

Itinerário terapêutico de mulheres com sofrimento mental

Bruna Teixeira Costa
Nadja Cristiane Lappann Botti
Jacqueline Simone de Almeida Machado

RESUMO: O artigo trata do itinerário terapêutico na rede de atenção à saúde, com o objetivo de conhecer a trajetória percorrida por mulheres portadoras de transtorno mental, os aspectos sociais envolvidos no adoecimento e as vivências do indivíduo frente ao processo saúde-doença. Este estudo qualitativo foi realizado com abordagem de história oral temática, tendo como colaboradoras mulheres portadoras de sofrimento mental da área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), submetido ao método de análise de narrativas dos dados coletados em entrevistas. Dentre os resultados identificou-se que não há uma rede de atenção bem delineada, além de um matriciamento inexistente ou pouco efetivo, o que faz com que os serviços de saúde atuem muitas das vezes de forma isolada, comprometendo a qualidade do serviço oferecido a esta população. Faz-se necessário repensar o atendimento e a própria rede de atenção à saúde mental.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Mental; Enfermagem; Mulheres.

Therapeutic itinerary of women with mental distress

ABSTRACT: This article deals with the therapeutic itinerary in the health care network in order to meet the trajectory of women with mental illness, the social aspects involved in the disease and the experiences of the individual facing the health-disease process. This qualitative study was conducted with oral history approach, having as collaborators women with mental suffering of the coverage area from a Family Health Strategy (FHS), subjected to the method of analyzing the data collected in narrative interviews. Among the results it was found that there is no clear-cut health care network, and a non-existent or ineffective matricial, which means that health services operate often in isolation, compromising the quality of service offered to this population. It is necessary to rethink the service and the mental health care network itself.

Keywords: Access to Health; Services Mental Health; Nursing; Woman.

Itinerario terapéutico de mujeres con sufrimiento mental

RESUMEN: Se trata del itinerario terapéutico de las mujeres portadoras de trastornos mentales, o sea, el camino recorrido, los aspectos sociales implicados en la enfermedad y las experiencias del individuo frente al proceso salud-enfermedad. El objetivo fue conocer el camino recorrido por los portadores de sufrimiento mental, en la red de atención de salud municipal, identificando los puntos débiles de la atención. Este trabajo fue realizado siguiendo el método de la historia oral temática, teniendo como colaboradores las mujeres portadoras de sufrimiento mental del área de cobertura de

una Estrategia de Salud de la Familia (ESF), que han tenido algún tipo de atención en un servicio de referencia en salud mental del municipio en el cual residen. Se puede percibir con este estudio que no existe una red bien definida de atención médica además de un matriciamento inexistentes o poco eficaz, lo que hace que los servicios de salud a menudo actúan de manera aislada comprometiendo la calidad del servicio ofrecido a esta población.

Descritores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Mental; Enfermería; Mujeres.

Introdução

No Brasil, na década de 70, inicia-se o processo da reforma psiquiátrica, com crítica contundente ao modelo hospitalocêntrico e asilar de tratamento psiquiátrico, além de propor modelos assistenciais substitutivos de cuidado e o processo de defesa a reinserção do portador de sofrimento mental na família e na comunidade.¹

Em 2001, é sancionada a lei federal nº10.216, 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 (BRASIL, 2004). Ainda para garantir e reafirmar a política de atenção a saúde mental e a efetividade, a portaria Nº 3.088/ 2011, institui 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".²⁻³

Segundo a portaria supra citada, 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.⁴

Itinerário terapêutico é um termo oriundo 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 vivenciadas, as escolhas realizadas e o caminho percorrido nesse processo. É, portanto, de extrema importância para os profissionais da área de saúde conhecer o itinerário terapêutico dos pacientes, compreender 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, para a definição de novas estratégias em saúde mais eficazes.⁵

Existe uma tendência se produzir saúde, integrando um processo compartilhado entre duas ou mais equipes e serviços de saúde, denominado matriciamento. Este tem como proposta integradora transformar a tradicional conduta vertical de encaminhamentos e referências, altamente burocráticas 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 o último 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 mesmo priorizam queixas clínicas com patologias físicas e tratam as questões de saúde mental como secundárias, mesmo que haja aspectos psicossociais que envolvam as enfermidades.⁸ 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.⁹

Durante a rotina de serviço em uma unidade de ESF, pode-se visualizar o quão 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, teve como objetivo conhecer o caminho percorrido pelas mulheres portadoras de sofrimento mental na rede de atenção psicossocial.

Materiais e 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 período de novembro de 2014 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”.¹¹ Ela permite que o indivíduo utilize sua memória na definição de um lugar social e das relações interpessoais.¹²

O método de história oral é um processo dinâmico que envolve a utilização de narrativas transformadas da forma oral para a escrita, norteados processos sociais ao favorecer investigações no âmbito da memória cultural e individual (CARVALHO et al, 2013), possibilitando conhecer outra visão ou versão dos fatos, a partir da vivência destas mulheres.¹³

O cenário do estudo foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Nova Holanda localizada em Divinópolis, Minas Gerais, com uma população total vinculada de 2.816 pessoas, sendo em sua maioria mulheres. 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 que realizam acompanhamento e/ou já foram atendidas no Centro de Atenção Psicossocial (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 CAPSIII. Definiu-se como critério de exclusão as usuárias que não se encontrassem em condição de responder p as perguntas por alguma questão de saúde e as que aceitassem participar do estudo. 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 pelo processo de transcrição – conversão da entrevista gravada em texto escrito, textualização – aproximação dos temas abordados e 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 apresentam 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. Os autores apresentam quatro combinações: conteúdo holístico ou integral, conteúdo categorial, forma holística ou integral, e forma categorial.¹⁴

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

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.

Discussão e resultados

As narrativas são consideradas a principal forma de expressão utilizada pelas pessoas para contar e elucidar fatos ocorridos, tanto em âmbito individual ou coletivo, encontrados em todos os grupos culturais e étnicos. Na Antropologia em Saúde se ressalta a importância da análise das narrativas como forma de se obter informações acerca das vivências e saberes em saúde de determinado grupo, formando um elo entre o contexto de vivências e o saber.¹⁵ Para o autor, 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 dado acontecimento.

Neste contexto, apresentam-se as narrativas das colaboradoras, divididas em duas categorias relacionadas ao itinerário na rede de atenção à saúde e as dificuldades encontradas nos serviços de saúde.

O itinerário terapêutico na rede pública de saúde

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.⁴ 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 de 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 de voltar lá mais graças a Deus. (Colaboradora 5, casada, 53 anos, do lar).

O desconhecimento do fluxo pode delongar o tempo do paciente sem atendimento, fazendo-o circular 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 ao apontar 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.⁴

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.¹⁶

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. Foi difícil! Ai eu comecei a tratar com o psiquiatra e então eu já estava em pânico, eu não dormia, eu não alimentava direito eu passa a noite em claro sem cochilar, sem dormir um pouquinho.(...) Então eu fui no psiquiatra e ele me atendeu, já interava 7 vezes que eu ia lá, que ele me atendeu. Ele tirou os medicamentos e me deixou só com 3 medicamentos controlados (...)E eu to 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 satisfeito com o serviço e tende a procurar atendimento diretamente na unidade na qual ele foi melhor acolhido 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 e tratamentos, quais os fatores que determinam a adesão ou não adesão aos tratamentos e como é vivenciado o processo de adoecimento, para a definição de novas estratégias em saúde mais eficazes.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, deve ter uns 15 anos que eu faço tratamento de depressão. Eu fiquei lá só um dia porque me deu pânico. Eu saí correndo quebrei os vidros da minha casa, não vi, entendeu? Cada dia é uma crise diferente. Depressão é muito triste! 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. Ai 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. Já passei por psicólogo e assistente social, no CAPS.(Colaboradora 1, casada, 43 anos, cabeleireira).

O baixo poder de resposta do profissional frente a 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 um melhora, evidenciando que uma nova busca inicia-se quando as demandas de saúde não são atendidas.⁹ A narrativa abaixo retrata tal situação:

Ai 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 ai 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, porém lá com a enfermeira, porque passa por uma enfermeira primeiro né? Aí ela pegou e falou comigo que não tinha vaga, que teria vaga só pra esse ano e isso foi antes do meio do ano passado. Ai ela falou que só tinha vaga pra janeiro. Ai eu peguei e falei com ela 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. Aí ele passou os remédios pra mim e tudo e mandou eu voltar com um ano. Eu achei um absurdo né?!Aí foi que eu fiz um plano de saúde e tava tendo acompanhamento todos os meses. Se eu tivesse algum problema aí eu ia de 15 em 15 dias no médico, ou toda semana do jeito que eu precisasse porque eu tinha retorno. Mas pelo SUS mesmo eu consegui passar no psiquiatra uma vez só. Aí ele só passou remédio. (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. 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 generalista 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.¹⁷ Identificou-se um caso de um profissional generalista que conseguiu realizar o manejo da paciente na atenção primária:

Aí conversando com a enfermeira, ela disse que eu precisava de uma ajuda assim de um psicólogo, de psiquiatra né? De remédios que ali não poderia passar pra mim, que eu precisava de ajuda, de um acompanhamento. 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". Eu não dormia, eu fiquei ruim mesmo. Aí num teve como eu continuar com o tratamento dos remédios. Me mandou um encaminhamento pra procurar o psicólogo do centro de saúde, não tinha vaga porque tava muito cheio, tinha que esperar uns terminar uns acompanhamentos para eu começar, então quer dizer eu não tive acompanhamento com o psicólogo. E 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, que eu ia ver ela uma semana antes de passar pelo psiquiatra de novo. Foi o acompanhamento que eu tive. Então o que eu fiz?! Cortei todos os meu remédios sozinha, por conta própria. Continuei com o mesmo que há anos eu tomo ele, 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. Aí 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 tá, eu fui no medico, eu comecei a sentir assim, eu tava muito desanimada de trabalhar, eu não tinha vontade de trabalhar, aí eu fui no antigo médico do PSF e conversei com ele, aí ele falou comigo assim ó: foi muito bom você ter vindo, porque foi muito bom você procurar ajuda enquanto tá começando. Ai ele me receitou uns remédios que eu não lembro na época que remédio que foi, mas ele me receitou uns remédios, ai eu fui piorando, eu fui piorando. 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. Aí eu: não tem problema nenhum não. Aí me deu encaminhamento pro CAPS, aí eu comecei a fazer tratamento lá, já deve ter uns 3 anos que eu faço tratamento lá e eu venho só piorando, só piorando, só piorando. Eu não, eu não vejo melhora, eu melhorei assim, no sentido assim: eu trabalhava dentro de casa, eu sai e fui trabalhar fora.(...) 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, só que aí eu comecei a trabalhar fora e tive que largar porque não tinha jeito, eu não podia chegar um dia da semana atrasada pra ir no psicólogo porque quase ninguém entende isso, então tive que largar 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, retornos e atendimentos com longos intervalos, a desvalorização de alguns profissionais das queixas psíquicas, ausência de acompanhamento psicológico e peregrinação pelo sistema.

Os discursos apontam a necessidade 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.

Barreiras no acesso ao serviço de saúde

Sabemos que os serviços de saúde no Brasil, em geral, tem muito o que avançar no que diz respeito aos princípios do SUS, instituídos pela Lei 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.

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.¹⁸

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, as vezes demora até um mês. Mais 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 a 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.¹⁸

Além da desvalorização das queixas, há uma supervalorização da medicalização, há uma priorização da medicalização como recurso terapêutico predominante. Apesar da proposta dos serviços de saúde mental serem pautados em propostas substitutivas ao modelo asilar e um atendimento diferenciado, a medicalização ainda é o principal alicerce do tratamento.¹⁹ Tal fato é reconhecido pelas colaboradoras como essencial:

Cê vai lá no CAPS III, o medico 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, 6 meses que fui na última consulta, então 6 meses tomando o remédio direto, sem o médico me ver. É muita coisa gente, muita coisa pode acontecer nesses 6 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 e então agora eu to procurando sair, domingo eu fui pro clube, sozinha mas fui, sexta-feira eu sai. Mas assim, num é uma coisa assim que me dá prazer de fazer, a minha vontade é chegar do trabalho, tomar meu banho, deitar lá na minha cama e pronto, mais nada, mais nada. (...)Eu to tentando, eu to esforçando, fazer alguma coisa pra ver se melhora mas é difícil, é difícil. E só tomando esse tanto de remédio que não faz efeito, remédio muito caro, muito caro. Então assim, os meu remédio se eu for comprar conforme o medico me receitou, meus remédio fica em mais de 300 reais por mês, eu não tenho condição de compra 300 reais de remédio por mês. Então eu arrumei, a esposa do meu primo trabalha no consultório, ela pega amostras grátis pra mim, mas e o mês que ela não pega? Ai eu não tomo, eu tomo quando ela pega pra mim. Então é difícil, o SUS agora, quase remédio nenhum não tem. (...)Eu fui por que eu tava passando mal, e eu fui pra ver se eu conseguia um atendimento, pra vê 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, dai 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? Aí eles falaram leva ela pra UPA. Então ela ta 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. (...)Lá é muito bom o atendimento dos médicos, eles são muito bons, mas lá tem esse problema. Lá tem esse problema muito sério. Eu não sei também se é porque é muita gente pra ser atendido. Muita gente pra pouco médico. Eu sei que lá é assim você chega, se no dia você dá sorte, se você não tiver marcada, o dia que você dá sorte você é atendida. Se você não der sorte você simplesmente passa pela enfermeira e pronto, vem embora com mais uma receita na mão. Então assim eu já desisti. Eu vou o dia que for(...)O dia que minha consulta tiver marcada, fora isso eu não vou porque é mais um remédio que eu vou ter que tomar. E eu não to precisando de remédio. Eu já pensei em voltar pro psicólogo de novo. Mas é difícil, é complicado porque os horários também são difíceis. Psicólogo pelo posto também é uma vez por semana e é difícil, você chega lá fica só meia hora lá também. O psiquiatra já falou comigo assim: 'um psicólogo pra você, pra te atender direito você tinha que ficar com ele pelo menos uma hora no consultório'. Agora como que uma psicóloga do posto vai me escutar uma hora com aquele mundo de gente lá fora esperando? Não tem condição não. (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 a 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! Aí 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? Tudo é lá. Tudo Você precisa de um ginecologista, é lá. Você precisa de um psicólogo é lá, e aí as vagas que eles passam pra pessoas de outros postos são limitadas né? Que a preferência é do pessoal de lá do bairro né? Tanto que eu demorei a conseguir vaga lá no posto pra passar com a psicóloga. 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. Aí eles me ligavam, ela me ligava, e falava o dia que eu poderia ir na consulta. Eu não tinha aquela frequência assim de ir lá toda semana não. Era só quando sobrava, quando tinha alguma desistência. Faltava alguém e eles me ligavam pra ir. 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 psiquiatria 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. Aí o médico te fala que vai ter atendimento daqui nove, dez meses, um ano, eu acho um absurdo. Porque saúde mental não é brincado! Eu acho que é pior que a saúde em comum eu acho que é uma coisa mais séria porque se mexeu com a mente, mexeu com o corpo inteiro ne? Mexeu com tudo. (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 vivenciado 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.²⁰ (SANTOS 2010)

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. A minha intenção era continuar lá, por exemplo, me encaminhou pra psicóloga do centro de saúde, lá tava cheio, falou que eu tinha que esperar alguns tratamentos terminar pra mim entrar. Que me ligava né?! Ou senão fica vindo aqui de 15 em 15 dias. Lá no CAPS III eu precisava voltar com 60 dias, 90 dias que ele falou. Mas 100 dias pra mim voltar aqui? 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. Aí 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. Aí então que eu fui pro PSF. Mas o acompanhamento que eu tive foi no PSF, porque no CAPS III eu não tive não. Senão eu estaria lá esperando até hoje. O psicólogo do centro de saúde, eu fui lá duas vezes. Não encontrei, não fui mais. Não vou ficar

andando atrás todo dia. Então quer dizer também que eu não tive acompanhamento psicológico. 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 sai 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. É muito demorada essas consultas. São muito demoradas. São remédios fortes que as pessoas tomam. Tem que ter um acompanhamento mais próximo, sabe? Eu acho né? Passa por psicólogo uma vez não passa mais. Ou eu acho que nos posto de saúde também poderia ter psicólogos porque, eu acho que sei lá.. Hoje em dia precisa muito. (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 ta desempregado, ta pegando é bico. É uma situação difícil, né?! Não só pra mim como pra mais gente. 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 ta desempregado, ta pegando é bico. É uma situação difícil, né?! Não só pra mim como pra mais gente. Tem gente que tem mais sorte do que a gente consegue o passe livre ne? Então ai 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 ai já é um coisa(pausa) um constrangimento pra gente. (Colaboradora 5, casada, 53 anos, do lar).

Conclusão

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, 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 ad, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e uma clínica 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 a 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 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. GOULART, M.S.B. ; DURAES, F. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. *Psicol. Soc.* 2010, 22(1):112-120.
2. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 . Brasília: Ministério da Saúde 2004.
4. SILVA, D. C. da Silva; BUDÓ, M. de L. D.; SCHIMITH, M. D.; RIZZATTI, S. de J. S; Riz, SIMON, B. S. S; ROBAINA, M. L. R. Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. Rev saúde Santa Maria 2014 jan/jul 40(1):23-32.
5. MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários Terapêuticos e Construção de Projetos Terapêuticos Cuidadores. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2008; set/dez 19(3):176- 182.
6. CHIAVERINI, D.H (Organizadora). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Ministério da Saúde. Brasília: 2011.74-383.
7. BERTOLINO N.; MINIUSI 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 Pública, USP 2012.
8. SOUZA, L.G.S; MENANDRO, M.C.S.; COUTO, L.L.M; SCHIMITH, P.B.; LIMA, R. Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. Saude soc. . 2012 Dez 21(4): 1022-1034.
9. CORRÊA G.H .L.S.T., BELATTO R., ARAÚJO L.F.S., HILLER M. Itinerário Terapêutico de Idosa em Sofrimento Psíquico e Família. Ciênc. cuid. saúde; 2011 abr-junho10(2):274-283.
10. CAMPOS, G. W. de S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T.; DEL BARRIO, L.R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Out [citado 2016 Jan 24] ; 18(10): 2797-2805. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000002&lng=en.
11. MEIHY J.C.S.B, RIBEIRO S.L.S., *Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias*. São Paulo: Contexto, 2011.
12. DIAZ, Fernando Sobhie. Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da Psiquiatria do Brasil [tese]. Rio de Janeiro. Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2008.
13. CARVALHO M.A.P.; DIAS M.D.; MIRANDA F.A.N.; FERREIRA F.M.O. Contribuições da terapia comunitária integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. Cad. Saúde Pública. 2013. Out; 29(10): 2028-2038.
14. LIEBLICH, A., TUVAL-MASHIACH, R. and ZILBER, T. Narrative Research: Reading, Analysis and Interpretation. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
15. SILVA D.G.V, TRENTINI M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho; 10(3):423-32.

16. FAVERO-NUNES M.A, SANTOS, M.A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2010, 3(2): 208-221.
17. ARCE V.A.R;SOUSA M.F. de; LIMA M.G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. *Physis* [Internet]. 2011 [citado 2016 Jan 24] ; 21(2): 541-560. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200011&lng=en.
- 18.SCHEIBEL, A.; FERREIRA;L.H.. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev. baiana saúde pública.* 2011; out-dez, 35(4): 966-983.
- 19.PEREIRA, Luciléia da Silva. Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidade da rede de cuidado. [tese] Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 2010.