

Cavalcante Bezerra, Indara; Salette Bessa Jorge, Maria; Soares Gondim, Ana Paula; Lira de Lima, Leilson;
Gomes Ferreira Vasconcelos, Mardênia
“Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o
cuidado em saúde mental na Atenção Primária
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 48, 2014, pp. 61-74
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180130050005>



Interface - Comunicação, Saúde, Educação,
ISSN (Versão impressa): 1414-3283
intface@fmb.unesp.br
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Filho
Brasil

“Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária

Indara Cavalcante Bezerra^(a)
 Maria Salete Bessa Jorge^(b)
 Ana Paula Soares Gondim^(c)
 Leilson Lira de Lima^(d)
 Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos^(e)

Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “I went to the health unit and the doctor sent me here”: process of medicationalization and (non)resolution of mental healthcare within primary care. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):61-74.

This investigation sought to understand how mental healthcare is being produced within primary healthcare, from the experiences of professionals, users and family members, picked up through semi-structured interviews. The information obtained was categorized according to features observed in effecting the interface between primary care and mental health, described as: medicationalization of mental health problems presented by the population; difficulties among users of Psychosocial Care Centers (PCCs) in accessing Family Health Units; and mental healthcare training for primary care professionals. The process of medicationalization goes beyond the professionals' practice and forms the main demand of PCCs users. This process indicates the need for action towards demedicalization, and this is boosted through incorporation of new relationships and social dynamics in this field, greater coordination of the teams and stimulation of social participation by the community in this process.

Keywords: Mental health. Primary healthcare. Medicalization. Problem solving.

Buscou-se compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária, com base nas experiências de profissionais, usuários e familiares. As informações obtidas foram categorizadas pelos aspectos observados na efetivação da interface entre Atenção Primária e saúde mental, descritos como: medicamentação dos problemas de saúde mental apresentados pela população; dificuldades no acesso dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) à Unidade de Saúde da Família, e formação em saúde mental para os profissionais da Atenção Primária. O processo de medicamentação perpassa as práticas dos profissionais e configura-se como a principal demanda dos usuários do CAPS, indicando a necessidade de ações desmedicalizantes, que encontram potência na incorporação de novas relações e dinâmicas sociais no território, maior articulação das equipes e estímulo à participação social da comunidade neste processo.

Palavras-chave: Saúde mental. Atenção Primária à Saúde. Medicalização. Resolução de problemas.

^(a,b,e) Centro de Ciências da Saúde, Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Paranjana, 1700, Campos do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60.740-000. indaracavalcante@yahoo.com.br maria.salete.jorge@gmail.com mardeniagomes@yahoo.com.br

^(c) Departamento de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. anapaulasgondim@uol.com.br

^(d) Centro de Ciências da Saúde, Doutorado em Cuidados Clínicos em Enfermagem em Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. leilson.lira@yahoo.com.br

Introdução

A medicamentação refere-se ao controle médico sobre a vida das pessoas. Para tanto, utiliza a prescrição e o uso de medicamentos como única terapêutica possível de responder às situações da vida cotidiana, entendidas como enfermidades psíquicas. Por conseguinte, angústia, mal-estar ou dificuldades, outrora compreendidas como parte da complexidade e singularidade do ser humano, passam a ser consideradas doenças ou transtornos diagnosticáveis e, conseqüentemente, "medicamentados", com o intuito de proporcionar cura¹.

Essa medicamentação do mal-estar é uma realidade efetiva, atual e crescente, que se expande, inclusive, para campos diversos do saber médico-científico. Ao oferecerem produtos que prometem alívio ou melhora de estilo ou condição de vida, diversos meios de comunicação, tais como a literatura e os programas de televisão, estimulam a automedicação e funcionam como verdadeiros manuais de autoajuda, atendendo a uma crescente demanda de cuidado para cada sofrimento ao qual se pode estar submetido².

Os estudos que envolvem fármacos, na atualidade, transitam do foco da farmacologia clínica para a farmacologia social, definida como a ciência que se preocupa com as interações entre droga e meio ambiente³. Nesse sentido, Rosa e Winograd² concordam que a medicamentação é um fenômeno cultural amplo, que diz respeito às interseções entre droga, medicina e sociedade, e inclui a demanda dos pacientes por esse tipo de medicamento.

Ngoundo-Mbongue et al.⁴ propõem o termo medicamentação para descrever o uso não médico de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam "tratamento farmacológico", como por exemplo: envelhecimento, distúrbios do sono, alimentares e perda da libido. Afirmam que o uso de medicamentos em "nível social" parece estar induzido não só pela ocorrência de doenças, mas, sobretudo, pela disposição e apelo da indústria farmacêutica e sua expansão para campos extracientíficos.

Os autores acrescentam, ainda, que esse consumo exacerbado de medicamentos relaciona-se com a produção social hegemônica e mercadológica da saúde, e que envolve diferentes atores, dentre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde.

De acordo com Amarante¹, a medicamentação é consequência de outro fenômeno mais amplo: a medicalização social. Esta se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. O uso do medicamento está inserido nesse âmbito, e, quando se dá de forma desnecessária, representa a medicamentação.

A literatura⁵ aponta que o fenômeno da medicamentação torna-se mais evidente no campo da saúde mental. Observa-se indicação abusiva de medicamentos para sofrimentos psíquicos que, muitas vezes, estão relacionados a problemas sociais e econômicos. Sendo assim, o que se constata, nos serviços de saúde mental, é uma terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves e leve-duras.

Entretanto, avançar no cuidado em saúde mental remete à reflexão crítica de vários processos envolvidos na dinâmica do cuidado e no trânsito dos diversos atores pelos caminhos do Sistema Único de Saúde (SUS), mapeando-se os limites e os desafios, em busca da resolubilidade dos serviços da rede de saúde mental.

Entre os cenários de cuidado em saúde mental, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui relevância significativa para a resolubilidade do cuidado e consolidação da Reforma Psiquiátrica⁶, uma vez que pode evitar práticas que levem à psiquiatrização, fragmentação do atendimento, além de facilitar o planejamento das ações no território, promovendo equidade e acesso aos serviços de saúde^{7,8}.

Ainda que algumas experiências ressaltem que esse *locus* tenha se consolidado como importante dispositivo na construção de novos modos e práticas em saúde mental⁹⁻¹¹, outros estudos^{8,12-14} apontam entraves intervenientes para a resolubilidade do cuidado às pessoas com transtornos mentais, na Atenção Primária.

Transferências e encaminhamentos excessivos, dificuldade de estabelecer serviços de referência e contrarreferência, unidades de saúde com infraestruturas precárias, resistências dos profissionais para o

atendimento a esses sujeitos, e práticas clínicas biomédicas centradas na medicamentação são descaminhos para a resolubilidade do cuidado em saúde mental nesse nível de atenção^{8,13,14}.

Acredita-se que este estudo possa contribuir para o direcionamento das ações de saúde mental na APS, ampliando as possibilidades de cuidar para além da terapêutica medicamentosa, pois a complexidade dos problemas psíquicos exige a articulação entre as múltiplas formas assistenciais, às quais o usuário recorre como subsídio para suas demandas e necessidades de vida^{1,13,15}.

Ademais, o presente artigo visa oferecer subsídios à produção do conhecimento científico sobre a temática em questão, uma vez que, numa rápida busca pelo tema em algumas bases de dados, foram encontrados poucos estudos^{9,12} que abordavam a resolubilidade do cuidado em saúde mental na Atenção Primária.

A medicamentação representa o risco do aumento do poder da psiquiatria, da psicologização dos problemas sociais, da ampliação e da ambulatorização da demanda¹², ou seja, formas de cuidar privatizantes, as quais se contrapõem às conquistas nos âmbitos da saúde mental e da saúde coletiva.

Assim, este artigo busca caminhar por meio dessa interface entre Atenção Primária e saúde mental, ancorando-se no discurso dos atores envolvidos na dinâmica do cuidado, analisando o processo de medicamentação e a sua relação com o cuidado em saúde mental.

Para tanto, delimitou-se como objetivo compreender como o cuidado em saúde mental vem sendo produzido na Atenção Primária à Saúde (APS), em busca da resolubilidade para as ações de saúde mental das Equipes de Saúde da Família (ESF).

Metodologia

Este estudo integra uma pesquisa mais ampla, denominada: "A produção do cuidado na estratégia saúde da família, e sua interface com a saúde mental: os desafios em busca da resolubilidade", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

Optou-se pela pesquisa qualitativa dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, por possibilitar o entendimento do fenômeno social e suas relações no campo da saúde. Para Minayo¹⁶ é possível, por meio desta opção, dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais. Tem-se, ainda, que este tipo de pesquisa, além de aceitar os conceitos e as explicações utilizadas na vida diária, realiza perguntas fundamentais e investigadoras, concernentes à natureza dos fenômenos sociais. Um dos aspectos principais refere-se ao fato de que estuda as pessoas em seus ambientes naturais, e não em artificiais ou experimentais¹⁷.

A pesquisa foi realizada nos municípios de Fortaleza e Maracanaú, Ceará, Nordeste do Brasil. Estas cidades foram selecionadas para o estudo, em virtude de estarem pactuadas pelo Sistema Municipal de Saúde Escola e integrarem a referida pesquisa, como instituições coparticipantes.

A partir desta pactuação, a instituição de ensino, representada pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), entende sua corresponsabilidade sanitária com a saúde da população dos municípios, e, por isso, no processo da investigação, implementou formação em saúde mental a partir das necessidades apontadas pelos trabalhadores, usuários e seus familiares, contribuindo para o equacionamento dos desafios sanitários no SUS.

Utilizaram-se as técnicas de entrevista semiestruturada, combinada com a observação sistemática do campo entre junho de 2011 a março de 2012, período no qual foram entrevistados trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre eles: enfermeiros, médicos, dentistas e agentes comunitários de saúde. Além desses, participaram: profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos) e Centro de Atenção Psicossocial-CAPS (enfermeiros, psiquiatras, psicólogo, assistente social e farmacêuticos), usuários do CAPS e seus familiares.

Para a análise apresentada no presente artigo, foram utilizados os dados de 22 das 49 entrevistas realizadas com profissionais integrantes da equipe de Atenção Primária, NASF ou ESF, que realizavam

atendimentos de saúde mental, usuários do CAPS, que foram encaminhados, pela equipe do serviço especializado, para continuidade do atendimento na ESF, e familiares cuidadores que acompanhavam o usuário em seu percurso assistencial. Desse modo, utilizaram-se, na análise, entrevistas de 13 profissionais, sete usuários e dois familiares.

Os participantes foram entrevistados no próprio local em que prestavam ou recebiam o atendimento de saúde, respondendo a questões previamente elaboradas em um roteiro, as quais abordavam temas sobre: a efetivação do cuidado em saúde mental na Atenção Primária; continuidade e resolutividade do cuidado operado; estratégias utilizadas para o cuidado de pessoas com transtornos mentais no contexto terapêutico, familiar e social; integração entre os serviços e qualidade do atendimento recebido, diante das demandas e necessidades do usuário e seus familiares.

Os sujeitos tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado, autorizando a participação na pesquisa, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁸. Após autorização, as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Para garantir o anonimato dos informantes, os trechos das narrativas utilizados para ilustrar a análise foram identificados da seguinte forma: profissionais (categoria profissional do entrevistado, equipe à qual está vinculado na Atenção Primária), os usuários (Usuários – CAPS) e os familiares (Familiar – CAPS).

Para organização das informações, seguiram-se três etapas estabelecidas por Minayo¹⁹ e retraduzidas por Assis e Jorge²⁰: ordenação, classificação e análise final dos dados, que inclui classificação das falas dos entrevistados, componentes das categorias empíricas, sínteses horizontal e vertical, e confronto entre as informações, agrupando as ideias convergentes, divergentes e complementares.

A análise final foi orientada pela análise de conteúdo, com base em Minayo¹⁶. A autora enfatiza que, entre as possibilidades de categorização no campo da saúde, a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

As temáticas desenvolvidas na análise emergiram das unidades de significação ressaltadas do texto, as quais se destacam como: “Manter a conduta de medicação”: processo de medicamentação e resolubilidade do cuidado na ESF e CAPS; “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi prá cá”: dificuldades de acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família; e “Reverendo a questão medicamentosa”: transformações operadas no cotidiano dos serviços da Atenção Primária com ações de saúde mental.

Resultados e discussão

A partir do exposto, apresentam-se as informações obtidas junto aos profissionais, usuários e seus familiares, categorizadas em três aspectos observados na efetivação da interface entre Atenção Primária e saúde mental, em busca da resolubilidade do cuidado. Estes aspectos são descritos como: a medicamentação dos problemas de saúde mental apresentados pela população, as dificuldades no acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família e a formação em saúde mental para os profissionais da Atenção Primária.

“Manter a conduta de medicação”: processo de medicamentação e resolubilidade do cuidado na ESF e CAPS

O primeiro aspecto evidenciado pelas equipes atuantes na Atenção Básica, na condução dos casos de saúde mental, foi a associação da resolubilidade do cuidado com a disponibilização de medicamentos pelos serviços de saúde, seja da Unidade de Saúde da Família ou do CAPS.

Assim, a variedade, acesso e gratuidade na dispensação da medicação correspondem a um indicador de resolutividade e continuidade do cuidado, como se observa nos discursos dos profissionais.

“Acredito que sim [que o cuidado é resolutivo] a unidade de saúde aqui [do Município] conta com uma vasta gama de medicações”. (Enfermeira ESF)

“[...] temos toda a parte da medicação, a população tem acesso a isso de graça e dificilmente falta medicação, então se dá uma continuidade ao tratamento”. (Fisioterapeuta ESF)

“A estrutura física está super desgastada, mas aqui na unidade a gente tem uma farmácia polo que dá remédio até mesmo aos pacientes que vem do hospital em busca de medicação e eu acredito que o atendimento aqui é bom, ainda está longe de ser um modelo, mas é bom”. (Agente Comunitário de Saúde ESF)

Por sua vez, o atendimento de saúde mental na Unidade de Saúde da Família está restrito à consulta médica e à prescrição de medicamentos, correspondendo à manutenção da conduta terapêutica para o transtorno mental diagnosticado.

Essa prática objetiva os problemas de saúde demandados pelos usuários, evidenciando a doença, e não a experiência da pessoa, em todas as suas singularidades, justificada como uma dimensão mais complexa de atuação.

“[...] Pra ele ser acompanhado aqui, então o que é que a gente faz? Aquela pessoa vem mensalmente ou de dois em dois meses pegar sua medicação. Não é só pegar a medicação, tem também a história da consulta”. (Enfermeiro ESF)

“[...] Nós damos apenas digamos assim, mantemos a conduta de medicação, a conduta terapêutica, a farmacoterapia adequada para o transtorno que foi identificado, que foi tratado. [...] Porque geralmente alguns casos são um pouco acima do nosso nível de complexidade”. (Médico ESF)

As práticas de saúde mental são orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais promovem uma ruptura com o modelo biologicista e médico-centrado, atribuindo um novo lugar social para a loucura e a diversidade, concebendo não um modelo de atenção, mas um processo que implica toda a sociedade na transformação da atenção à saúde mental.

Denominada de atenção psicossocial, questiona práticas hegemônicas e enrijecidas, modelos pré-formatados, e define seu novo “objeto de atuação”, que passa da doença para a experiência da pessoa em sofrimento psíquico ou transtorno mental.

A ampliação do “objeto” de intervenção exige transformações na organização dos serviços. Nesse sentido, destaca-se a noção de Lancetti e Amarante²¹, de que a lógica de cuidado da pessoa com transtorno mental não segue o caminho linear e hierárquico de sintomas-diagnóstico-terapêutica-cura, ou seja, nos casos de saúde mental, o sintoma nunca se elimina, o sintoma circula. Por isso, a saúde mental opera com uma lógica de complexidade invertida; enquanto, na saúde geral, o maior nível de complexidade está inscrito em centros cirúrgicos e unidades de terapia intensiva, na saúde mental, o procedimento mais simples é no hospital, e, no território, os procedimentos são mais complexos, pois envolvem a relação.

Neste mesmo entendimento, convergem os discursos dos usuários dos serviços. O acesso ao remédio, de forma gratuita, representa o indicador de resolubilidade do cuidado, satisfação com o tratamento recebido e única alternativa para “ficar bem”, como observa-se nos trechos a seguir:

“Ele sempre que vem é bem tratado, recebe os medicamentos de graça aqui na farmácia. Eu gosto. Da última vez que ele teve uma crise, em janeiro, a gente trouxe aqui, porque ele tinha deixado de tomar os medicamentos”. (Familiar CAPS)

“FUI LÁ NO POSTO E O DOUTOR ME MANDOU FOI PRA CÁ” ...

“[...] Aqui pelo menos eles me dão os remédio tudim, porque eu não tinha dinheiro pra comprar. [...] e se eu não tomar, ave maria do céu, eu não gosto nem de lembrar, era tão ruim naquele tempo que gosto daqui, do jeito que tá, tá bom assim, tá bom”. (Usuário CAPS)

“[...] Eles me mandaram pro doutor que mandou eu tomar os remédio que eu tomo hoje. Olha eu tomo tudim bem direitim e as coisas tão melhorando”. (Usuário CAPS)

“[...] Eu não posso ficar sem os remédios não, eu preciso deles para ficar bem, mas agora tá bem direitinho”. (Usuário CAPS)

Nesse cenário, percebe-se que a resolubilidade do cuidado está restrita à oferta que o serviço disponibiliza para a demanda trazida pelo usuário, no caso: a estabilização de sintomas, o enfrentamento da crise psicótica, por exemplo. A literatura referente ao tema da resolubilidade parte da premissa de que a capacidade de resolução da demanda do usuário que busca atendimento no serviço de saúde, tanto no âmbito individual quanto coletivo, indica a resolubilidade da ação. Nesse contexto, um serviço resolutivo deverá estar apto a enfrentar e resolver o problema, até o limite de sua atuação²².

No entanto, questiona-se: Quais tipos de problemas de saúde apresentam-se aos serviços, e como são traduzidos em demandas, para os profissionais? Os problemas de saúde mental são demandas apenas do CAPS? O cuidado deve resumir-se na estabilização dos sinais e sintomas do comportamento, que destoam da norma social?

Embora os transtornos mentais representem 13% da carga total de doença, a diferença entre o número de pessoas afetadas e o número de pessoas que recebem cuidados e acompanhamento, mesmo para condições severas, ainda é crescente. Os dados apresentados no relatório da OMS mostram que até 75-86% das pessoas com transtornos mentais graves, em países de renda baixa e média, e 30-50%, em países de alta renda, não haviam recebido qualquer tratamento nos 12 meses anteriores²³.

Diante desses dados, a OMS apontou a importância da integração de ações de saúde mental na Atenção Primária, ao recomendar, ao território, à comunidade e às redes de serviços de saúde, que se organizassem, de forma a reconhecerem que a atenção à saúde mental é parte dos cuidados primários de saúde, com ênfase nas novas formas de cuidar²³.

Objetivar o cuidado ao diagnóstico médico reduz as alternativas terapêuticas à prescrição medicamentosa, o que parece ser suficiente para os usuários participantes do estudo.

Este dado funciona como argumento para os sujeitos elegerem o CAPS como o serviço mais resolutivo, quando comparado ao atendimento recebido na Unidade de Saúde da Família. A ênfase recai sobre a efetividade dos serviços especializados em saúde mental, devido à garantia de atendimento médico e ao acesso ao remédio.

“Aqui pelo menos tem alguma coisa. Tu pode ver que não é tão ruim assim não. Sempre tem médico pra atender a gente, eles conversam, passam os remédios tudim que a gente pega aqui. [...] Eu só sei que eu tô bem assim agora, tô tomando os remédios direito”. (Usuário CAPS)

“O cuidado aqui [CAPS] só serve pra gente vir mesmo e pegar os remédios com os médicos mesmo e só!”. (Usuário CAPS)

O CAPS, como dispensador de remédios, descaracteriza-se de seus princípios e diretrizes essenciais, que inclui lidar com pessoas, e não com doenças, promover a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Assim, deve ser capaz de realizar um trabalho de base territorial com atuação na comunidade, que possibilite ao usuário reencontrar um lugar na comunidade em que vive, promovendo autonomia na gestão da sua vida.

Logo, no cenário em investigação prevalece uma resolubilidade centrada no modelo biomédico, prescritiva e burocratizada. O acesso ao medicamento e às consultas é garantido, mas questiona-se a produção da autonomia na relação terapêutica.

“Fui lá no posto e o doutor me mandou foi prá cá”: dificuldades de acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família

Outro aspecto identificado na efetivação da interface entre Atenção Básica e saúde mental foram as dificuldades no acesso dos usuários do CAPS à Unidade de Saúde da Família. Questionados sobre a utilização destes serviços, bem como sua articulação, os usuários do CAPS referiram dificuldades de obter atendimento no posto de saúde, seja pelo não-acolhimento da demanda trazida para o serviço, seja pela dificuldade em conseguir marcação de atendimento, evidenciando, deste modo, a desarticulação na organização dos fluxos assistenciais entre Atenção Básica e especializada, e falha na responsabilização dos profissionais envolvidos com o processo de cuidado integral.

“Eles num funcionam nem separados que dirá juntos! Eu num disse que quando eu fui lá no posto o doutor me mandou foi prá cá? [CAPS]. Ele não quis eu sendo atendido lá. Ele disse que não era o caso de lá. Custava ele me dar os papéis do remédio, custava? Eles estudam pra ser doutor e não podem atender os casos. Sei nem se ele era doutor mesmo, desconfio viu? Eu vivia atordoado, o povo me chamava de doido, eu achava que era doido. Mais hoje eu já to melhor, eu nunca mais tive os apagação que eu tinha antes não, eu tomos os remédio e o doutor daqui [CAPS] disse que é pra eu me sentir bem e não ter mais aquelas coisas de antes”. (Usuário CAPS)

“[...] se bem que às vezes eu nem vou não [para a unidade de saúde da família], a gente compra é remédio em casa e toma mesmo. É tão difícil conseguir tirar ficha que é melhor nem ir. [...] comecei a tomar os remédios daqui [CAPS], daí o medico daqui [CAPS] mandou eu ir lá no posto [...] Eu só vou lá mesmo quando o remédio acaba. Mas eu fui lá [posto de saúde] quando o doutor daqui [CAPS] mandou, me deu um papel e eu fui. Mas acho que foi só por isso mesmo, porque senão acho que não tinha ido não”. (Usuário CAPS)

“Eu sei que a única coisa que eles [Posto de Saúde] fazem, quando o doutor daqui [CAPS] tava de férias e eu precisava pegar meus remédios, eles assinaram o papel pra eu pegar, porque lá tinha doutor sabe? Mas eu tive que pegar foi aqui [CAPS], eles falaram que lá [Posto de Saúde] não tinha o que eu queria não, que quem tinha era aqui no CAPS, eu voltei de lá pra cá só pra pegar os remédios”. (Usuário CAPS)

“Eu vim porque o doutor do posto disse que não podia me atender lá não sabe, que não era o tipo de trabalho dele o meu caso. Nem os remédios eles queriam me dar lá sabe? Ele me deu um papel e me mandou pra cá [CAPS]. Eu vim duas vezes para conseguir”. (Usuário CAPS)

As falas evidenciam problemáticas, como: o acesso negado, precariedade na assistência à pessoa com transtorno mental, na Atenção Primária, e a ênfase na medicação como única alternativa terapêutica a estes usuários.

Tais evidências são utilizadas como catalisadores da discussão sobre a resolubilidade do cuidado em saúde mental. Uma vez que a atenção psicossocial e os princípios e diretrizes do SUS ampliam o olhar sobre o processo saúde-doença, incluindo fatores políticos, biopsíquicos e socioculturais, como determinantes das doenças, a organização dos serviços deve considerar tais aspectos, garantindo o direito à saúde dos usuários.

O acesso aos serviços de saúde pode ser compreendido como o processo de busca e obtenção de assistência à saúde, além do impacto da inserção dos usuários nos serviços e recebimento de cuidados

subsequentes. Nesse processo é possível analisar a disponibilidade de recursos e a capacidade da rede de produzir serviços que sejam resolutivos às necessidades de saúde da população²⁴.

Em 2006, o Ministério da Saúde incluiu parâmetros para ações de saúde mental na Atenção Básica, entre outros, nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), publicados na Portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006, objetivando intensificar o esforço de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental²².

Nesse contexto, a busca e a inserção dos usuários do CAPS, na Unidade de Saúde da Família, traduzem-se pela demanda de consulta médica, receita e medicamento. A equipe de saúde da família não reconhece a demanda, e o usuário tem acesso negado. Esse entrave caracteriza uma barreira para o acesso funcional, o que faz com que prevaleçam os encaminhamentos de um serviço a outro, sem responsabilização e resolutividade.

A responsabilização que envolve o encaminhamento dos casos e orienta o fluxo de serviços na rede deve pressupor a continuidade do cuidado em todo percurso terapêutico.

Para Nascimento et al.,²⁵ a responsabilização, diante dos desafios do processo saúde-doença, é a implicação dos diversos sujeitos envolvidos numa prática que considere aspectos singulares do indivíduo, valorização e preocupação com o cuidado. Tais ações assistenciais devem ter por base o aumento dos graus de autonomia da população atendida.

No entanto, ainda é muito delimitado o pedido explícito dos usuários aos serviços. Como discutir autonomia numa população que parece estar arraigada ao modelo de medicalização? Este desafio faz parte do cotidiano das equipes de saúde mental e de saúde da família.

Para tanto, a ampliação das ofertas terapêuticas nos serviços deve incluir o treinamento das equipes, sobre as concepções de reforma sanitária e reforma psiquiátrica, entendendo-as como processos sociais complexos que visem tanto à melhoria da assistência médica, quanto à promoção da consciência sanitária nas comunidades, fomentado a participação social e a autonomia dos sujeitos¹.

Aliadas a este cenário, visualizam-se as proposições dos profissionais da equipe de saúde da família, sobre o acompanhamento dos casos de saúde mental na Atenção Primária. Evidencia-se que as ações dos profissionais enfocam e restringem-se à tríade: consulta médica, receita e medicamento, diante das dificuldades do manejo de casos específicos, e à limitação na formação acadêmica para lidar com a saúde mental.

“[...] alguns pacientes eram até acompanhados no hospital de Messejana, mas deixavam de ir e a família ficava comprando a medicação com a mesma receita, porque às vezes tá num período de euforia e agitação, então o agente de saúde vê e a gente vai, o médico vai, lá ele passa alguma coisa logo pra tirar da crise ou se não estiver dando para medicar, pra controlar aquele paciente e voltar ele faz isso aí e medica e se tiver com muito tempo que não vai no psiquiatra ele encaminha para ter acompanhamento”. (Enfermeiro ESF)

“[...] a dificuldade que eu tenho é que eu não sei, assim, dominar, né? [...] Eu acompanho o doente mental, mas geralmente a gente vai com o médico, é mais a questão mesmo da medicação”. (Enfermeiro ESF)

“[...] a formação do médico é limitada nesse aspecto e como existe um grande risco de nós piorarmos se nós utilizarmos uma medicação inadequada”. (Médico ESF)

O despreparo para o manejo com pessoas com transtornos mentais foi evidenciado em pesquisas de estudiosos como Nunes, Jucá e Valentim²⁶ e Harada e Soares²⁷, destacando que nem sempre os profissionais da ESF possuem tecnologia para a resolução de algumas situações em saúde mental.

Desse modo, o cuidado à pessoa com transtorno mental, no âmbito do território, pressupõe a incorporação de novas relações e dinâmicas sociais, e exige o desenvolvimento de novas tecnologias que problematizem uma clínica tradicionalmente pautada no indivíduo e na doença, e que, por vezes, negligenciou os aspectos sociais e políticos das experiências dos sujeitos²⁶.

No intuito de enfrentar tal problemática, o Ministério da Saúde propôs capacitações para integração Saúde da Família e Saúde Mental, e formação dos profissionais, numa única rede de cuidados aos usuários de todo o SUS²². Estas iniciativas representam um avanço para o cuidado integral em saúde e maior resolubilidade da atenção psicossocial, uma vez que pressupõem a reorganização do processo de trabalho, a partir do território.

No entanto, percebe-se que essas são ações pontuais e ainda resguardam resistência de alguns profissionais, devido ao estigma da saúde mental como doença e loucura, causando medo e baixa adesão na ampliação de práticas.

Nesse sentido, uma das principais recomendações do relatório da OMS, sobre a integração da saúde mental na Atenção Primária, é a formação de trabalhadores desse nível de atenção, com o intuito de melhorar a capacidade das equipes na identificação e no acompanhamento de pessoas com transtornos mentais.

Enfatiza ainda que, em geral, os treinamentos são quase sempre de curta duração e os profissionais de saúde não praticam o recém-aprendido. Diante dessa constatação, o referido relatório recomenda a supervisão de um especialista, ao longo do tempo, e a criação de um sistema de apoio contínuo para os trabalhadores da Atenção Primária, para a integração ser bem-sucedida²³.

“Revedo a questão medicamentosa”: transformações operadas no cotidiano dos serviços da Atenção Primária com ações de saúde mental

Esta categoria temática revela transformações no cotidiano dos serviços de Atenção Primária, operacionalizadas, sobretudo, a partir de estratégias de educação permanente, tais como cursos e capacitações, destinados aos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Tais iniciativas evidenciam um processo de mudança que, apesar de ocorrer paulatinamente, representa alternativa para o cuidado em saúde mental, com a ampliação do conhecimento sobre processo saúde-doença-cuidado e o reconhecimento do outro como sujeito.

Nesse sentido, essas transformações caminham com o processo de reforma psiquiátrica no Brasil. A inclusão das ações de saúde mental no interior da ESF tem possibilitado experiências inovadoras, bem-sucedidas e expressivas, demonstrando a potencialidade da incursão dessas políticas na ESF e seu consequente redirecionamento às práticas de cuidado em saúde mental¹².

No conjunto geral dos achados, identifica-se que os processos de educação permanente contribuíram no cuidado em saúde mental na ESF. Os profissionais apropriaram-se de outras formas de cuidar que lhes permitiram promover o acesso aos usuários e evitar encaminhamentos desnecessários. Desse modo, os profissionais apreendem a eficácia terapêutica da escuta e, a partir dela, oportunizam espaços de cuidado resolutivo.

Observa-se, portanto, que as capacitações na área de saúde mental, ofertadas aos profissionais da ESF, foram determinantes na superação de práticas excludentes e centradas no modelo biomédico. Além disso, essa escuta permitiu-lhes estabelecer vínculos com os usuários e, sobretudo, transpor ações medicamentozas às práticas de cuidado que valorizam o sujeito.

Esses aspectos aparecem nos discursos dos entrevistados, de forma concorrente, porém hierarquizada, uma vez que a superação da medicamentação aparece com mais intensidade, conforme os seguintes relatos:

“[...] enfim, eu encontro todas as alternativas para o paciente não voltar e dizer assim: eu não fui ouvido, eu não fui consultado, não recebi o cuidado. O cuidado é você ouvir, encontrar uma solução para ele. Eu digo que às vezes, a terapêutica não é a receita, o medicamento somente”. (Médico ESF)

“[...] antigamente qualquer caso que entrasse aqui se eu visse que era algum problema, eu não me sentia capacitada e no curso eu aprendi que não necessariamente precisa de um psicólogo, porque às vezes aquela pessoa quer ser só ouvida”. (Enfermeiro ESF)

“FUI LÁ NO POSTO E O DOUTOR ME MANDOU FOI PRA CÁ” ...

“[...] tem pessoas que tomam medicamentos controlados há anos e anos, que toma diazepam, que toma aquilo e você vê a gente conseguindo tirar da cabeça dessa pessoa, que ela pode viver sem aquela medicação”. (Enfermeiro ESF)

Estas falas refletem um pensamento voltado à eficácia da escuta, como recurso terapêutico, a qual pressupõe alternativa à “terapêutica da droga”, não de forma a excluí-la, mas oferecendo, ao usuário, possibilidades de cuidado, a partir da comunicação, acolhimento e vínculo.

Os profissionais da APS entendem que o uso dessas tecnologias leves auxilia nas ações de saúde mental. Nesse sentido, a resolubilidade não está relacionada somente à medicação, mas está em conjunto com esses dispositivos.

Isso reflete a singularidade dos profissionais entrevistados, os quais buscam a retirada da medicação psicotrópica de alguns usuários atendidos. Junto a essa consideração, não se pode deixar de observar que o redirecionamento das ações de saúde mental na ESF foi construído a partir dos processos de educação permanente, vivenciados pelos entrevistados.

Esses dados coadunam com as considerações de Lancetti e Amarante²¹ a respeito da relação entre ESF e desmedicamentação. Para eles, a Estratégia Saúde da Família configura-se como potência para desmedicamentar, uma vez que, ao utilizar a comunidade como cenário de suas práticas, os pacientes deixam de ser números de prontuários e passam a ser tratados nas tramas que organizam suas vidas. Essas interações exigem, dos profissionais de saúde, habilidades para lidar com o sofrimento humano, suas histórias e famílias.

Alguns estudos^{28,29} convergem com relação às tecnologias leves no cuidado em saúde mental e resolubilidade. Essas ferramentas relacionais direcionam o cuidado em saúde e permitem, aos usuários e profissionais, confiança e diálogo próximo de cada singularidade, de cada sentimento, além de fortalecerem vínculo e compromisso para com o outro.

No que concerne à educação permanente como ferramenta para um melhor cuidado em saúde mental, alguns autores^{6,8,14} salientam a necessidade de se superarem as limitações oriundas da graduação em saúde, a qual, centrada no modelo biomédico e na psiquiatria clássica, prevê a medicação como único recurso terapêutico no atendimento aos usuários com sofrimento psíquico.

De fato, os profissionais incorporaram estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutive voltada para o modo de vida de cada usuário. Desvela-se, de certa forma, uma ação integral para cada situação singular no território, a partir do reconhecimento das dimensões subjetivas, destituindo a ordem objetiva biomédica, a qual apresenta a medicalização como solução única para os casos que se apresentam nas unidades de saúde.

Nesse processo relacional, também se destaca a corresponsabilização. Ela está presente nos discursos dos entrevistados e é determinada a partir do acolhimento às demandas dos usuários, do vínculo estabelecido com o usuário e a articulação com o CAPS. Esses três elementos aparecem articulados e possuem como objetivo garantir acesso aos usuários com transtornos psíquicos na APS, bem como fomentar possibilidades de desmedicamentação, conforme retrata a fala a seguir:

“[...] Os casos mais graves mentais, casos moderados graves, são poucos e eles estão sendo acompanhados pelo CAPS e o CAPS vem aqui, de certa forma estão aqui comigo. Então, a experiência que estou tendo é acolher os pacientes, eles dão uma resposta. Os pacientes têm um vínculo muito bom comigo e eles são pontuais nas consultas, com o tratamento. E com isso eu acho que muitos pacientes estão deixando de usar a medicação”. (Médico ESF).

Consoante o discurso acima, há parceria entre ESF e CAPS nas ações de saúde mental. Como se pode observar, o usuário é acolhido na Atenção Primária e, a partir de então, é estabelecido vínculo, o qual permite a adesão dos usuários às consultas e ao tratamento. Além disso, o acompanhamento de usuários com transtornos mentais graves não é realizado somente pelo CAPS, permitindo a participação dos profissionais da ESF. Isso implica afirmar que as equipes dos dois serviços empreendem esforços que caminham na direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual promulga cuidados na comunidade e máxima vinculação do usuário em seu território.

Com isso, espera-se que ocorra o compartilhamento de informações territoriais, do perfil da população atendida, de situações clínicas, e o desenvolvimento de respostas conjuntas perante a complexidade dos casos de saúde mental que se apresentam na unidade. Essas ações, construídas a partir do matriciamento, incidem na resolubilidade do cuidado, evidenciam a existência de corresponsabilização entre equipe e usuário, bem como promovem ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário¹³.

Contudo, durante as observações nos cenários, não se percebeu o envolvimento de outros profissionais da ESF no matriciamento, tampouco foi notada a participação de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As ações de saúde mental na APS, portanto, centralizam-se no atendimento médico da ESF. Todavia, a interdisciplinaridade é importante para a atuação integral e unificada dos profissionais na produção do cuidado em saúde mental, que precisa centralizar-se nas demandas e necessidades do usuário para, então, alcançar a pactuação integrada – trabalhadores e usuários – das resoluções.

Deve existir uma corresponsabilização, no processo de cuidar em saúde mental, que permita opiniões e possibilidades dos profissionais/usuários/familiares na composição do projeto terapêutico²⁸, não esquecendo do contexto em que esses atores estão inseridos, pois, como afirma Ayres³⁰, cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar porque se responsabiliza. Isso pode minimizar os efeitos deletérios da doença e estimular a capacidade do usuário para o enfrentamento de seus problemas, baseando-se nas suas condições sociais, econômicas e culturais, resgatando a sua cidadania.

A despeito desses impasses, percebe-se que a Estratégia Saúde da Família representa oportunidade de desmedicamentação quando profissionais se veem com alta capacidade resolutiva e ressignificam a pessoa e sua experiência de adoecimento.

Além disso, as tecnologias leves, como a escuta, são importantes dispositivos para as ações de saúde mental na APS, uma vez que evitam encaminhamentos desnecessários, potencializam o cuidado no território e impedem a intermediação de interesses oriundos do denominado complexo médico-industrial¹.

Considerações finais

A medicamentação na saúde mental, portanto, ainda é prática construída socialmente, a partir de significados e sentidos a ela atribuídos pela população usuária, familiares e profissionais de saúde. Apesar das transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, a resolubilidade do cuidado é remetida ao uso de medicamentos, inclusive por parte dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial. Há a premência de superar os modelos biomédico e manicomial, ainda inerentes às práticas de saúde mental.

Esta investigação permitiu apontar os desafios no campo da saúde mental, não só no que diz respeito à resolubilidade do cuidado e sua ligação com a medicamentação, mas, também, a necessidade de se avançar na Reforma Psiquiátrica. Como se pôde perceber, a psiquiatria clássica ainda permanece latente no cotidiano dos serviços de saúde mental. Acresce-se, a isso, o despreparo dos profissionais da APS, os quais ou se limitam a somente prescrever ou a desresponsabilizar-se pelo usuário, ordenando seu fluxo de volta para o CAPS.

Para além dos descaminhos da resolubilidade do cuidado em saúde mental, dentre os caminhos a serem percorridos e as estratégias a serem alcançadas, como se observa nos resultados apresentados, podem-se destacar: ampliação e fortalecimento da rede de serviços, formação em saúde mental condizente com as necessidades dos sujeitos em adoecimento, incentivo à participação social e promoção de autonomia para usuários e seus familiares, processos de educação permanente e fortalecimento da APS, como organizadora das ações de saúde mental, em consonância com o preparo dos profissionais.

Nessa direção, algumas experiências têm demonstrado a necessidade de processos de educação permanente das equipes da Estratégia Saúde da Família. De posse de saberes e práticas baseadas em tecnologias leves, como a escuta e o acolhimento, os profissionais implicam-se em garantir acesso e

proporcionar cuidado condizente com as necessidades dos usuários. Destaca-se, neste cenário, o esforço que os profissionais possuem de "desmedicamentar" o usuário e sua vida.

O cuidar, em saúde mental, pressupõe o olhar, a escuta e o acolhimento às demandas dos usuários, as quais nem sempre possuem uma localização específica em um determinado ponto do corpo.

A biomedicina, com seus recursos medicamentais, apenas consegue constituir-se paliativo e impotente alívio frente aos problemas de saúde mental, pois neles imperam as condições culturais, socioeconômicas e subjetivas. Desterritorializar-se, transpor para novas formas de cuidar em saúde, que não sejam somente a medicação, é desafio substancial, que somente será superado pela composição de atos assistenciais que valorizem a clínica e a ética e priorizem a intersubjetividade.

Colaboradores

Os autores participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Amarante PCD. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
2. Rosa BPGD, Winograd M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol Soc.* 2011; 23(n. spe.):37-44.
3. Ngoundo-Mbongue TBN, Niezborala M, Sulem P, Briant-Vincens D, Bancarel Y, Jansou P, et al. Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmacodependence in workers. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2005; 14(2):81-9.
4. Ngoundo-Mbongue TB, Sommet A, Pathak A, Montastruc JL. "Medicamentation" of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol.* 2005; 61(4):309-13.
5. Santos DVD. Uso de psicotrópicos na Atenção Primária no Distrito Sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2009.
6. Dimenstein M, Galvão VM, Severo AKS. O apoio matricial na perspectiva de coordenadoras de Equipes de Saúde da Família. *Pesqui Prat Psicossoc.* 2009; 4(1):37-48.
7. Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estud Psicol.* 2004; 9(2):373-9.
8. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(1):129-38.
9. Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *SANARE.* 2005/2007; 6(2):34-42.
10. Tanaka OU, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(2):477-86.

11. Sousa FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM, Quinderé PHD, Gondim LGF. Tecendo rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis*. 2011; 21(4):1579-99.
12. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):139-48.
13. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):653-60.
14. Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na Atenção Primária à Saúde: uma análise da produção científica e documental. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):287-300.
15. Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2006.
16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
17. Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
18. Ministério da Saúde (BR). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
19. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 14a ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
20. Assis MAA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: Ed. UEFS; 2010. p. 139-59.
21. Lancetti A, Amarante PDC. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 615-34.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
23. World Health Organization. *Organização Mundial da Saúde. Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: WHO/WONCA; 2008.
24. Assis MAA, Levi DL, Nascimento MAA, Leal JAL, Moreira RCR, Carneiro PRS, et al. Acesso ao PSF: garantia para a resolubilidade dos serviços de saúde? In: Assis MAA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA; 2010. cap. 5, p. 100-11.
25. Nascimento MAA, Santos SCMC, Assis MMA, Moreira RCR, Leal JAL, Gonçalves CCT, et al. Vínculo e responsabilização na construção da produção do cuidado no Programa Saúde da Família. In: Assis MAA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB, organizadores. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analísadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA; 2010. cap. 6, p.112-25.
26. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(10):2375-84.
27. Harada OL, Soares MH. A percepção do agente comunitário de saúde para identificar a depressão. *SMAD Rev Eletr. Salud Alcohol Drog*. 2010; 6(2):315-36.

“FUI LÁ NO POSTO E O DOUTOR ME MANDOU FOI PRA CÁ” ...

28. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZ, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(3):293-302.

29. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da saúde mental e tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(7):3051-60.

30. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(14):73-92.

Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui al dispensario de salud y el médico me mandó venir aquí”: proceso de medicalización y (des)caminos para el cuidado de la salud mental en la atención primaria. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(48):61-74.

El objetivo de la investigación fue entender como se produce el cuidado de salud mental en la Atención Primaria, a partir de las experiencias de profesionales, usuarios y familiares captadas por medio de la entrevista semi-estructurada. Las informaciones obtenidas se categorizaron por los aspectos observados en la efectución de la interfaz entre la Atención Primaria y la salud mental, que se describen como: la medicalización de los problemas de salud mental presentados por la población; las dificultades en el acceso de los usuarios del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) a la Unidad de Salud de la Familia y la formación en salud mental para los profesionales de la atención primaria. El proceso de medicalización está presente en las prácticas de los profesionales y se configura como la principal demanda de los usuarios del CAPS. Este proceso indica la necesidad de acciones desmedicalizadoras que encuentran fuerza en la incorporación de nuevas relaciones y dinámicas sociales en el territorio, mayor articulación de los equipos y estímulo a la participación social de la comunidad en este proceso.

Palabras clave: Salud mental. Atención primaria de salud. Medicalización. Resolución de problemas.

Recebido em 25/07/13. Aprovado em 13/10/13.