiva. Já os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo do tipo Categorical Temática. A análise de conteúdo das entrevistas evidenciou a emergência de 202 unidades de conteúdos, as quais formaram quatro categorias temáticas (Caracterização da demanda, Pessoas com Transtornos Mentais Comuns, Atendimento na Atenção Básica e Atendimento na cidade) e 16 subcategorias. Verificou-se uma preocupação em identificar a demanda em saúde mental, porém, na maioria dos casos, essa prática não implica na responsabilização da equipe pelo usuário em sofrimento psíquico. Essa identificação é seguida de encaminhamentos e/ou prescrição medicamentosa. Tais práticas não têm favorecido intervenções orientadas por uma perspectiva territorial, a qual convida o profissional a considerar as múltiplas determinações e singularidades dos modos de vida, que reverberam nas formas de adoecimento e sofrimento, bem como nas possibilidades de suporte e cuidado.

Palavras-chave: Ruralidades, Atenção Básica, Saúde Mental.

1. INTRODUÇÃO

Desde 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades*”. Este conceito agrega à saúde um caráter multidisciplinar. Nesse sentido, houve o deslocamento da atenção dada ao discurso biológico para uma atenção integral e integrada, composta por diversos saberes que pudessem construir uma visão global do sujeito em sofrimento, levando em conta sua singularidade (SPINK; MATTA, 2007).

A partir dessa mudança de paradigma, as políticas coletivas no campo da saúde concebem a doença como um processo complexo e percebem no conjunto de condições de existência da população, seus determinantes nos processos saúde-doença, isto é, leva-se em consideração a determinação social da doença (SPINK; MATTA, 2007). Além disso, a saúde passa a ser pensada como um direito fundamental numa perspectiva que tem como horizonte os direitos humanos.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 deu uma nova forma à saúde do país, estabelecendo-a dentro dos preceitos da Reforma Sanitária. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo, além disso, o conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A promulgação da Lei Orgânica da saúde definiu a instauração do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e suas diretrizes de descentralização, hierarquização e regionalização com ênfase na preservação da autonomia, no direito à informação e na participação da comunidade. (SPINK; MATTA, 2007).

Desde então, as políticas públicas em saúde integram o campo da ação social do governo e orientam-se, conforme a Constituição Federal, para a melhoria das condições de saúde da população. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas consiste em organizar as funções governamentais para a viabilização do cumprimento das princípios e diretrizes do SUS, para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (CREPOP/CFP, 2013).

No que concerne à Política Nacional de Atenção Básica, esta tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária. Cabe destacar que para alguns autores, considera-se uma dubiedade entre os termos "Atenção Básica" e "Atenção Primária", porém, conforme Giovanella (2018), o termo Atenção Básica substitui o termo Atenção Primária, buscado uma diferenciação ideológica em relação ao reducionismo presente

na ideia de Atenção Primária, com o objetivo de construção de um sistema público universal em uma concepção de cidadania ampliada.

O termo Atenção Básica faz referência a uma assistência ambulatorial não especializada, que pode conjugar atividades clínicas e preventivas, desenvolvidas em serviços de fácil acesso, orientados para cobrir agravos e condições de saúde mais comuns e resolver parte significativa dos problemas de saúde de uma população (ANDRADE, 2017; BRASIL, 2013). Seus pontos de atenção são: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Equipes de Atenção Básica para populações específicas e Centros de Convivência e Cultura. Essas estratégias de organização da Atenção Básica devem seguir as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades regionais (BRASIL, 2012; 2013).

Caracteriza-se como “porta de entrada” preferencial do SUS, é composta por um conjunto de ações em Saúde, no âmbito individual e coletivo, almejando desenvolver uma atenção integral que favoreça a autonomia das pessoas, sem perder de vista os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012). Segundo Andrade (2017), após a consolidação das propostas apresentadas pela Reforma Psiquiátrica através da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001, a Atenção Básica foi constituindo-se como um espaço privilegiado para intervenções em saúde mental. Destaca-se nesse período, a instauração da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) que orienta a criação, ampliação e articulação dos diversos pontos de atenção à saúde visando garantir a integralidade na atenção às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Ainda sobre a RAPS, é necessário destacar que quanto aos aspectos organizativos, é preconizado que a Atenção Psicossocial, em cada Região de Saúde, deve estruturar-se em diferentes pontos da rede SUS, a saber: atenção primária, atenção psicossocial especializada, atenção à urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégia de desinstitucionalização, reabilitação psicossocial (MACEDO *et. al.*, 2017). Os princípios fundamentais desta articulação entre a Saúde Mental e a rede de serviços centram-se na noção de territorialização, modelo de cuidados em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, atendimento multiprofissional e interdisciplinar, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia de usuários e familiares (SPINK; MATTA, 2007).

A maior implementação de políticas públicas nas duas últimas décadas colaborou para melhorias nos indicadores sociais do país, porém, esses avanços foram insuficientes quanto ao acesso à infraestrutura e às políticas públicas de saúde (DIMENSTEIN *et. al.*, 2017). Sabendo que os processos de produção de saúde estão alicerçados nas determinações históricas e territoriais, no Brasil, quando se trata de contextos rurais, a situação é ainda mais preocupante. As populações rurais atravessam dificuldades para acessar equipamentos de saúde, não têm cobertura satisfatória do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As fragilidades existentes nos serviços de saúde de cidades rurais aumentam as chances de exposição ao adoecimento dos moradores destas localidades, ou seja, colaboram para as vulnerabilidades em saúde (SILVA; PICHELLI; FURTADO, 2017). As análises sob a perspectiva da vulnerabilidade devem considerar três planos ou dimensões que se relacionam mutuamente para constituir a especificidade de uma situação em saúde, visando superar a dicotomia entre o indivíduo e social (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

No modelo teórico da vulnerabilidade, a primeira dimensão é a individual, onde são reconhecidos os acontecimentos vivenciados pelos indivíduos, suas trajetórias e diferentes condições econômicas e intersubjetivas; na dimensão social, se analisam cenários socioculturais, relações de poder e de proteção ou discriminação de direitos; e o terceiro plano, a dimensão programática, abarca a dimensão social e individual, além de analisar políticas e serviços de diversos setores como elementos intervenientes no processo de vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Os princípios do SUS só podem ser efetivados por profissionais que se transformam em sintonia com a transformação das próprias práticas de saúde (DIMENSTEIN *et. al.*, 2017). Por conseguinte, é necessário que do ponto de vista acadêmico, haja formas diferenciadas de pesquisar, ensinar e intervir no modo de fazer saúde nos mais diferentes contextos (DIMENSTEIN *et. al.*, 2015).

Esta pesquisa teve por objetivo analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica sobre os serviços e ações em saúde mental em cidades rurais das quatro macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, a partir do quadro teórico da vulnerabilidade. Acredita-se que este estudo possa contribuir com a construção de instrumentos e conhecimentos para que os mecanismos de saúde, mais precisamente a Atenção Básica, cumpra com os princípios da universalidade, equidade, integralidade,

descentralização, participação popular e responsabilidade social junto às pessoas em sofrimento psíquico.

2. MÉTODO

2.1. DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e analítico de caráter transversal, com abordagem quantitativa e qualitativa.

2.2. LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada em unidades de saúde da atenção básica localizada em cidades rurais da Paraíba. Para a escolha das cidades, levou-se em consideração, primeiramente, a organização da assistência em saúde na Paraíba, que é dividida em quatro macrorregiões de saúde e 16 microrregiões de saúde. Cada macrorregião é composta por um determinado número de regiões de saúde e estas, por sua vez, abrangem um determinado número de municípios (Paraíba, 2015). A figura 01 apresenta esta distribuição

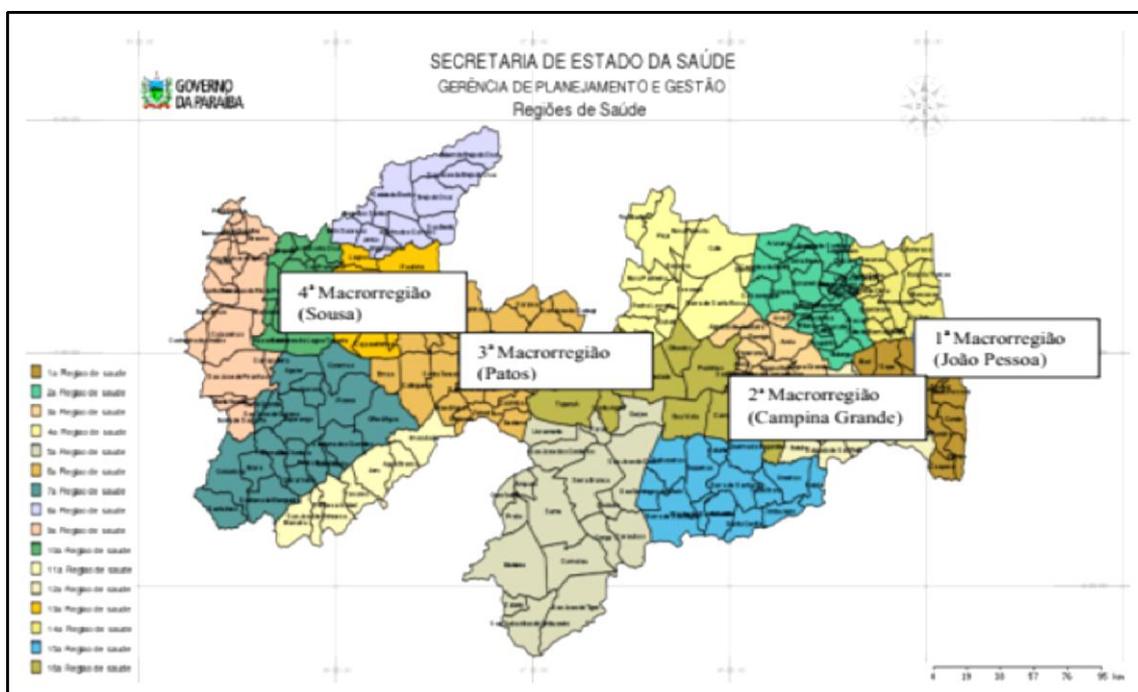


Figura 1. Mapa das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, com seus municípios abrangentes.

Dentre os 223 municípios paraibanos, 155 (69,5%) possuem população com menos de 10.000 habitantes. Assim, para melhor caracterizar as cidades rurais, esta

pesquisa foi realizada em municípios com população de 10.000 habitantes. Para tanto, foram sorteadas quatro cidades em cada macrorregião de saúde, totalizando 16 cidades.

2.3. PARTICIPANTES

Participaram do procedimento de entrevista 40 profissionais de saúde, sendo 10 da primeira macrorregião de saúde da Paraíba, 10 da segunda, 9 da terceira e 11 da quarta. O número de participantes se explica em razão dos profissionais que estavam presentes, nos serviços de saúde, no momento em que foi realizada a coleta de dados; bem como em razão daqueles que aceitaram realizar o procedimento de entrevista. Assim, participaram profissionais que fazem parte da equipe mínima da atenção básica, abarcando as seguintes categorias: enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e dentista.

Os profissionais foram abordados em seus ambientes de trabalho. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: a) ser profissional da atenção básica de cidades rurais há no mínimo seis meses; b) ser profissional de saúde da equipe mínima da atenção básica.

2.4. INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: a) Questionário sócio laboral com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil, sexo e aspectos da atividade profissional; b) Entrevista semiestruturada com questões sobre a avaliação dos serviços de saúde e sobre as demandas em saúde mental.

2.5. PROCEDIMENTOS

Após a aprovação da pesquisa pelo comitê de ética, foi iniciada a coleta de dados. Ao serem contatados, os participantes foram informados acerca do estudo, explicitando o caráter voluntário da participação, seguido da assinatura do “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Por conseguinte, foi solicitado a cada participante, individualmente, que respondesse aos instrumentos (questionário e entrevista). As entrevistas foram gravadas, mediante autorização dos participantes, para posterior transcrição e análise. O tempo médio de entrevista foi 25 minutos.

2.5. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referentes ao questionário sociolaboral foram processados através do software SPSS e analisados através de estatística descritiva (frequência, porcentagem e média). Já os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo do tipo Categorical Temática, conforme Bardin (2011).

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os propósitos do estudo e assinaram termos de consentimento livre e esclarecido conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, foram fornecidas referências de telefones de contato dos pesquisadores para eventuais esclarecimentos de dúvidas ou qualquer outra questão. Foi garantida a confidencialidade dos dados e da identidade dos participantes, bem como assegurado seu direito de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum ônus pessoal ou para a sua atividade profissional.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico e laboral

A idade dos participantes variou de 23 a 67 anos ($M=37,4$; $DP=10,54$), sendo a maioria do sexo feminino (33 profissionais). Em relação à faixa etária, 10 participantes tinham idades entre 23 e 29 anos, 17 profissionais tinham entre 30 e 39 anos, 11 profissionais com idades entre 40 e 49 anos, e 04 possuíam idades acima de 50 anos (54 a 67 anos). A maioria dos profissionais se declararam casados (23 participantes), 11 eram solteiros, 04 se declararam divorciados e 02 viúvos. Quanto à religião, a maioria afirmou ser católico (33 profissionais), 04 se declararam evangélicos, 02 espíritas e uma pessoa se declarou sem religião.

Quanto aos dados do perfil laboral, a maioria dos participantes trabalhava na atenção básica e em serviços de cidades rurais há mais de cinco anos. Semanalmente, a maioria dos profissionais trabalha cinco dias (30 profissionais), outros trabalhavam três dias (04 profissionais) ou quatro dias (06 profissionais). Quanto a carga horária diária de trabalho, 33 profissionais trabalhavam 8 horas, seis trabalhavam 6 horas e um profissional trabalhava 5 horas. Outros dados estão apresentados na tabela 2 abaixo:

Tabela 1. Perfil sociolaboral

Variáveis	Frequência
<i>Categoria profissional</i>	
Enfermeiro	11
Técnico de enfermagem	10
ACS	09
Médicos	08
Dentista	02
<i>Tempo de atuação no serviço</i>	
De 6 meses a 1 ano	07
Entre 1 e 4 anos	11
Entre 5 e 9 anos	06
Entre 10 e 14 anos	06
Entre 15 a 20 anos	07
Mais de 20 anos	03
<i>Tempo de atuação na Atenção Básica</i>	
De 6 meses a 1 ano	04
Entre 1 e 4 anos	10
Entre 5 e 9 anos	05
Entre 10 e 14 anos	08
Entre 15 a 20 anos	06
Mais de 20 anos	07
<i>Tempo de formação profissional</i>	
Menos de 1 ano	02
Entre 1 e 5 anos	07
Entre 6 e 10 anos	09
Entre 11 e 14 anos	04
Entre 15 e 20 anos	05
Mais de 20 anos	07
<i>Carga horária semanal</i>	
20 a 29 horas	04
30 a 39 horas	07
40 horas	29

Análise categorial temática das entrevistas

A análise de conteúdo das entrevistas, a partir do procedimento de análise do tipo categorial temático (Bardin, 2011), evidenciou a emergência de 202 unidades de conteúdos, as quais formaram quatro categorias temáticas e 16 subcategorias. As categorias estão demonstradas no quadro abaixo:

Quadro 1. Saúde mental em cidades rurais, segundo os profissionais de saúde da Atenção Básica (AB)

Categorias	Subcategorias	Unidades de Conteúdo f	Unidades de Conteúdo %
Caracterização da demanda	Ansiedade e Depressão	16	27,7%
	Baixa demanda	13	
	Procura por medicação/receita	22	
	Outros transtornos	05	
Pessoas com Transtornos Mentais Comuns	Explicações para TMC	05	23,3%
	Sintomas	11	
	Comportamento	24	
	Uso de medicamento	07	
Atendimento na Atenção Básica	Ausência de ações	05	42,6%
	Aconselhamento/ conversa	06	
	Encaminhamento	31	
	Tratamento pautado na medicação	12	
	Acompanhamento domiciliar	06	
	Articulação com a rede de atenção psicossocial	26	
Atendimento na cidade	Ausência de profissionais	05	6,4%
	CAPS	08	
Total		202	100

Caracterização da demanda

Na primeira categoria, os profissionais falaram sobre as demandas de saúde que chegam à atenção básica. Segundos os entrevistados, os quadros de ansiedade e depressão são comuns entre as pessoas em sofrimento psíquico, bem como ocorre a existência de outros transtornos. Outros profissionais afirmaram que a demanda em saúde mental é baixa. Destaca-se que a maior frequência de unidade de conteúdo desta categoria foi de relatos que apontavam para as demandas que circundam em torno dos usuários que utilizam a Atenção Básica com o propósito de renovação de receitas

medicamentosas e procura por medicação, conforme afirmam os médicos José e Marcos¹:

“Já tem essa demanda já bem definida de pacientes que fazem uso, principalmente, de benzodiazepinos”.

“Gente que toma remédio controlado aqui é grande [...] tudo viciado em Benzodiazepino né? Tudo tomando Diazepan, Rivotril que é a mesma coisa”.

Percebe-se nos relatos analisados que quase nenhuma ação é feita em contramão a esse tipo de demanda e os profissionais acabam acatando a premissa de que a medicação é a solução. Verifica-se que as intervenções em saúde mental direcionadas para as pessoas que procuram o serviço estão centradas no diagnóstico e na medicação. Este tipo de intervenção, segundo Dantas *et al.* (2018), produz efeitos tanto na organização do processo de trabalho e na vida cotidiana dos usuários, quanto na capacidade de produzir interferências em um cenário onde a pobreza, a desigualdade, a exclusão e a violação de direitos têm ampla visibilidade. Conseqüentemente, as instituições de saúde reverberam nas formas de adoecimento e sofrimento, deixando fissuras nas possibilidades de suporte e cuidado. (SPINK; MATTA, 2007).

Ao se tratar de intervenções e cuidado em saúde e em saúde mental, percebe-se a persistência um *modus operandi* voltado para práticas individualizantes e etnocêntricas, no processo saúde-doença-cuidado na Atenção Básica (DIMENSTEIN *et.al*, 2017; DIMENSTEIN; LEITE, 2014; HIRDES; SCARPARO 2015; MACEDO *et. al.*, 2017; PARREIRA *et.al* 2017). Segundo Dimenstein *et.al* (2015), esta conduta não tem proporcionado produções de conhecimentos e intervenções orientadas numa perspectiva que considere o caráter histórico e territorial, no qual implica as várias determinações e singularidades dos modos de vida.

No âmbito das políticas coletivas da saúde, de acordo com Spink e Matta (2007), deve-se conceber a doença como um processo complexo e atravessado pelo conjunto de condições de existência da população e seus determinantes nos processos saúde-doença, ou seja, deve-se considerar a determinação social no processo saúde-doença-cuidado. Gonçalves (2010) destaca que as políticas públicas em saúde podem ser definidas como conjuntos de disposições, ações, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do governo e regulamentam as atividades relacionadas às tarefas de interesse

¹ Por questão de sigilo, os nomes dos entrevistados foram modificados.

público através de serviços realizados pelo Estado. Tais políticas se materializam através da ação de sujeitos e atividades institucionais.

Segundo Canguilhem (2012), o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, ser “saudável” é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador da saúde, mas, se necessário, de criador de valor e instaurador de normas vitais. Logo, emerge a necessidade de uma prática em saúde que não esteja aliada à normatização estatística. Para produzir saúde, se faz necessário realizar mudanças nos processos de subjetivação dos profissionais de saúde, para que estes possam considerar, em suas intervenções, os diferentes processos determinantes da saúde (SPINK; MATTA, 2007).

Pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC).

Os resultados evidenciam que, no tocante a pessoas com transtornos mentais comuns, o comportamento e os sintomas foram mais frequentemente assinalados pelos profissionais de saúde, conforme afirma Flor, técnica de enfermagem: *“Uma pessoa sem controle, né. Fora de si, não diz nada com nada, aéreo, né. Não corresponde as perguntas que a gente pode fazer tudinho... ele fica meio perturbado, né. [...] fora de si”*.

Segundo Dantas *et. al.*, (2018), os chamados TMC correspondem à maior parte da demanda de saúde mental que chega à rede de atenção primária, principalmente relativos à ansiedade e depressão, demonstrado, por exemplo, através da utilização mais frequente do serviço.

O transtorno mental comum (TMC), trata-se de uma terminologia vastamente utilizada na literatura da epidemiologia psiquiátrica para a caracterização de quadros sintomáticos que não tenham patologia orgânica associada. Tem como principais sintomas insônia, fadiga, queixas somáticas, dificuldade de concentração que causam intenso sofrimento psíquico e geram incapacidade funcional (DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Pesquisas apontam (DANTAS *et.al.*, 2018; DIMENSTEIN *et. al.*, 2016; PARREIRA *et. al.*, 2017) a associação dos TMC com variáveis relativas às condições de vida, trabalho e perspectivas de futuro, tais como a pouca escolaridade, o menor número de bens duráveis, condições precárias de moradia, baixa renda, desemprego e informalidade nas relações de trabalho.

As populações rurais, tal como as urbanas, são atravessadas por condicionantes sociais e culturais que produzem territórios singulares e requerem atenção especial quando se trata do processo saúde-doença-cuidado (DIMENSTEIN; LEITE, 2014). Segundo Dimenstein *et. al.* (2017), as situações de vulnerabilidade como por exemplo a falta de estradas, de transporte adequado, de meios de comunicação, poucos recursos hídricos, existência de riscos ambientais tais como destinação inadequada do lixo, uso de agrotóxicos e realização de queimadas como forma de preparação do solo para plantio, é realidade no meio rural e são desencadeadores de sofrimento.

Atendimento na Atenção Básica

Observa-se, a partir das falas dos entrevistados, um modelo de atuação pautado, predominantemente, pelo encaminhamento para o psiquiatra, para serviços e/ou profissionais especializados. Dimenstein e Leite (2014) apontam que a realização de consultas médicas e a medicalização são as principais práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica. Percebe-se que quando os usuários iniciam o acompanhamento na atenção básica já têm um histórico de tratamento medicamentoso, que passa a ser continuado, geralmente, sem associação com outros recursos terapêuticos e centrado na atuação dos médicos, como nos mostra o agente comunitário de saúde Jasmim:

“[...] se for necessário uma medicação, aqui que o médico vê que resolve, caso não... na maioria das vezes eles encaminham. Pro (*Sic*) CAPS, ou... Primeiro o CAPS, né, porque é a primeira referência. [...] Aí pronto, depois de... de ser é... é... encaminhado, então quando a questão de medicamento, aí ele vai ficar sendo acompanhado ou pelo CAPS [...] Então ele sempre fica acompanhado pelo CAPS.”

É necessário destacar a predominância do modelo médico hegemônico, que postula saberes e fazeres acerca do sofrimento psíquico pautados pelo paradigma racionalista psiquiátrico. Reconhecer somente a medicalização e o encaminhamento ao Psiquiatra como estratégia de suporte, evidencia um desdobramento do referido modelo na saúde mental.

Ao analisar as entrevistas, nota-se também que os profissionais afirmam que existe um acompanhamento domiciliar e escuta junto aos usuários em sofrimento psíquico, conforme relata Margarida, agente comunitária de saúde: “*Sempre a essas pessoas a gente faz uma visita domiciliar pra saber como é que tá sendo, se tá tomando a medicação certa, se tá tomando... Eu faço essa visita*”. Cabe ressaltar, no entanto, que a realização de tais práticas apresenta limitações, uma vez que muitas vezes, as visitas

dependem de um transporte disponibilizado pela prefeitura que nem sempre está disponível para as equipes de saúde. No mais, foi identificado que a escuta é embasada pela nosologia psiquiátrica e pela perspectiva da medicalização através da consulta médica, ademais, tal prática é sempre seguida de encaminhamentos.

No tocante à articulação com a RAPS, nota-se que esta é realizada, na maioria das vezes, através de encaminhamentos. De acordo com Rosa, técnica de enfermagem, a articulação acontece assim: “*Quando chega aqui que é necessitado lá a equipe de enfermagem encaminha logo para lá (NASF), não tem essa... só é encaminhado para lá e pronto*”. Tulipa, Dentista do serviço descreve a articulação da seguinte forma: “*É... O CAPS tem uma relação bacana, né, toda vez que a gente precisa, encaminhamos*”. Torna-se evidente que a articulação é frágil, e geralmente não há o retorno do usuário à Atenção Básica. Para o Ministério da Saúde (2013), a Atenção Básica constitui um ponto de referência nos cuidados em saúde mental para usuários egressos de outras intervenções, desde consultas até internações psiquiátricas, realizadas em outros serviços. Vale ressaltar que:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (Ministério da Saúde, 2013. p. 23)

A Atenção Básica, necessita de maiores investimentos das gestões governamentais, colocando-a como uma diretriz prioritária da política municipal, sendo primordial o incentivo à criação de estratégias de cuidado em saúde mental voltadas para o eixo territorial (ANDRADE, 2017). Ademais, o território se configura como uma trama complexa entre processos sociais e espaço material, escapando à superação da dicotomia social-espacial, uma vez que o território é componente indissociável dos processos sociais e não apenas um terreno em que estes se desenvolvem. É o solo onde relações sociais se processam incessantemente e de forma particular, e por mais elementares ou parciais que sejam, carregam consigo elementos das relações globais e transcendem seus limites geográficos (DANTAS *et.al*, 2018; DIMENSTEIN *et. al*, 2017).

As condições de vida e, conseqüentemente, de saúde, estão relacionadas aos espaços utilizados pelas pessoas, onde circulam, vivem e desenvolvem suas atividades diárias. É necessário refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de saúde para contribuir no manejo dessas questões. A associação entre características sociais, econômicas, territoriais e sofrimento psíquico já foi evidenciada em estudos anteriores (ROCHA *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2017), sendo imprescindível a construção de políticas e ações intersectoriais, para que o tratamento farmacológico e o encaminhamento não sejam os recursos centrais.

Moura e Silva (2015), destacam que os profissionais, com a inclusão do apoio matricial, passaram a questionar os encaminhamentos, considerando-os excessivos. O matriciamento constitui um potente arranjo para a qualificação dos cuidados em saúde mental, pois constrói espaços de troca de conhecimento entre os diversos profissionais, avançando em direção à superação do trabalho fragmentado pela especialização.

Conforme Dimenstein e Leite (2014), o apoio matricial cria encontros no campo da saúde mental. Além de estimular a discussão sobre as possibilidades do cuidado no território, estimula a ampliação dos conhecimentos e a oferta terapêutica de dar suporte às equipes. Isso permite a construção de fluxos e projetos terapêuticos mais eficazes com outros serviços da rede de saúde, ademais, fomenta espaços de troca e construção de saberes e práticas na medida em que saberes cristalizados suscitam reflexões coletivas e podem passar a ser encaradas de outros modos.

Atendimento na cidade

Os resultados mostram também que o atendimento voltado para a saúde mental em algumas cidades não acontece devido à falta de médicos psiquiatras e é feito exclusivamente pelo CAPS, como afirma o Médico João: *“A saúde mental eu vejo não só aqui como em todas as cidades (...) muito deficiente, há poucos médicos psiquiatras nos serviços polos, no CAPS por exemplo. Aqui é uma cidade que não tem visita de nenhum psiquiatra”*.

Percebe-se que a falta de comunicação/articulação entre o referido equipamento e a atenção básica reverbera no afastamento do usuário do próprio serviço. Desse modo, fica evidente a centralidade do CAPS no tratamento do sofrimento psíquico e uma dificuldade para alcançar a responsabilização compartilhada. Andrade (2017), mostra

que cogitar os casos de sofrimento psíquico como responsabilidade exclusiva do CAPS, dificulta a inserção desses usuários nas atividades desenvolvidas na Atenção Básica.

Para Moura e Silva (2015), outro desafio que merece destaque está relacionado à intersectorialidade, percebe-se o desconhecimento em relação aos recursos territoriais que não extrapolam o setor saúde, por parte dos técnicos. A falta de articulação com os recursos do território se reflete na baixa oferta de ações ampliadas de saúde mental no âmbito da atenção básica. Segundo Dimenstein e Leite (2014), a efetivação da promoção e do cuidado em saúde mental no nível de atenção básica teria como desdobramento a redução na demanda dos usuários em sofrimento psíquico aos serviços substitutivos, que acaba por congestionar os serviços especializados.

4. CONCLUSÃO

Entende-se que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde, pautados na premissa que o cuidado em Saúde Mental deve considerar o território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários. No tocante aos casos de sofrimento psíquico, os resultados apontam que a identificação é referida pelos profissionais da Atenção Básica como prática de saúde mental. Para os entrevistados, há uma preocupação em identificar a demanda em saúde mental, porém, na maioria dos casos, essa prática não implica na responsabilização da equipe pelo usuário em sofrimento psíquico. Essa identificação é seguida de encaminhamentos e/ou prescrição medicamentosa.

Percebe-se que essas práticas não têm favorecido a produção de conhecimentos, competências e habilidades orientadas por uma perspectiva territorial, assim como é proposto pela própria política que rege o serviço, a qual convida o profissional a considerar as múltiplas determinações e singularidades dos modos de vida, das relações afetivas, das sociabilidades e vínculos entre sujeitos e instituições, que reverberam nas formas de adoecimento e sofrimento, bem como nas possibilidades de suporte e cuidado. Aponta-se, como ferramentas capazes de promover uma aproximação com o que proposto pela política, o apoio matricial e a intersectorialidade para que o serviço supere a fragmentação do processo de trabalho através da abertura de canais comunicacionais e formulação de ações conjuntas.

Este estudo não tem por objetivo a generalização dos dados. Assim, as limitações da pesquisa devem ser consideradas, ou seja, trata-se da percepção de

profissionais de uma amostra específica e que atuam em cidades que foram definidas através de sorteio. Em pesquisas futuras, sugere-se estudos que contemplem profissionais dos 223 municípios da Paraíba, o que possibilitaria, inclusive, a comparação entre contextos rurais e urbanos.

Conclui-se, no entanto, que os resultados sugerem a necessidade de maior investimento na qualificação técnica e ético-política dos profissionais para a efetivação de um trabalho integral, mais localmente formulado, com força para romper com a racionalidade hegemônica e universalizante em que determinadas formas de conhecimento do mundo, práticas sociais e modos de vida são naturalizados.

ABSTRACT

The present work was aimed to analyzing the perception from professionals of Primary Care about services and actions in mental health from rural cities of the four macro regions of health in Paraíba state. The work was based on the theoretical framework of vulnerability. Participated in the research a total number of 40 health professionals aged between 23-67 ($M = 37.4$, $SD = 10.54$), being a majority of them females (33 professionals). As instruments were used a social work questionnaire and a semi-structured interview. The data collected referring to the questionnaire were analyzed through descriptive statistic; the data from the interviews were analyzed through the content analysis of the thematic categorical type. The found results from the interviews revealed the emergence number of 202 content units, which formed four thematic categories (Demand Characterization, People with Common Mental Disorders, Attention in Primary Care and Attendance in the city) and also 16 subcategories. There has been a concern to identify the demand in mental health, however, in most cases, this practice does not imply the responsibility from team for the user in psychological suffering. This identification is followed by referrals and / or the prescription of drugs. Such practices do not favored interventions guided by a territorial perspective, leading the professional to consider the multiple determinations and singularities of ways of life, which interferes in the forms of illnesses and suffering, as well as in the possibilities of support and care.

Key Words: Rurality, Primary Care, Mental Health

5. REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. de A. **Saúde mental na atenção básica em Casinhas/PE: um estudo de caso em um município de pequeno porte**. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2017.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR., I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá Ed, p. 71-94, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34 - Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria 3.088/2011. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial**, Brasília, 2013.

DANTAS, C. M. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F.; TORQUATO, J. L.; MACEDO, J. P. A pesquisa em contextos rurais: desafios éticos e metodológicos para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, v.30, p. 1-10, 2018.

DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. **Psicologia em Pesquisa: cenário de práticas e criações**. Natal, RN: EDUFRN, 2014.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P.; LEITE, J. F.; DANTAS, M. B. D. **Condições de vida e saúde mental em contextos rurais**. Intermeios, São Paulo, 2016.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P.; LEITE, J. F.; GOMES, M. A. F. Psicologia, políticas públicas e práticas sociais: experiências em pesquisas participativas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-rei, v. 10, p.24-36, janeiro/junho 2015.

DIMENSTEIN, M.; SIQUEIRA, K.; MACEDO, J. P.; DANTAS, C. Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 69, p. 72-87, 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 8, p.1-5, 20 ago. 2018.

GONÇALVES, M. das G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde coletiva**, vol.20, n.2, p.383-393, 2015.

MACEDO, J.P.; ABREU, M. M. de; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.1, p.155-170, 2017.

MOURA, R. F. S.; SILVA, C. R. C. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n.1, p.199-210, 2015.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; HAAS, V. J.; SILVA, S. R. da; MONTEIRO, J. C. dos S.; GOMES-SPONHOLZ, F. A. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, p. 1-8, 2017.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M. M. G. de; ARAUJO, T. M.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **Jornal brasileiro de psiquiatria**. vol.60, n.2, pp.80-85, 2011.

SILVA, J da; PICHELLI, A. A. W. S.; FURTADO, F. M. S. F. O Envelhecimento em cidades rurais e análise das vulnerabilidades em saúde. In: CARVALHO, C.M.R.G.; ARAÚJO, L.F., **Envelhecimento e Práticas Gerontológicas**. EDUFPI: Teresina, p. 283-301. 2017.

SOUZA, L. P. S.; BARBOSA, B. B.; SILVA, C. S. de O.; SOUZA, A. G. de; FERREIRA, T. N.; SIQUEIRA, L. das G. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n.18 ,p.59-66, 2017.

SPINK, M. J.; MATTA, G. C. A prática profissional *Psi* na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, M. J. (org). **A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. Casa do Psicólogo. São Paulo. Pag. 26-49. 2007.

