

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SOFRIMENTO MENTAL

THERAPEUTIC ITINERARY OF WOMEN WITH MENTAL DISTRESS

*Bruna Teixeira Costa¹
Jacqueline Simone de Almeida Machado²
Nadja Cristiane LappannBotti²*

RESUMO

O artigo trata de estudo qualitativo realizado com abordagem de história oral temática, com o objetivo de conhecer a trajetória percorrida por mulheres com sofrimento mental da área adstrita de uma Estratégia de Saúde da Família na busca de cuidado. Os dados coletados foram submetidos ao método de análise de narrativas. Dentre os resultados, identificou-se fatores potenciais do cuidado (acolhimento e fragmentações) e de fragilidades (dificuldade de acessar o serviço de saúde em determinadas demandas). Não há no campo analisado uma rede de atenção fazendo com que os serviços de saúde atuem muitas das vezes de forma isolada e comprometendo a qualidade do serviço oferecido a esta população. Faz-se, então, necessário repensar a qualidade do cuidado ofertado e a própria rede de atenção à saúde mental frente as demandas dos usuários.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Saúde mental. Enfermagem. Mulheres.

ABSTRACT

The article is a qualitative study utilizing a thematic oral history approach, in order to know the trajectory of women with mental suffering of the area attached to a Family Health Strategy in the search of care. Data were submitted to the narratives analysis method. Among the results it was identified potential factors of care (care and fragmentation) and care weaknesses (difficulty accessing health services at certain demands). There is not in the examined field a care network which often makes the health services act in an isolated form and compromisethe quality of service that is offered to this population. It will be then necessary to rethink the quality of care offered and in the mental health care network itself front of the users demands.

Keywords: Access to health services. Mental health. Nursing. Women.

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2001, foi sancionada a Lei Federal nº10.216, fruto do processo de reforma psiquiátrica oriunda da década de 1970, que garante os direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental dando novo direcionamento ao modelo assistencial em saúde mental, prevendo a extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e a ampliação da rede de serviços substitutivos e de reabilitação psicossocial. Ainda visando garantir e reafirmar a política de atenção a saúde mental e a efetividade, a Portaria nº 3.088/2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que apresenta como finalidade “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.”⁽¹⁻²⁾

¹ Especialista em atenção básica, Divinópolis - MG.

² Enfermeira. Doutora. Professora Adjunta na Universidade Federal de São João del-Rei. Campus Divinópolis - MG.

Segundo a portaria supracitada, a unidade básica de saúde atua como ponto de atenção da RAPS, tendo 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⁽²⁾.

Neste sentido, o cuidado inicia-se no contexto de vida do indivíduo, isto é, no contexto sociocultural do adoecimento, até atingir as práticas de saúde propriamente ditas. Portanto, torna-se necessário compreender as experiências oriundas do processo de adoecimento, pois serão orientadoras nas escolhas do cuidado e tratamento adotado. Neste aspecto, o percurso na busca pelo cuidado é chamado de itinerário terapêutico⁽³⁾.

Os estudos de itinerário terapêutico no Brasil são bem recentes, sendo o maior número de produções científicas produzidas na última década. O termo itinerário terapêutico é proveniente da Sociologia e Antropologia que busca a compreensão dos aspectos sociais envolvidos no adoecimento e as vivências do indivíduo durante sua trajetória. Portanto, tal conceito envolve o âmbito das redes de saúde, das questões psicossociais do processo saúde-doença, destacando a importância das experiências vividas, as escolhas realizadas e o caminho percorrido nesse processo⁽⁴⁾.

Identificar o itinerário de pessoas na busca de cuidados de saúde é de extrema importância para os profissionais da área de saúde compreenderem como os indivíduos e os grupos sociais realizam suas escolhas, fazem a busca por cuidados e tratamentos, quais os fatores que determinam a adesão ou não adesão aos tratamentos e como é vivenciado o processo de adoecimento. As informações obtidas através do itinerário terapêutico podem subsidiar a organização dos serviços, gestão e construção de práticas assistências integradas, definindo estratégias mais eficazes de saúde⁽³⁻⁵⁾.

Há uma tendência a produzir saúde, com um processo compartilhado entre duas ou mais equipes e serviços de saúde, denominada matriciamento.

Este tem, como proposta integradora, transformar a tradicional conduta vertical de encaminhamentos e referências, altamente burocráticos e ineficientes, em um processo horizontal, no qual o sistema se reestrutura em dois tipos de equipes: a de referência e a de apoio matricial, sendo a última um suporte técnico especializado ofertado para a equipe de referência com o objetivo de ampliar seu campo de atuação e qualificar o cuidado ofertado⁽⁶⁾.

Importante ressaltar que a “Estratégia de Saúde da Família se apresenta como possibilidade de acompanhamento em saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico, se integrando à rede de saúde e facilitando, por meio do acolhimento, ações intersetoriais de inclusão social”, devendo assim ser ponto fundamental do itinerário terapêutico dos portadores de sofrimento psíquico⁽⁷⁾.

Entre os desafios do cuidado aos portadores de transtorno mental na atenção primária, identificam-se que apesar dos profissionais de saúde terem consciência da importância das ações de saúde mental, os mesmos priorizam queixas clínicas com patologias físicas e tratam as questões de saúde mental como secundárias, mesmo que haja aspectos psicossociais que envolvam as enfermidades. Além disso, observa-se que a maratona de busca do cuidado evidencia dificuldade dos profissionais médicos em fechar diagnósticos que não são detectáveis em exames e em lidar com a subjetividade do sofrimento psíquico^(8,9).

Durante a rotina de serviço em uma unidade de ESF, pode-se visualizar o quanto deficitário está o campo de assistência aos portadores de sofrimento mental. Apesar de várias demandas e pacientes vinculados ao serviço de referência em saúde mental, não se verifica acompanhamento desses pacientes no que diz respeito as suas queixas em saúde mental. Sendo assim, o presente estudo realizado no âmbito da Residência em Enfermagem na Atenção Primária/Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, utilizando como campo de pesquisa a área de abrangência na qual a pesquisadora atuava em

campo de estágio, teve como objetivo analisar o itinerário terapêutico de mulheres portadoras de sofrimento atendidas pela ESF e vinculada ao serviço de saúde mental especializado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa orientado pelo método de história oral e realizado com mulheres residentes em uma área adstrita de uma ESF, com histórico de tratamento psiquiátrico no serviço de referência em saúde mental. O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da ESF período de maio a setembro de 2015.

A pesquisa qualitativa abrange o campo antropológico, histórico, social e político, tendo como objetivo compreender o modo de pensar dos indivíduos segundo determinadas lógicas que atuam como determinantes das suas escolhas⁽¹⁰⁾.

A história oral é “um conjunto de procedimentos que se iniciam com a elaboração de um projeto e que continua com a definição de um grupo de pessoas a serem entrevistadas” (MEIHY, 2011, p. 12). Ela permite que o indivíduo utilize sua memória na definição de um lugar social e das relações interpessoais. O método de história oral é um processo dinâmico que envolve a utilização de narrativas transformadas da forma oral para a escrita, norteando processos sociais ao favorecer investigações no âmbito da memória cultural e individual, possibilitando conhecer outra visão ou versão dos fatos a partir da vivência das mulheres⁽¹¹⁻³⁾.

O cenário do estudo foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nova Holanda localizada em Divinópolis, Minas Gerais. As participantes da pesquisa, denominadas colaboradoras, são usuárias da referida ESF, identificadas através do sistema de informação em saúde utilizado pelo município, denominado SIS – Sistema Integrado em Saúde –, que disponibiliza a listagem de pacientes da unidade de saúde da família acompanhadas e/ou já atendidas no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III).

No momento da pesquisa, haviam 30 mulheres residentes na área de abrangência da ESF vinculadas ao CAPS III. Foram critérios de inclusão: ser pacientes do sexo feminino, maiores de 18 anos, vinculadas a ESF Nova Holanda, com história de tratamento psiquiátrico no CAPS III, que realizaram 9 ou mais consultas na ESF nos anos de 2013 e 2014, e pelo menos uma consulta ao CAPS III neste mesmo período. O número mínimo de 9 consultas foi definido por ser o número médio de atendimentos realizado durante 2 anos as pacientes vinculadas ao CAPS III. Foi critério de exclusão as usuárias que não se encontrassem em condição de responder as perguntas por alguma questão de saúde. Do total de mulheres, nove se enquadraram nos critérios inclusão acima descritos; no entanto, duas foram excluídas devido o estado de saúde comprometido na época da entrevista e uma se recusou a participar. Assim, o presente estudo contou com a participação de seis mulheres, convidadas pessoalmente pelas pesquisadoras, quando foram informadas dos objetivos da pesquisa e a necessidade do uso do gravador.

Posteriormente foram agendadas visitas domiciliares para a coleta de dados através de entrevistas, momento também de apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados desta pesquisa foram obtidos mediante entrevista aberta, iniciada pela questão norteadora: “Conte-me como foi a sua experiência de adoecimento e a busca por cuidados relacionados às questões psiquiátricas e/ou de saúde mental”.

Cada entrevista passou pelos processos de transcrição – conversão da entrevista gravada em texto escrito –, de textualização – aproximação dos temas abordados –, de transcrição – transformação final do oral em escrito –, seguido da conferência e validação pelas colaboradoras, posteriormente⁽¹¹⁾. Para garantir o anonimato, utilizou-se o termo Colaboradora, seguido do número que representa a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

O material produzido foi usado para a discussão dos resultados e compreensão do

tema, por meio de um diálogo com os autores que compõem o referencial teórico. Utilizou-se a análise de narrativa modelo de Lieblich, que apresenta duas dimensões da pesquisa narrativa: unidade de análise, onde são analisadas as partes, fragmentos ou a narrativa integral; e conteúdo, se a pesquisa foca o conteúdo integral ou significados específicos⁽¹⁴⁾. Assim, a leitura das narrativas foi feita com enfoque no itinerário terapêutico e nas dificuldades encontradas pelas mulheres neste percurso.

Neste trabalho, optou-se por identificar as histórias narradas, fazer a discussão e análise das mesmas mediante a análise do conteúdo holístico/integral, concentrando no tema maior, que é conhecer o itinerário do cuidado das mulheres com sofrimento mental e da forma categorial, apresentando dados sobre as fragmentações do cuidado encontradas pelas mulheres nos serviços de saúde e as características específicas de cada vivência.

As narrativas são instrumentos não estruturados que tem como objetivo aprofundarem na expressão utilizada pelas pessoas para contar e elucidar fatos ocorridos, tanto em âmbito individual quanto coletivo, onde o autor não informa a experiência vivida, mas conta detalhadamente sobre ela, destacando seu olhar sobre o fato. As histórias narradas descrevem as experiências vividas acerca do adoecimento, mostrando a representatividade da doença na vida do indivíduo, de acordo com as interações sociais, experiências compartilhadas e reelaboração de acontecimentos. As trocas vivenciadas entre familiares e comunidades também fazem parte da narrativa, visto que geram uma partilha de experiências que reflete no jeito com que o indivíduo perpassa por um dado acontecimento⁽¹⁵⁾.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São João del-Rei, CAAE 36543814.5.0000.5545, conforme a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em duas categorias relacionadas ao itinerário na rede de atenção à saúde e as dificuldades encontradas nos serviços de saúde.

A potencialidade do cuidado no itinerário terapêutico

O itinerário terapêutico é um instrumento importante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, podendo ser usado como estratégia de gerenciamento do cuidado, permitindo detecção dos nós críticos do sistema, falhas na organização e pontos frágeis da assistência⁽³⁾. A demora do primeiro atendimento foi um relato frequente entre as colaboradoras:

Eu ia porque tava ruim, chegava lá não passava pelo médico. Eu ficava triste, né?! Sem atendimento. Vinha embora sem atendimento. No CAPS. Aí vinha embora triste, depois passava mal de novo, voltava lá a mesma coisa. Passava a receita, o remédio e não dava certo. Mesma coisa. Isso foi indo umas 4 a 5 vezes, eu indo lá. Por resto, depois eu fui, como se diz, na sexta, sétima, aí tinha uma enfermeira lá, abençoada, que me atendeu e me prometeu d'eu passar no médico, porque toda vez que eu ia não passava no médico. "Que eles não podiam fazer isso, que não sei o que que tem. É norma do CAPS". Aí eu já ficava mais irritada ainda. Aí essa enfermeira abençoada apareceu, me passou pra o psiquiatra e o remédio que ele me passou tá sendo bom graças a Deus e não precisou d'eu voltar lá mais graças a Deus. (Colaboradora 5, casada, 53 anos, do lar)

O desconhecimento do fluxo pode procrastinar atendimento do paciente, fazendo com que este circule de forma desordenada no sistema, como descrito acima. Além disso, os próprios profissionais de saúde, por desconhecimento do fluxo e/ou valorização das queixas de um ponto de vista biologicista, acabam por retardar o atendimento especializado,

encaminhando a outras especialidades. Esta afirmação é corroborada por estudo que aponta que, no Brasil, os indivíduos tendem a peregrinar pelos serviços de saúde em busca de tratamento, visto que as redes de atendimento nem sempre funcionam e seguem o fluxo preconizadas pelas políticas de saúde do SUS⁽³⁾.

O delongar de encaminhamentos, esperas, agendamentos, podem agravar os problemas de saúde mental, como encontrado em algumas narrativas. Neste contexto, existe um longo e árduo caminho desconhecido a ser desbravado pelo paciente frente a uma doença, o que só faz aumentar a angústia, o sofrimento e a insegurança.

O cardiologista encaminhou pro psiquiatra e falou: seu problema é mais psicológico, não era assim tanto problema do coração. E então eu tratei com o psiquiatra e já tem um bom tempo que tava ficando muito pesado, porque era caro, tinha que ir todo mês, não tinha retorno. Aí eu marquei a consulta no plano de saúde, eu tinha um plano de saúde lá com o doutor, neurologista. Aí ele me dava as receitas e eu comprava os medicamentos e tava tomando os medicamentos. Depois nós perdemos o convênio, eu trouxe a receita e tirei o xerox da receita e eles prescreveram aqui no posto e eu pegava e comprava os medicamentos, pegava, ainda pego até hoje. Então, depois, o médico anterior daqui do PSF me encaminhou pro neurologista porque não podia, meus remédios eram de faixa preta não podia ser tomado assim sem controle, que eu tinha que fazer o controle. Aí eu fui pro neurologista e o neurologista me encaminhou pro psiquiatra, aí eu esperei quase uns dois anos para passar pelo psiquiatra [...] Ele tirou os medicamentos e me deixou só com 3 medicamentos controlados [...] E eu tô me sentindo melhor com eles, graças a Deus. (Colaboradora 2, casada, 60 anos, do lar)

Nota-se que, quando se cria um vínculo com o serviço de saúde, a paciente mostra-se satisfeita com o serviço e tende a procurar atendimento diretamente na unidade onde recebeu o melhor acolhimento e teve maior resolutividade dos problemas. É de extrema importância para os profissionais da área de saúde o conhecimento

do itinerário terapêutico dos pacientes, para a compreensão de como os indivíduos e os grupos sociais realizam suas escolhas, fazem a busca por cuidados, quais os fatores que determinam a adesão ou não adesão aos tratamentos e como é vivenciado o processo de adoecimento, para a definição de estratégias mais eficazes em saúde⁽⁴⁾.

Ao contrário da situação anterior, quando a escuta da demanda da paciente é valorizada, nota-se a dependência de um único ponto de assistência, fazendo com que este seja sempre a porta de entrada do sistema, independente do que se é preconizado:

Eu fazia tratamento com o neurologista lá na policlínica, aí ele falou que não dava conta de mim mais, aí mandou eu pro CAPS. Aí eu faço tratamento lá até hoje [...] Quando eu tenho crise eu vou direto no CAPS. Consultar, renovar receita. O PSF é só questão clínica. O pessoal do CAPS é muito bom viu. Trata a gente bem. Agora você tá entrando na área também vai ficar bom também. Não tinha o PSF aqui na época. Eu fazia tratamento no centro de saúde, aqui não tinha posto. Aí então o centro de saúde encaminhou para a policlínica, da policlínica aí eu fiz tratamento um tempo com o neurologista e ele já me encaminhou pro CAPS. (Colaboradora 1, casada, 43 anos, cabeleireira)

O baixo poder de resposta do profissional frente à demanda da paciente é um fator determinante para a busca de uma nova estratégia para tentar solucionar o problema. A falta de resolutividade desperta a busca por outros profissionais que possam trazer-lhe uma melhora, evidenciando que uma nova busca se inicia quando as demandas de saúde não são atendidas⁽⁹⁾. A narrativa abaixo retrata tal situação:

Aí eu fui e fiz umas consultas e tudo, graças a Deus, agora que eu tô melhor, mas até então foi atrás de médico aqui no Nova Holanda e aí não consegui ser transferida pro CAPS, aí eu fiquei tratando com o clínico aqui e eles falavam que lá era muito difícil. Aí o ano passado que eu piorei muito que eu fui te

procurar. Eu fui lá no posto e conversei com você e você me transferiu pro CAPS. Cheguei lá eu não consegui ser atendida [...] só tinha vaga pra janeiro. Ai eu peguei e falei com ela (enfermeira) que eu tava muito ruim, que eu só queria ficar dormindo, aí ela arrumou um encaixe pra mim na segunda-feira. Quando eu fui, o médico me atendeu correndo, minha filha, porque diz que por ter sido encaixe ele tinha outros pacientes pra atender. Ai ele passou os remédios pra mim e tudo e mandou eu voltar com um ano. Eu achei um absurdo né?! Ai foi que eu fiz um plano de saúde e tava tendo acompanhamento todos os meses. Se eu tivesse algum problema ai eu ia de 15 em 15 dias no médico, ou toda semana do jeito que eu precisasse porque eu tinha retorno. (Colaboradora 3, casada, 33 anos, costureira)

Alguns estudos relatam discurso de profissionais de saúde da atenção primária que afirmam não estarem preparados para realizar o acompanhamento de pacientes com transtornos mentais, atuando somente na identificação de casos e encaminhamento aos especialistas, entretanto, afirmando que se esforçavam para conseguir agendar as consultas psiquiátricas⁽¹⁶⁾. Sabe-se que o excesso de encaminhamentos tem sobrecarregado os serviços especializados, superlotando-os. Apesar da existência de profissionais que atuam em uma área específica de aprofundamento profissional (no caso, a saúde mental), os demais profissionais da equipe multidisciplinar (tidos como generalistas) podem e devem realizar os acompanhamentos em seus ambientes de trabalho enquanto tiver controle do caso e encaminhar ao serviço especializado apenas as demandas nas quais ele não consegue intervir⁽¹⁶⁾. Identificou-se um caso de um profissional generalista que conseguiu realizar o manejo da paciente na atenção primária:

Me encaminhou pro CAPS, aí já marcaram rapidinho, a primeira consulta foi rápida. Eu já continuei com o que eu tomava, que já é anos que eu tomo ele, só que minha ansiedade aumentou muito e já não estava funcionando. E com isso eu passei pelo psiquiatra, ele me receitou uns remédios, eu comecei a tomar, só que me fez muito mal,

muito mal mesmo, eu tava só vomitando, vomitando e “tipo babando” [...] o psicólogo do centro de saúde, não tinha vaga porque tava muito cheio [...] o psiquiatra que me atendeu no CAPS me falou que ia me ver só depois de três meses. E a psicóloga de lá também só me viu uma vez [...] voltei no PSF e ela foi trocando o remédio pra mim e eu contei pra ela, pra médica e ela foi mudando pra mim. Era até um doutor que tava ali na época. Ai ele foi mudando pra mim, mudando e mudando... até a gente achar um que deu certo. (Colaboradora 4, separada, 44 anos, costureira)

O atendimento dos profissionais destinado ao portador de sofrimento mental carece de mais organização e conhecimento das práticas utilizadas, e o serviço demanda ainda um aumento de pessoal, para que seja mais rápido e eficaz. É preciso repensar também as estratégias para continuidade do tratamento, que acaba sendo interrompido frente alguma dificuldade, sem que o serviço consiga fazer alguma coisa, como identificado no discurso da colaboradora que afirma que, embora não sinta melhora em sua condição de saúde, o atendimento psicológico trazia-lhe muito alívio:

Aí depois eu passei pro outro médico do PSF, que trocou, que falou comigo, ele falou assim: você tem problema em tratar com psiquiatra? Porque tem gente que acha que psiquiatra trata de doido. Ai eu: não tem problema nenhum não. Ai me deu encaminhamento pro CAPS, aí eu comecei a fazer tratamento lá, já deve ter uns três anos que eu faço tratamento lá e eu venho só piorando, só piorando, só piorando. [...] Minha vontade é chegar do serviço, tomar um banho, deitar na minha cama e ficar quietinha lá na minha cama, essa que é minha vontade, então assim eu passei, com a médica do PSF agora, eu nunca consultei sobre isso não, então assim, lá no CAPS é bom, aí eu fiz tratamento com psicólogo também, o antigo médico me encaminhou pro psicólogo, fiz tratamento com a psicóloga, acho que quase um ano, foi muito bom também [...] Ela me ajudou demais, eu adorava ela, nossa o dia que eu sabia que eu tinha que ir me dava aquele

alívio, saber que eu ia sentar lá, que eu ia conversar, que eu ia chorar e que ela não ia falar nada, ia ficar só me escutando, então eu adorava ir na psicóloga, tive que largar por causa do serviço também. (Colaboradora 6, solteira, 44 anos, costureira)

Os relatos sobre a prática no cotidiano do serviço e o acesso a rede de saúde mental, possibilitaram identificar pontos comuns entre as colaboradoras, como acompanhamento insuficiente acerca das questões de saúde mental, os retornos e os atendimentos com longos intervalos, a desvalorização de alguns profissionais das queixas psíquicas, a ausência de acompanhamento psicológico e a peregrinação pelo sistema.

Os discursos apontam a necessidade de que cada profissional conheça a rede, as possibilidades do serviço, que tenha uma interação entre o conhecimento dos diferentes profissionais, para que faça um acolhimento realmente mais humano, uma abordagem e encaminhamento mais eficazes.

A fragmentação do cuidado no itinerário terapêutico

As narrativas apontam que muitos são os profissionais que tratam o acolhimento como um tempo de “triagem”, na maioria das vezes desvalorizando as queixas dos pacientes:

Eu fui lá no CAPS III várias vezes, eu fiquei tentando dois anos. Esperei um ano pra eles marcar e depois eu ia e ele desmarcavam, não me atendiam, falava que não era caso de emergência, que lá atendia caso de emergência. E eu tava nossa, pra baixo mesmo! Eu tava em pânico, eu não alimentava, eu não dormia, eu tava sentindo muita ansiedade, falta de ar. Eu não tava bem! Ai demorou a me atender. O atendimento aqui no PSF Nova Holanda eu acho que o atendimento daqui é muito bom, apesar que agora tem que marcar consulta, como diz, agendar, às vezes demora até um mês. Mas o atendimento aqui é muito bom, lá todos são muito bons. Todas as vezes que eu precisei eu fui atendida. Nunca deixaram de me atender. (Colaboradora 2, casada, 60 anos, do lar)

Identifica-se claramente a presença das diferentes visões apresentadas sobre a diferença do acolhimento dado à paciente no CAPS, onde ela apenas era “triada” e na ESF, onde ela se sente acolhida. Quando o acolhimento é realizado de maneira efetiva, produz um efeito terapêutico. A colaboradora reclama de esperar o dia da consulta na ESF, porém, caracteriza o atendimento como sendo muito bom e efetivo.

O termo acolhimento, por exemplo, tem vários significados e interpretações de acordo com quem o descreve. Em um estudo, um grupo de profissionais de saúde mental entende que o acolhimento não passa de uma entrevista para ouvir o problema do paciente e “triar”, separar quem deve ou não ser atendido naquele momento. Outros profissionais veem como uma entrevista para avaliar se o paciente deve ou não ser acompanhado por aquele serviço ou reencaminhado. Entretanto alguns se destacaram por descrever como um momento de se doar ao usuário, ver, ouvir, dar atenção as suas demandas e ajudá-lo da melhor maneira⁽¹⁷⁾.

Além da desvalorização das queixas, há uma supervalorização da medicalização, há uma priorização da medicalização como recurso terapêutico predominante. Apesar da proposição dos serviços de saúde mental ser pautada em propostas substitutivas ao modelo asilar e um atendimento diferenciado, a medicalização ainda é o principal alicerce do tratamento⁽¹⁸⁾. Tal fato é reconhecido pelas colaboradoras como essencial:

Cê vai lá no CAPS III, o médico só olha pra você e pergunta: o que você tá sentindo? O remédio tá fazendo bem? Então vamos continuar com o remédio. Mas eu fui lá, acho que eles marcaram [...] quando for em dezembro, seis meses que fui na última consulta, então seis meses tomando o remédio direto, sem o médico me ver. É muita coisa gente, muita coisa pode acontecer nesses seis meses, igual tá acontecendo. Quando eu comecei a tomar o remédio, o remédio foi uma beleza pra mim, eu animei, eu comecei a trabalhar, eu tinha vontade de sair. [...] Eu fui por que eu tava passando mal, e eu fui pra ver se eu conseguia um atendimento,

pra ver se tinha um médico que pudesse me olhar. A enfermeira, ah eu não lembro se foi enfermeira ou se foi psicóloga, veio, ela me olhou, não lembro o que ela conversou comigo. Eu contei pra ela o que eu tava sentindo, que eu precisava passar pelo médico, que eu não tava passando bem. Ela mandou eu esperar lá fora, daí um tiquinho ela veio com uma receita de um remédio pra mim. Eu falei com ela: – Não! Eu não preciso de mais um remédio. Eu preciso de um médico para me olhar. Remédio eu tenho um monte lá em casa. E eu comecei a passar mal, lá fora me deu uma crise de nervoso, uma tremedeira, me deu um estado de nervoso. Minha mãe falou com ela: – Ela tá passando mal o que eu faço? Ai eles falaram: – Leva ela pra UPA. Então ela tá passando mal leva ela pra UPA. Mas eu tava passando mal de nervo, porque eu tava precisando de um médico pra me atender, eu não tava precisando de mais um remédio pra mim tomar. Remédio, a minha gaveta tá cheia de remédio. (Colaboradora 6, solteira, 44 anos, costureira)

O despreparo profissional é, sem dúvida, uma importante barreira vivenciada atualmente nos serviços de saúde. Tal fato é agravado quando a demanda de serviço é maior que a oferta. Pode-se inferir que nesta situação, os profissionais, além de muitas vezes despreparados, acabam por utilizar de recursos inadequados como defesa ou justificativa da ausência de atendimento devido à grande demanda.

Sobre o CAPS III: Quando era pra trocar receita, eu tinha que deixar a receita lá, o médico não me via, não me perguntava como eu estava. Ele passava outra receita sem ter me visto, sem nada! Ai eu ia lá no outro dia buscar a minha receita. Mas conseguir mesmo pelo SUS eu consegui uma vez só. Eu acho que teria que ter aqui no nosso posto também, porque só no outro bairro? [...] Eu precisei ficar indo várias vezes pra tentar desistência, aí que eu consegui passar com ela. E mesmo assim eles dão preferência. É tanta gente que eles dão preferência pra casos mais graves. Até eu lembro que a psicóloga falou comigo que a preferência era pra pessoas que já tentaram suicídio, que no meu caso como eu não tinha tentado suicídio então

era pra quando surgisse vaga. Eu ia com ela assim quando sobrava vaga. [...] No CAPS III, eu acho que o atendimento já que lá é um hospital psiquiátrico eu acho, uma clínica psiquiátrica eu acho que deveria ter atendimento, você precisou, chega lá você é atendido, né? Porque não tem no posto, né? Não tem psiquiatra no posto, então se a gente procura um lugar daquele não é porque a gente quer passar férias e passear lá, né? A gente tá procurando porque está precisando. Ai o médico te fala que vai ter atendimento daqui nove, dez meses, um ano, eu acho um absurdo. Porque saúde mental não é brinquedo! (Colaboradora 3, casada, 33 anos, costureira)

No momento em que um usuário busca um novo serviço ou profissional, cria-se uma expectativa de solucionar suas demandas, porém quando estas não são atendidas ou valorizadas, nota-se um sentimento de decepção e fracasso. Esses sentimentos de frustração vivenciados pelos usuários, são descritos como desencontros, assegurando que tais vivências na relação com os profissionais despertam sentimentos disfóricos de raiva, desconfiança, perplexidade e de negligência diante de suas demandas⁽¹⁹⁾.

E eu nunca mais voltei lá depois que eu achei esse remédio que me faz bem, entre aspas, nunca mais voltei lá no CAPS III. Eu fiz uma consulta. [...] Disseram: ‘– Não, mais seu quadro é esse remédio aqui que você precisa tomar!’ Até poderia ser, mas meu organismo – a gente vai saber se o organismo da gente vai aceitar ou não, né? – ele não aceitou. Três remédios diferentes. Ai eu tentei marcar uma consulta lá com o psiquiatra, ele falou que nem os que tavam internados lá tavam tendo consulta. Não tava tendo vaga. Ai então que eu fui pro PSE. Mas o acompanhamento que eu tive foi no PSE, porque no CAPS III eu não tive não. [...] Primeira vez que eu conversei lá no CAPS III foi a mesma coisa de ter tirado um caminhão de cima de mim. (A Colaboradora mostrou-se emocionada). E foi só uma conversa. Entendeu? Eu saí de lá aliviada demais. E foi só uma conversa. Não tive mais. Eu acho que faz muita diferença. Eu acho que tinha que ter mais. Quem tem depressão, quem faz acompanhamento no

CAPS III tinha que ter. (Colaboradora 4, separada, 44 anos, costureira)

No processo de busca por cuidados são consideradas as questões econômicas e socioculturais, além das redes sociais envolvidas. Sendo assim, vários fatores como experiência prévia, acessibilidade, eficácia, crenças, valores, custo/benefício e a maneira como são ouvidos e tratados, contribuem para que o indivíduo entre ou saia de um determinado ambiente de cuidado⁽⁴⁾. O portador de sofrimento mental encontra, durante sua trajetória pelo sistema, barreiras na acessibilidade, devido a distâncias físicas, limitações financeiras e constrangimentos.

E ali é engraçado que eles nem interessam em saber cadê o paciente né? Fala pra pegar o remédio lá. Eu não tenho condições de pagar ônibus todo dia pra pegar remédio, tem que pegar a receita no posto, é claro! Diz eles que a norma é pegar receita lá, mas como que eu vou pegar receita lá, sendo que eu não posso ficar pagando ônibus pra mim e nem pra ninguém ir lá pegar pra mim né?! Sendo que meu marido tá desempregado, tá pegando é bico. É uma situação difícil, né?! [...] Tem gente que tem mais sorte do que a gente consegue o passe livre, né? Então aí fica complicado porque se eu tivesse meu passe livre... O médico mesmo falou comigo que eu não tenho direito porque a pessoa tem que ser retardada pra ter o passe livre. Isso aí já é um... coisa (pausa), um constrangimento pra gente. (Colaboradora 5, casada, 53 anos, do lar)

CONCLUSÃO

Sabe-se que os serviços de saúde no Brasil, em geral, têm muito o que avançar no que diz respeito aos princípios do SUS, instituídos pela Lei nº 8.080/90: acessibilidade, integralidade e equidade. No campo da saúde mental, as barreiras de acesso são ainda maiores, sendo necessário melhor preparo tanto do serviço quanto dos profissionais para atender de forma satisfatória esta demanda.

Com o presente estudo foi possível conhecer o itinerário terapêutico das mulheres

com transtornos mentais, identificando os pontos da rede de atenção nos quais estas possuem como recurso e com quais destes elas possuem maior vínculo. Os pontos de atenção citados durante o estudo como dispositivos de acesso foram a estratégia de saúde da família, as unidades de saúde convencionais, a policlínica, a unidade de pronto atendimento (UPA) e o CAPS III. Além destes serviços a cidade dispõe de serviços pertencente a rede que não foram citados nas narrativas: CAPS Álcool Drogas, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e uma clínica de psiquiatria que realiza internações pelo SUS.

Nos itinerários estudados, o vínculo criado, em sua maioria, entre a ESF e as colaboradoras e em alguns casos, CAPS e as mesmas, representam um ponto forte da assistência em saúde. Sendo assim, deve-se trabalhar de forma a fortalecer sempre os laços entre usuário e serviços de saúde para garantir uma melhor abordagem das questões de saúde-doença de maneira a atender as necessidades do paciente, bem como a efetivação do cuidado.

Como ponto de fragilidade da rede de atenção à saúde, destacou-se a baixa funcionalidade da estratégia de matriciamento no município, o que dificulta a comunicação entre os serviços de saúde oferecidos, fazendo com que o usuário perambule de forma desordenada pela rede de atenção. O município ainda não dispõe de alguns pontos de atenção descritos nas políticas de saúde e na literatura como pontos de apoio a rede de atenção, podendo destacar, a ausência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A lacuna criada por falta de um ou mais pontos de assistência, bem como a deficiência de núcleo de apoio matricial implica em atuações de formas isoladas, fragmentando o cuidado ao usuário e contradizendo o que é preconizado pela RAPS. De acordo com as colaboradoras, os profissionais apresentam discursos que rompem qualquer possibilidade de vínculo do usuário com o serviço, prejudicando o processo terapêutico.

Faz-se necessário ampliar os espaços de discussão, análise e reflexão acerca da

reestruturação da assistência visando completar as lacunas presentes na rede de assistência a saúde, ampliando também os serviços já disponíveis, organizando o fluxo de atendimento, visto que a atual realidade é de um sistema falho no qual a demanda é bem superior a oferta de assistência. Acredita-se que o matriciamento não é um plano estrutural sem falhas, reconhecendo o mesmo apresenta dificuldades de implantação e efetivação do serviço, porém se faz uma importante ferramenta para trabalhar com o gerenciamento do cuidado por meio da gestão de casos, no qual o atendimento ao indivíduo contemple suas necessidades biopsicossocial no que tange ao planejamento, execução, monitoramento e avaliação do cuidado ofertado. Com a reestruturação da rede de atenção e o aperfeiçoamento do matriciamento, espera-se contribuir para melhor atendimento das demandas de saúde mental do município, de forma mais integral e efetiva.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Instituída a Rede de Atenção Psicossocial, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 2004-2010. Brasília: Ministério da Saúde 2010.
3. Silva DC da Silva; BudóMLD.;Schimith M.D, Rizzatti,SJ.; Simon BSS.; Robaina MLR. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. Rev saúde Santa Maria 2014 jan/jul 40(1):23-32. Disponível em: <http://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/9097>
4. Rocha ES, Lucchese R., Vera V. et al. Itinerário terapêutico de indivíduos com suspeita de transtorno mental comum. Rev. enferm. UFPE online, 2014; 8(6):1451-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5876/9206>
5. Cabral AL.V, Martinez-Hemáez, A, Andrade EG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(11): 4433-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016
6. Chiaverini DH (Organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília: 2011.74-383.
7. Bertolino N, Miniussi M. Atenção em saúde mental: identificação e acompanhamento de pessoas com problemas de saúde mental por equipes da estratégia de saúde da família [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde Publica, USP 2012. Disponível em:<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-12032012-114447/pt-br.php>
8. SouzaL,S; Menandro MCS, CoutoLLM, Schimith PB, Lima R. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. Saúde soc. 2012; 21(4): 1022-1034. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902012000400019&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Corrêa GHLST, Belatto R, Araújo LFS, Hittler M. Itinerário Terapêutico de Idosa em Sofrimento Psíquico e Família. Ciênc. cuid. saúde; 2011; 10(2): 274-283. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10462>
10. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013; 18(10): 2797-2805. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=en.
11. Meihy JCSB, Ribeiro SLS. *Guia prático de história oral: para empresas, universidades,*

- comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2011.
12. Amarante P, Diaz FS. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 2012; 4(8): 83-95. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2022>
 13. Carvalho MAP, Dias MD, Miranda FAN, Feirreira FMO. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(10): 2028-38. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001400019
 14. Lieblich A, Tuval-Mashiach R, ZILBER T. *Narrative Research: Reading, Analysis and Interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
 15. Muylaert C, Sarubbi Jr V, Gallo P, Neto M, Reis A. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014; 48(2), 184-189. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000800184&script=sci_arttext&tlng=pt
 16. Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis*, 2011; 21(2): 541-560. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200011&lng=en
 17. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev. baiana saúde pública*. 2011; 35(4): 966-983. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/266>
 18. Pereira LS. Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidade da rede de cuidado. [tese] Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/130856>
 19. Favero-Nunes, M. A. & Santos, M. A. Itinerário Terapêutico Percorrido por Mães de Crianças com Transtorno Autístico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2010; 23(2), 208-221. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000200003