



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

**O cuidado em saúde mental e as redes de
apoio disponíveis para homens residentes
do núcleo rural Jardim II - Paranoá/DF**

Brasília

2019

DANIEL FERNANDO MARTIN CATOIRA

O cuidado em saúde mental e as redes de apoio disponíveis para homens residentes do núcleo rural Jardim II - Paranoá/DF

Trabalho apresentado em forma de artigo, como trabalho final de conclusão do curso de Saúde Coletiva da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Dra. Muna Muhammad Odeh

Brasília

2019

**O cuidado em saúde mental e as redes de apoio
disponíveis para homens residentes do núcleo rural
Jardim II - Paranoá/DF**

Trabalho apresentado em forma de artigo, como trabalho final de conclusão do curso de Saúde Coletiva da faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Dra. Muna Muhammad Odeh

BANCA EXAMINADORA

Jaqueline Nicácio

Enfermeira e Gerente de Serviço de Atenção Primária 2 do Paranoá
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Rafael de Oliveira Cavalcante

Médico de Família e Comunidade da unidade Jardim II
Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Brasília

2019

RESUMO

Este estudo busca compreender o processo de busca e cuidado em saúde mental realizado para e pelos homens com sofrimento mental residentes na área rural do Jardim II e quais as redes de apoio disponíveis. Foi realizado através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e observação participante durante as visitas técnicas realizadas dentro do escopo do projeto de construção de uma linha de atenção à saúde integral do homem na unidade de saúde da família do Jardim II, núcleo rural do Paranoá-DF. A pesquisa demonstrou que a equipe tem maior dificuldade de trabalhar a saúde mental com os homens do que com as mulheres pelo fator cultural que faz com que os homens tenham resistência para falar sobre sua vida e sentimentos. A esse fator se somam as complexidades da área rural, que faz com que as políticas públicas de saúde mental não cheguem até essa população e que o cuidado realizado atualmente com os usuários seja estritamente medicamentoso. É necessário que os formuladores de políticas se atentem às diversidades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores de saúde da área rural para elaborar políticas de saúde mental específicas para essa população.

Palavras-chave: saúde mental; área rural; cuidado em saúde; redes de apoio; saúde do homem.

ABSTRACT

This study seeks to understand the process of seeking and caring in mental health performed for and by mentally ill men living in the rural area of Jardim II and which support networks are available. It was carried out through semi-structured interviews with health professionals and participant observation during the technical visits carried out within the scope of the project of construction of a integral health care line for men in the family health unit of Jardim II, Paranoá- DF. Research has shown that staff have a greater difficulty working with mental health with men than with women because of the cultural factor that makes men resilient to talk about their lives and feelings. To this factor are added the complexities of the rural area, which makes that the public policies of mental health do not reach this population and that the current care with the users is strictly medicated. Policy makers need to address the diversity faced by rural health users and workers to develop specific mental health policies for this population.

Keywords: mental health; rural área; health care; support network; men's health.

“É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”
(Nise da Silveira)

INTRODUÇÃO

Este artigo foi elaborado a partir do projeto Construção de uma Linha de Cuidado de Atenção Integral à Saúde do Homem na área rural do PAD-DF – Paranoá. Dentro desse projeto foi identificada a necessidade de criação de outras linhas de cuidado para que a integralidade do cuidado fosse garantida.

Um dos pontos que identificamos como frágil no cuidado em saúde aos homens da região é o cuidado em saúde mental. Por isso este trabalho foi escrito com o objetivo de compreender o processo de busca e cuidado em saúde mental os homens com sofrimento mental residentes na área rural do Jardim II e quais as redes de apoio disponíveis. Para tanto, buscou-se entender o processo de cuidado na perspectiva da equipe de saúde e identificar os dificultadores e facilitadores na busca e no acesso ao cuidado em saúde mental.

SAÚDE MENTAL

Ao longo da história da humanidade, as pessoas com transtornos mentais foram colocadas à margem da sociedade, afastadas do convívio social e por muitas vezes, encarceradas em locais isolados em condições de vida precárias e insalubres, mais precisamente os manicômios e hospitais psiquiátricos. (FOUCAULT, 1978).

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, teve início a partir da década de 70, quando o modelo de atenção hospitalocêntrico e centrado na doença encontrava-se esgotado e apresentava grandes limitações para atender pessoas com transtornos mentais.

O rompimento com o modelo hospitalocêntrico de internação, para doenças mentais, alicerçou-se na Reforma Sanitária Brasileira (PAULIN, 2004). A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, se iniciou um processo de transformação na forma de assistência - antes focada na internação em hospitais – dando lugar à criação de um conjunto de dispositivos substitutivos de cuidado, dentre os quais se mencionam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), além das

políticas públicas voltadas para um modelo de atenção primária, mais próximo do usuário do serviço.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) surgiu a partir de um projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que tramitava no Congresso Nacional desde 1989, tendo sofrido importantes modificações no seu texto normativo. Foi publicada em 6 de abril de 2001 a lei nº 10.216 que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

“É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.

A Política reconhece os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, tais como autonomia no tratamento, humanização na assistência, garantia do sigilo nas informações prestadas, livre acesso aos meios de comunicação, tratamento pelos meios menos invasivos possíveis e o tratamento preferencial em serviços comunitários, princípios até então ignorados na assistência à saúde mental. Incorpora ainda a questão da reinserção social como principal objetivo do cuidado.

Nesta modalidade de atenção busca-se o acesso facilitado aos serviços de saúde mental, que, em tese, devem estar localizados mais perto da residência dos usuários, integrando a rede de serviços do sistema de saúde geral. Em uma perspectiva integral e do cuidado em rede, estes serviços devem estar aptos a disponibilizar ações de caráter preventivo, terapêutico e de reabilitação. Com isso, busca-se melhor acessibilidade, facilitando o desenvolvimento de novas formas de intervenção menos centradas em hospitais. (PORTUGAL, 2004).

O modelo de atenção à pessoa com transtorno mental vigente no Brasil prioriza o atendimento das suas necessidades no âmbito comunitário, objetivando sua inserção familiar e social, de modo a assegurar o respeito aos seus direitos e individualidades. (BRASIL, 2001)

Nesse novo modelo com enfoque comunitário, destaca-se o conceito de rede social, definida como “a estrutura a partir da qual advém o apoio social, ou seja, é o conjunto de vínculos (e seus respectivos papéis) relacionados ao indivíduo, quer por laços de parentesco, amizade ou conhecidos; ou ainda, um quadro de relações de um indivíduo em particular ou entre um grupo de pessoas. As redes sociais constituem-se em importantes objetos de intervenção, pois permitem a organização das experiências pessoais e grupais que, depois de estudadas, propiciarão modos de intervenção mais adequados ao contexto.” (SOUZA; KANTORSKI, 2009, p. 374).

Esse prisma de um modelo de atenção que proporcione um maior vínculo com o usuário e uma abordagem focada na família no tratamento não é preconizado apenas na área da Saúde Mental, mas também é preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) para a atenção em saúde em geral.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Através da Estratégia Saúde da Família (ESF) o MS redireciona o modelo de atenção à saúde, saindo de um modelo na atenção hospitalar e passando para um modelo que tem a Atenção Básica como ordenadora da rede, por estar mais próxima das realidades e necessidades específicas de cada população. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (2012), dessa forma seria possível atingir um maior nível de resolutividade dos problemas de saúde, além de realizar ações individuais e coletivas de educação e promoção da saúde, com uma boa relação custo-efetividade.

Sendo assim, a ESF parte da concepção de uma equipe interdisciplinar, que possa trabalhar na intercessão dos conhecimentos e competências específicos de cada profissão e área do conhecimento para proporcionar ações de promoção, prevenção, educação, recuperação e reabilitação em saúde de forma integral, universal e equitativa à população.

A equipe de saúde da família é composta por, no mínimo: médico; enfermeiro; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses profissionais, pode conter cirurgião dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal. (BRASIL, 2012).

Essas equipes trabalham fixas com uma população adscrita, ou seja, cada equipe tem responsabilidade por uma população, podendo ser essa população de até 4.000 pessoas, sendo recomendada uma média de 3.000 pessoas.

SAÚDE DO HOMEM

Segundo Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS) do Ministério da Saúde (2016) saúde do homem é como são chamadas as práticas de saúde voltadas para a melhoria e a garantia do acesso e acolhimento de qualidade para os usuários homens no SUS.

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006; Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Sobre vulnerabilidade:

“Qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, que pode ser resumido justamente como este movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade aos adoecimentos.” (BELLENZANI; MALFITANO, 2006).

A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002) Com isso, normalmente o que mais se vê nos serviços de saúde são mulheres, crianças sendo vacinadas, idosos que participam de programas para hipertensão e diabetes e pessoas que procuram atendimento em alguma condição aguda de saúde.

Os dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2010 apontam que no Centro-Oeste a razão de sexo é de 98,6 homens para cada 100 mulheres. Dados epidemiológicos mostram que a cada três pessoas que morrem no Brasil, dois são do sexo masculino, respondendo por aproximadamente 60% dos óbitos no país. Os homens morrem principalmente de causas externas, como por exemplo, lesões por violência, acidentes de trânsito

ou trabalho e em segundo lugar morrem mais de doenças cardiovasculares, como por exemplo, infarto, insuficiência cardíaca, AVC entre outros.

O SUS desenvolve políticas de ações de saúde para grupos específicos. Com isso, em agosto de 2009 foi instituída pela Portaria nº 1.944 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com vistas a nortear as ações de saúde, estimulando o autocuidado destes sujeitos e, sobretudo, em reconhecer a saúde como um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros. (BRASIL, 2009) Um dos principais objetivos desta Política é:

“Promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.” (BRASIL, 2009)

A PNAISH é desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violência e Acidentes. Vale a pena ressaltar que assuntos relativos à saúde do homem, como por exemplo saúde do trabalhador e saúde mental, são trabalhados de forma transversal.

A PNAISH juntamente com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) – porta de entrada do SUS - propõe estratégias de humanização que buscam fortalecer as ações e os serviços e cuidados da saúde, segundo os princípios do SUS - universalidade, integralidade e equidade. “Há a necessidade de se sensibilizar esse segmento populacional para a utilização da atenção básica como porta de entrada no Sistema Único de Saúde”. (Duarte S; Oliveira J; Souza R, 2012) Nesse sentido, é importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a Atenção Primária.

A equipe de saúde tem um papel importante no cuidado da saúde da comunidade, mais especificamente sobre a saúde do homem, o agente comunitário em saúde tem um papel muito importante nas ações de saúde em geral, ainda mais por causa do vínculo que este profissional tem com a equipe de saúde e com a

família. No caso das áreas rurais o ACS é uma peça “chave” para encontrar estes homens (buscar onde há maior concentração deles), quais são suas especificidades, como se relacionam com os demais, etc.

Segundo o Guia do MS (2016) saber reconhecer as diferenças e particularidades de cada indivíduo em sua dimensão social, cultural e sexual é fundamental para o acolhimento e a assistência em saúde. No caso da saúde mental, o ACS com suas visitas domiciliares (de cadastro e monitoramento) pode estar identificando os homens em sofrimento mental, a partir da escuta sobre suas queixas. Com essa informação o ACS pode falar a equipe sobre, por exemplo, possíveis mudanças de comportamento do homem em relação às atividades que antes lhe davam prazer e qual o atendimento necessário para este usuário. Outra maneira de tentar se aproximar do homem é marcar uma consulta com o dentista, para fazer um primeiro contato, tentar incentivar a ir para uma consulta médica (fazer um check-up).

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DAS POPULAÇÕES DO CAMPO E DA FLORESTA

A Portaria nº 2.866 de 2 de dezembro de 2011 institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) que objetiva contribuir para a melhoria da qualidade de vida das populações do campo e da floresta, incluindo articulações intersetoriais para promover a saúde, envolvendo ações de saneamento e meio ambiente, especialmente para a redução de riscos sobre a saúde humana. (BRASIL, 2011).

Destaca-se duas das principais diretrizes da Política:

“Garantir o acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização, incluindo as ações de atenção, as especializadas de média e alta complexidade e as de urgência e de emergência, de acordo com as necessidades e demandas apontadas pelo perfil epidemiológico da população atendida... Valorização de práticas e conhecimentos tradicionais, com a promoção do reconhecimento da dimensão subjetiva, coletiva e social dessas práticas e a produção e

reprodução de saberes das populações tradicionais.” (BRASIL, 2001)

Essas diretrizes tornaram-se um desafio para a saúde pública devida a realidade da atenção em saúde mental no campo e às especificidades do contexto dessa população, além disso, “os estudos atuais e disponíveis não dão conta de descrever concretamente como as famílias cuidam e que critérios usam para o cuidado em saúde de seus membros.” (MINAYO, 2010)

SAÚDE MENTAL NA ÁREA RURAL

Existe uma relação complexa e multidimensional entre a área rural e a pobreza e entre a pobreza e a saúde mental. Na sua definição mais estrita, pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos e talvez mais apropriados para discussões relacionadas com perturbações mentais e comportamentais, pode-se entender como pobreza a situação em que se dispõe de meios insuficientes, nomeadamente os recursos sociais ou educacionais.

A pobreza e as condições que lhe estão associadas, como o desemprego, o baixo nível de instrução, a falta de habitação e outras carências. Os pobres e desfavorecidos acusam a prevalência maior de perturbações mentais e comportamentais, inclusive causadas pelo uso de substâncias (OMS, 2001, pg. 44).

Existe uma lógica de organização dos espaços sociais que faz com que o trabalhador do campo viva em conflito com o grande agronegócio e seja condicionado a uma posição de pobreza. Essa pobreza se fundamenta na exploração do trabalho e da terra pelo grande capital e se reflete na manutenção de iniquidades historicamente construídas, refletidas nos condicionantes sociais da saúde (COSTA, DIMENSTEIN; 2017).

Sendo assim, os problemas de saúde mental encontrados na área rural são complexos e multicausais, logo, uma clínica focada na doença não seria capaz de dar resposta às necessidades da população, que se beneficiaria muito mais de um cuidado em saúde orientado pelos condicionantes sociais da saúde e na reinserção social, entendendo o indivíduo em sua integralidade (DIMENSTEIN, CIRILO NETO; 2017).

ÁREA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RURAL DO JARDIM II – PARANOÁ

A área rural do PAD-DF é composta de grandes e pequenas propriedades rurais e domicílios. É uma área que apresenta grande desigualdade social, tendo em vista a relação entre proprietários de grandes fazendas e granjas e os trabalhadores, que ocupam a mesma região.

O Jardim II se localiza a 92 km do Hospital do Paranoá e abriga uma população de aproximadamente 1.500 pessoas e ocupa uma área espacial de 22.400 hectares segundo o site da Região Administrativa do Paranoá.

A região é ocupada principalmente por trabalhadores e trabalhadoras do campo e suas famílias, caracterizando uma população itinerante com condições precárias de trabalho e moradia.

A equipe do posto de saúde do Jardim II é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

METODOLOGIA

O presente trabalho consiste em um estudo de delineamento descritivo e abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido no Núcleo Rural Jardim II, PAD-DF - Paranoá, Distrito Federal em parceria com o projeto “Linha de Cuidado Saúde do Homem: Construção participativa baseada nos Itinerários Terapêuticos e Processos Educativos”, projeto coordenado por um conjunto de instituições: o Hospital da Região Leste (HRL), a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), o Hospital Universitário de Brasília (HUB), a Universidade de Brasília (UnB), Ministério da Saúde (MS) e a Secretaria de Saúde (SES-DF).

O estudante esteve presente na etapa piloto do projeto, que visou apoiar cinco equipes de saúde rurais de estratégia de saúde da família (ESF) na construção de uma linha de cuidado sobre atenção à saúde do homem com enfoque nas doenças prostáticas. A partir desse projeto piloto foi possível a imersão no campo, a observação participante e o acompanhamento das atividades realizadas juntamente com os profissionais das cinco equipes de ESF.

No mês de julho de 2017 aconteceu o 1º encontro da construção da linha de cuidado, cujo foco foi conhecer a realidade vivida pelas equipes de saúde rurais para entender as especificidades da área. A partir da fala dos profissionais das equipes sobre o cotidiano do trabalho, acredita-se que é possível construir uma linha de cuidado de maneira participativa, e não imposta por um nível central sem antes conhecer os territórios e saber se aquela proposta realmente vai ser acessível e eficiente para todas as unidades - os trabalhadores relataram que essa é a forma habitual de trabalho da SES-DF.

Após esse primeiro momento, foram realizadas oficinas *in loco* em cada unidade de saúde, nas quais se discutiram mais a fundo a realidade de cotidiano e trabalho de cada equipe, possibilitando entender as especificidades e semelhanças entre as áreas.

A coleta de dados sobre a busca e o acesso à saúde mental de homens residentes do Núcleo rural Jardim II - Paranoá ocorreu no mês de fevereiro de 2018, por meio de conversas informais com usuários, da observação participante e da aplicação de entrevistas semi-estruturadas com os profissionais da equipe de saúde rural.

Pela falta de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, esse estudo será realizado como atividade acadêmica, não podendo ser sujeito a publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O homem do Jardim II

A população que mais busca os serviços de saúde é composta maioritariamente por mulheres. Segundo os profissionais da equipe do Jardim II as mulheres são influenciadas desde a primeira menstruação a se cuidar e buscar o posto de saúde pelo menos uma vez ao ano. Já os homens da área rural vivem em uma sociedade de cultura muito machista e não têm o costume de buscar o cuidado, a não ser em casos extremos ou que os impeçam de trabalhar.

“Para os homens a procura (de saúde mental) é menor do que das mulheres, isso é clássico, é bem claro... o profissional e a

equipe identifica muito mais demandas da mulher do que do homem, eu acho até porque a gente tem aquela cultura de que quem sofre é a mulher (...) pro homem eu acho que são pouquíssimos casos de tentativa de suicídio, o sofrimento maior do homem psíquico é o uso do álcool, uso de drogas.” (gerente do HRL)

“Porque o homem é forte, é resistente... e por conta dessa cultura ele não sai de lá (do campo), não se vê doente.” (médico da equipe)

Às vezes não buscam o serviço por medo de descobrir alguma doença grave ou porque não acham necessário realizar um tratamento ou acompanhamento com um profissional de saúde. Outras práticas de cuidado comuns na região incluem a automedicação, consulta com o farmacêutico e uso de medicinas tradicionais como garrafadas e benzeções.

Segundo a equipe o homem tem uma certa resistência para se consultar e assumir que tem algum sintoma diferente do comum (algum problema de saúde), como por exemplo depressão ou algum outro sofrimento mental.

“não é difícil saber quem tá doente, a gente sabe pelo ACS, são vizinhos deles, tão na comunidade... o homem apesar dele não falar você sente no linguajar dele um componente de depressão.” (médico)

“eles não vão, eles não chegam e falam ah eu to com um problema... eu atendia o que ele reclamava e dali eu tentava pegar um gancho sobre depressão, uso de álcool ou alguma coisa. Mas se deixar eles não falam, não vão se abrir mesmo.”

Normalmente o homem trabalhador do campo vai até o serviço de saúde quando já está “nas últimas”, ou seja, quando está sentindo alguma dor ou sintoma agudo/crônico que o impeça de trabalhar ou realizar suas atividades do cotidiano. Essa população vive do trabalho no campo, seja em grandes fazendas e indústrias, até no plantio em sua própria residência.

Portanto, este homem precisa estar saudável para ir ao trabalho, que é o que sustenta a família. Quando esse homem adoece isso pode significar a perda de um dia de trabalho para ir a uma consulta, e provavelmente não receber a diária

daquele dia. Os donos das grandes fazendas e granjas costumam dificultar o aceite dos atestados de comparecimento, o que dificulta a ida dos homens até o serviço.

O trabalho no campo pode ser exaustivo, e os principais locais de lazer desses homens são os bares (onde consomem bebidas alcóolicas) e o campo de futebol.

“assim eles são muito voltados ao trabalho. É uma comunidade meio machista voltada ao trabalho, é de casa pro trabalho e do trabalho pra casa. Quando volta pra casa é cuidando da sua roça, dos seus porcos, das suas galinhas, então não tem atividade de lazer, não tem um centro de apoio. Na área rural mesmo é difícil.”
(médico)

“A válvula de escape dos homens é o álcool.” (médico)

Para os profissionais, o número de casos de homens com transtornos mentais está ligado diretamente ao consumo excessivo de drogas, principalmente álcool, na região. Segundo uma Agente Comunitária de Saúde, a maioria das famílias que têm pessoas com transtornos mentais na região são famílias desestruturadas e pobres, com casos de, por exemplo, violência familiar, o que faz com que o usuário “...tem mais crise, tem mais recaídas.” (agente comunitária de saúde)

“A gente sabe que eles têm um problema, as mulheres relatam, só que eles não gostam de buscar o posto de saúde pra falar sobre os problemas de saúde mental. Os principais problemas de saúde mental que estão ligados seria a dependência de álcool, o uso de algumas drogas. Então o homem pela cultura dele lá, como ele foi criado da forma machista ele não vai chegar e dizer ah eu tenho problema com álcool, eu tenho depressão e uso álcool, eu tenho transtorno de ansiedade e uso outro tipo de substância, entendeu? eles não chegam.” (médico)

“eles trabalham para manter o vício (álcool e outras drogas)” (agente comunitária de saúde)

Equipe

A equipe do posto de saúde do Jardim II é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), portanto, uma equipe completa, do ponto de vista da Estratégia Saúde da Família. O que chama a atenção nessa equipe especificamente, é a sua integração e fluidez. Todos os membros da equipe parecem entender bem o seu papel e o dos outros, além de serem dotados de um aspecto mais subjetivo que é o desejo pessoal de atender à população da melhor maneira possível, partindo do conceito de saúde como um equilíbrio dinâmico no qual se busca o maior estado de bem-estar possível no momento.

Além disso, existe um forte vínculo entre a equipe e a comunidade, o que facilita muitas vezes a aproximação com o usuário e inserção do mesmo no serviço de saúde.

“No caso dos homens a gente faz grupo, pra tentar inserir dentro da equipe, da sociedade e até mesmo dentro da família.”
(gerente)

“... é bem próximo o paciente da gente” (agente comunitária de saúde)

Durante as idas a campo foi possível observar que as ACS possuem um papel muito importante na criação desse vínculo entre o usuário e a equipe, porque são estas profissionais que fazem as visitas domiciliares, que conseguem conhecer casa a casa a realidade da população. Segundo os profissionais, através do trabalho das ACS a equipe é capaz de captar as famílias (e esses homens) e identificar casos de transtornos mentais, de dependência de álcool e outras drogas, violência dentre outros casos que estão relacionados com transtornos mentais.

“Os ACS conseguem captar esses pacientes... a equipe é bem montada, é bem estruturada. Se tiver um surto ou alguma coisa e eu tiver os medicamentos ali, tiver a medicação necessária e eu puder agir eu vou agir... ai estabiliza, controla e manda pro hospital psiquiátrico para uma avaliação e acompanhamento.”
(médico)

Entretanto, os membros da equipe não se sentem devidamente qualificados e capacitados para lidar com os casos de transtornos mentais, pois nunca tiveram um treinamento adequado na área da saúde mental. Alguns profissionais relatam ter

participado de um curso da secretaria de saúde na área há alguns anos, mas segundo eles, o modelo da capacitação não foi pensado de uma forma que facilitasse a participação dos trabalhadores da área rural, por ser oferecido somente no Paranoá (cerca de 90 km de distância), e estes não tiveram grandes aprendizados na ocasião, ainda sentindo-se despreparados para lidar com os casos. Neste curso foi disponibilizada uma apostila para facilitar a identificação de casos de saúde mental.

Ficou claro pela fala dos profissionais que há uma demanda de uma capacitação em saúde mental específica para a área rural para que os profissionais tenham mais conhecimento sobre o tema e se sintam aptos a manejar os casos, desde a sua identificação, como lidar com as crises, até o tratamento a longo prazo.

“Falta alguém capacitado para realizar as oficinas terapêuticas na comunidade” (agente comunitária de saúde)

“...uma preparação quase de um ano que aí você vai ao longo do ano aprendendo técnicas de como abordar, como fazer a pessoa parar (o vício), os melhores meios e métodos (estratégias), não só o medicamento. Montar os grupos, dar apoio.” (médico)

Acesso

A área rural enfrenta um grande problema relacionado ao acesso a serviços de saúde, especialmente os serviços especializados. No caso da comunidade do Jardim II, ela está localizada a aproximadamente 90 Km do Hospital da Região Leste (HRL) de referência da região, onde também fica localizado o CAPS de referência para os usuários adultos com transtornos mentais.

Existe outro hospital que fica mais próximo (Hospital de Sobradinho) e que os usuários conseguem acessar mais facilmente, porém, na territorialização da SES-DF, foi decidido que essa área rural faria parte da região leste de saúde, composta por São Sebastião, Paranoá, Itapoã e Jardim Botânico. O acesso dessas pessoas aos serviços de saúde ficou ainda mais comprometido após essa decisão.

Além da grande distância, não há transporte público que passe pela comunidade e vá até o HRL, e, para chegar até lá, as pessoas, vindas de uma população pobre, são obrigadas a pagar, muitas vezes, fretes que chegam a R\$150

reais. O SAMU não vai até o Jardim II devido à distância e à falta de conhecimento da área, o corpo de bombeiros enfrenta as mesmas dificuldades, apesar de conhecer melhor a região, sendo assim, a ambulância mais disponível é a do HRL, que também nem sempre pode atender.

“Pela distância grande, a gente luta por um transporte adequado para eles (usuários). Eu acho que se começasse por aí, eles conseguiriam ir para o tratamento especializado, poderiam ir aos grupos porque eu acho que o grande benefício do tratamento psiquiátrico e psicológico não é só medicamentoso, é o tratamento em grupo. E mais vantajoso até do que só o medicamento... ou então a formação de grupos ali mesmo na área rural, vamos supor o psiquiatra vem no mês ou um psicólogo de 15 em 15 dias... e os grupos serem formados em uma comunidade próxima. Eu acho que a acessibilidade seria vantajosa.” (médico)

Por esses motivos, os residentes do Núcleo Rural Jardim II têm seu acesso ao cuidado em saúde mental muito limitado, sendo poucos os que conseguem ir até o CAPS com certa regularidade para realizar o tratamento.

Contudo, quando há casos de transtornos mentais é feito um encaminhamento para o CAPS ou ambulatório, que é lançado no SISREG, o sistema de regulação, e dependendo da prioridade é passado para a gerente da região leste de saúde, devido à demora na fila de espera para marcação de consulta.

“eu acho que nunca vai ter um CAPS pra área rural, acho que isso é impossível. Mas quem sabe uma ampliação desse CAPS aqui nosso, que comporte mais gente, aí sim. No CAPS do Paranoá teria um psiquiatra, um assistente social ou então um terapeuta ocupacional, um psicólogo pra atender a área rural, uma equipe. O CAPS tem, sei lá, 30 funcionários e tem uma equipe pra área rural. Aí eu acho que seria melhor, que ai eles conheceriam, aprenderiam... então o atendimento deles seria diferenciado.” (gerente)

Além disso, o posto de saúde não oferece medicamentos controlados gratuitos na comunidade, fazendo com que o usuário tenha que se deslocar até a

cidade, na maioria das vezes até Planaltina, para tentar pegar de graça ou pagar em uma farmácia. Foi relatado pelos profissionais que é entregue para o usuário uma receita para cada medicamento, porque se o usuário entrega uma receita com, por exemplo, três medicamentos e tem somente um disponível, o farmacêutico fica com a receita. Então para facilitar a equipe faz isso para que o usuário não seja obrigado à voltar ao serviço para buscar uma nova receita.

Cuidado

O cuidado em saúde mental realizado na área rural do Jardim II tem grandes diferenças se comparado ao realizado na área urbana do DF. Limitado principalmente pela enorme distância física e cultural, o tratamento fica restrito, na maior parte das vezes, à medicação, e, como citado por alguns membros da equipe, o tratamento medicamentoso isolado não é capaz de produzir melhoras reais a longo prazo. O medicamento se torna uma dependência, uma muleta da qual o usuário não conseguirá se livrar sem as devidas terapias individuais e em grupo. Dessa maneira, o cuidado fica restrito aos medicamentos e ao cuidado que a família é capaz de prestar, que muitas vezes fica no campo do afeto e carinho.

A equipe relatou uma experiência interessante que aconteceu há alguns anos, na qual o gerente do CAPS de referência da região, que é psicólogo, ia até a área rural com uma combi da secretaria de saúde e visitava os usuários de casa em casa. Segundo os profissionais, essas visitas não só ajudavam diretamente no tratamento dos usuários, mas ajudava a equipe a manter uma relação mais próxima com o serviço de saúde mental, o que facilitava muito a articulação entre os serviços e o trânsito dos usuários entre os pontos de atenção.

“aquele caso específico do paciente que não quer vir pra consulta, tá bem isolado... aí o CAPS faz visita, eles fazem visita também na área rural, 1 vez por semana a combi do CAPS... vai com os casos específicos, naquele paciente que tinha consulta marcada e desapareceu... ou que tá muito resistente ao tratamento” (gerente)

Essas visitas acabaram por falta de recursos e suporte da secretaria o que enfraqueceu a relação entre os serviços.

Além disso as políticas e programas sociais vem sendo pensados para uma realidade urbana, em que, por exemplo, precisa-se de internet mensalmente para atualizar os cadastros, o que não é uma realidade das equipes rurais. São políticas centralizadas no urbano sem o foco nas particularidades e especificidades da área rural.

Rede de saúde

Os pontos da rede envolvidos no tratamento dessas condições específicas de saúde mental são o posto de saúde; o CAPS; o Hospital São Vicente - hospital psiquiátrico; e eventualmente os bombeiros ou SAMU.

A equipe do posto de saúde é quem acompanha os usuários no dia-a-dia e conhece intimamente suas vidas, suas famílias e suas histórias. Esse serviço se relaciona com o CAPS, que é onde essas pessoas deveriam fazer o tratamento, fosse o serviço mais acessível aos usuários. Essa relação já foi mais fácil e mais próxima quando o gerente do CAPS realizava as visitas mensais à área rural, hoje em dia essa relação se dá de forma muito mais distante e isso se reflete na falta de acesso por parte dos usuários.

O CAPS deveria ser um serviço de base comunitária, localizado próximo à casa das pessoas, mas no caso está a quase 100 Km de distância. Isso gera uma discrepância muito grande de acesso ao tratamento, fazendo com que as famílias estejam muito mais despreparadas e, em situações de uma crise ou surto, a única opção enxergada é fretar um carro ou ir de transporte próprio para o hospital psiquiátrico. Há casos em que serviços como o SAMU ou os bombeiros são acionados, mas os carros demoram muito para chegar ou não conseguem encontrar o local, obrigando as pessoas a darem um jeito e irem por conta própria.

“...se tiver um surto e a gente sem um soro pra fazer, sem uma glicose, sem nada... Aí ligamos pro SAMU mas é difícil o SAMU ir lá na região, quem vai mais e quem conhece são os bombeiros. Quando a gente chama eles vão com mais facilidade, mas o SAMU não.”

“no caso do suicídio mesmo a gente (equipe) tenta agir rápido, o CAPS aqui do Paranoá eles liberam, é porta aberta... então a

gente já manda o encaminhamento pro psicólogo... pra que que vai, descreve a história, coloca vermelho ou amarelo...”

Isso mostra que a rede de saúde está desestruturada no que diz respeito ao cuidado da população dessa área, sendo a unidade básica de saúde a única opção acessível de tratamento em saúde. Essa situação é uma clara violação dos três princípios básicos norteadores do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade.

Rede de Apoio

As redes de apoio em saúde mental na região são formadas por, principalmente, a família, os vizinhos, a igreja - nos casos de álcool e drogas -, e a equipe de saúde.

A família, na maior parte dos casos, é o apoio mais sólido que o usuário tem, e é ela que cuida dele e ajuda nas tarefas básicas do cotidiano, contando, em alguns casos, com ajuda de vizinhos próximos. “família é quem convive.” (agente comunitária de saúde)

Já a equipe de saúde é quem dá o suporte necessário com relação ao acesso a bens e serviços de saúde, como consultas, medicamentos, terapias, entre outras coisas. Mesmo não sendo capaz de oferecer essas coisas diretamente à população, a equipe faz o papel de facilitadora para que os usuários tenham acesso a esses aparatos. Além disso, os profissionais da atenção básica cuidam de todas as outras condições de saúde dessas pessoas além da saúde mental, e relataram desenvolver um vínculo forte com os usuários em sofrimento mental, pois pela situação de maior vulnerabilidade, acabam se aproximando mais das famílias.

A igreja (evangélica e católica) foi citada como apoiadora nos casos de vícios em álcool e drogas, como equipamento social capaz de se vincular muito intimamente às pessoas e manter esse vínculo, mantendo-as longe desses vícios.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste trabalho foi extremamente gratificante ao estudante, que pôde conhecer e estar em contato com realidades que dificilmente são vistas e

discutidas durante a formação acadêmica. Foi uma experiência única para o graduando que estava inserido no serviço de saúde da área rural, podendo conhecer e entender o dia-a-dia da comunidade e da equipe, vendo que apesar de todas as dificuldades e barreiras existentes no cotidiano da região a equipe consegue realizar um atendimento de qualidade para a população.

Existe uma grande lacuna no Sistema Único de Saúde no DF no que se refere ao cuidado em saúde mental na área rural, onde tanto usuários quanto profissionais se sentem “abandonados”. Seja pelas políticas e programas sociais que muitas vezes não chegam até a comunidade, ou quando chegam, não é possível realizar devido a particularidades e limitações da região.

Outro problema identificado foi a falta de capacitação dos profissionais da equipe para lidar com casos de usuários com transtornos mentais. Essa falta de capacitação foi apontada pela equipe como uma grande barreira no processo de cuidado, pois pela falta de outros equipamentos públicos de saúde e assistência social na região, a ESF é a única representação do SUS presente para dar resposta aos problemas de saúde da população, e os usuários encontram muita dificuldade para chegar até a cidade.

O SUS foi construído em cima de 3 princípios básicos, a equidade, a integralidade e a universalidade. No caso da área estudada, nenhum desses princípios têm sido respeitado. Trata-se de uma população pobre e vulnerável que, ao invés de receber uma atenção maior por parte da gestão, é altamente negligenciada, dependendo muito mais da boa vontade dos profissionais envolvidos no seu atendimento do que da estrutura e recursos do estado.

Tendo isso em vista, é necessário que a gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, juntamente com outros setores, como por exemplo transporte e infraestrutura, lance um olhar sobre a área rural e faça um trabalho intersetorial que inclua idas ao local para conhecer a realidade e elabore um plano para reestruturar a organização dos serviços públicos de modo a melhorar a qualidade de vida da população, pois são direitos humanos básicos de toda uma população que estão sendo violados devido a um mal gerenciamento dos serviços públicos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRASIL. IBGE. **Censo demográfico**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

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

BRASIL. Lei nº 10.216. Política nacional de saúde mental, Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html>.

COSTA NETO, Mauricio Cirilo da; DIMENSTEIN, Magda. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 25, n. 4, p. 1653-1664, dez. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000400009&lng=pt&nrm=iso>.

FARIAS DA SILVA, Victor Hugo; DIMENSTEIN, Magda; FERREIRA LEITE, Jáder. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. **Mental**, v. 10, n. 19, 2013.

Pinho, L.B.; Hernández, A.M.B.; Kantorski, L.P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 14, n. 32, p. 103-113, Botucatu, jan./mar. 2010.

NASCIMENTO, L. C. [et al.]. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Rev. Texto & Contexto de Enfermagem. vol. 14, n.2, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2007.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneb: OMS, 2001.

PRATI, L.E.; COUTO, M.C.P.P.; KOOLER, S.H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.25, n.3, jul./set. 2009.