

# Grupos de reflexão em Saúde Mental: possibilidade de interlocução entre a Saúde Mental e a Atenção Básica no município de Itapevi – SP

**Mental health reflection groups: possibilities for interlocution between mental health and primary health care in Itapevi municipality - SP**

Claudiney Augusto Yamaguti<sup>I</sup>, Maria de Lima Salum e Morais<sup>II</sup>

## Resumo

O presente trabalho tem como objetivo relatar a pesquisa-intervenção conduzida com uma equipe de Saúde da Família no que se refere às ações de Saúde Mental na Atenção Básica. A pesquisa foi desenvolvida no Município de Itapevi – SP. Para tal, foram realizados cinco grupos de reflexão com a equipe. Verificou-se nas discussões: pouca capacidade de identificação das demandas e riscos em saúde mental; tendência à medicalização do sofrimento mental; sentimento de impotência dos trabalhadores; inexpressiva participação dos usuários nos próprios tratamentos; discussões centradas nos casos graves; fragmentação do cuidado; práticas de promoção de saúde pouco consolidadas; diretrizes genéricas e falta de detalhamento dos fluxos de atenção e do tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação. Apesar dos problemas relatados, o trabalho possibilitou avanços na discussão da temática proposta, mudanças de percepção dos trabalhadores em relação à pessoa com sofrimento mental e a mobilização dos recursos internos dos trabalhadores para lidar com situações relacionadas com a saúde mental dos usuários. O trabalho foi apresentado para gestores do município, denotando sua potencialidade como elemento de introdução para o matriciamento em Saúde Mental, cuja implantação está em discussão no município.

**Palavras chave:** Atenção Básica, Integralidade em Saúde, Saúde Mental.

## Abstract

The objective of this study was to describe the intervention carried out with a Family Health team regarding mental health actions in Primary Health Care. The study was developed in the Municipality of Itapevi – SP. Five reflection groups were conducted with the team. As a result it was verified: there are a lack of capacity of the team to identify mental health risks and demands; tendency towards medicalization of mental suffering; feeling of powerless in workers; the users has little participation in their own treatments; the team discussions focused on serious cases; health promotion practices are poorly consolidated; generic guidelines and lack of detail of the attention flows and the type of therapeutic approach to be used in each situation. In spite of the problems reported, the study allowed advances in the discussion of the topic, changes in workers perceptions about mental suffering as well as their capability to deal with this. The work was presented to managers of the municipality, denoting its potential as an introductory element to work fully with Mental Health, whose implantation is under discussion in the municipality.

**Keywords:** Primary Health Care, Integrality in Health, Mental Health.

<sup>I</sup> Claudiney Augusto Yamaguti (claudineyaugusto@yahoo.com.br) é Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva, especialista em Psicologia Clínica da Prefeitura Municipal de Itapevi.

<sup>II</sup> Maria de Lima Salum e Morais (salum@isaude.sp.gov.br) é Psicóloga, doutora em Psicologia, pesquisadora científica VI do Instituto de Saúde da SES/SP

## Introdução

**A**o longo de sete anos como psicólogo em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Itapevi, ficaram evidenciados para o pesquisador, primeiro autor desse artigo, diversos encaminhamentos em Saúde Mental (SM) que não correspondiam às demandas dos usuários, bem como foram assinaladas dificuldades dos trabalhadores da saúde em relação ao manejo do sofrimento psíquico. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) estimam que cerca de 80% dos usuários são encaminhados desnecessariamente aos serviços de atenção secundária em SM, sem uma demanda de cuidado especializado<sup>5</sup>.

Estima-se que de 31% a 50% da população brasileira já tenham apresentado ou poderão vir a apresentar pelo menos um episódio de transtorno mental durante a vida e, dessas pessoas, de 20% a 40% necessitarão de auxílio profissional<sup>26</sup>. Em contrapartida, dados de 2002 divulgados pela OPAS/MS apontam que apenas 56% das equipes de Saúde da Família (SF) mencionaram alguma ação na qual estivesse envolvida problemática relativa à saúde mental<sup>17</sup>.

Diante desses apontamentos, é preciso qualificar a Atenção Básica (AB) para o manejo adequado de tais problemáticas, sendo as principais estratégias a ampliação do acesso ao cuidado em saúde mental e a priorização das ações de saúde mental na AB por meio da escuta qualificada. Algumas dificuldades podem ser destacadas com relação aos modos como os trabalhadores da AB sem formação específica na área lidam com o sofrimento psíquico dos usuários<sup>17</sup>, tais como medo, desqualificação da escuta e da atenção como fundamentais ao cuidado em SM, excessivo envolvimento com situações de crise e com problemas sociais<sup>14,20</sup>. A OMS indica que a capacitação das equipes quanto ao manejo do sofrimento psíquico

é fundamental para possibilitar a um maior número de pessoas o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em SM, proporcionando uma atenção de melhor qualidade e reduzindo tratamentos inadequados ou desnecessários<sup>17</sup>.

Muito embora tenha ocorrido a ampliação dos serviços em SM no município de Itapevi, observavam-se entraves nos cuidados oferecidos aos usuários devido à complexidade das demandas, às deficiências na formação em saúde coletiva, bem como a práticas isoladas e desarticuladas da rede como um todo, pautadas em sua maioria em modelos tradicionais e pouco eficazes. Dessa forma, compreendeu-se que a promoção de grupos de reflexão em saúde mental na AB, mais especificamente com equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), poderia contribuir para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental no município, constituindo esse o objetivo central dessa pesquisa-intervenção<sup>27</sup>.

## Desenvolvimento da Pesquisa

Situação do Município: Itapevi, situado na região metropolitana da grande São Paulo, segundo censo demográfico do IBGE de 2010, contava com população estimada de 229.502 habitantes no ano de 2017<sup>11</sup>. O processo de descentralização da SM municipal iniciou em 2006, com a substituição de uma única unidade de tratamento em saúde mental por atendimentos ambulatoriais (Psiquiatria e Psicologia) disponibilizados em quatro UBS e pela implantação de um CAPS II de adultos. Em 2017, além dos serviços mencionados, o município contava com nove Unidades de Saúde da Família (USF), seis UBS, três Pronto Socorros, um Centro de Reabilitação, um Serviço de Atendimento Especializado e com outros dois CAPS – o Álcool e Outras Drogas e o Infante Juvenil<sup>27</sup>.

Campo e Sujeitos de Pesquisa: A pesquisa-intervenção se deu na USF Parque Suburbano,

cujo território pertence à área de abrangência da UBS de atuação do pesquisador e única USF do município com equipes completas de ESF. Participaram da intervenção membros de uma das equipes, composta por técnico de enfermagem, enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS) e, ainda, um cirurgião dentista e alguns ACS das demais equipes de ESF interessados. Para participar dos grupos, bastava que os trabalhadores integrassem equipes de ESF, sendo recomendado que não faltassem uma vez iniciada a participação.

**Fase Preparatória:** Nessa fase, como preparação para o trabalho de campo e para conhecer experiências bem sucedidas de outros municípios, foram realizadas entrevistas com a coordenação de SM do município de Embu das Artes, referência na região dos mananciais em boas práticas de SM, haja vista as práticas com a rede de saúde setorizada – chamada popularmente de “redinhas”. Nessa rede, são realizadas discussões de casos emblemáticos, majoritariamente em SM<sup>19</sup>. Foram realizadas, também, entrevistas com as coordenações e trabalhadores de serviços de SM de Embu das Artes, que compartilharam as possibilidades e dificuldades nas reuniões de reflexão sobre ações de SM nas UBS. Em sequência, foi permitida a participação em uma das reuniões do projeto “redinhas”, de cunho intersectorial, cujos objetivos fundamentais são o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a instrumentalização dos trabalhadores quanto ao manejo dos casos elegidos para discussão em reunião.

No município de Itapevi, o trabalho desenvolvido não entrou em pauta de planejamento das coordenações de SF, de SM e da AB, embora tenha havido aprovação de todas essas. Depois de aprovado, o projeto foi apresentado ao coordenador de Saúde da Família, o qual – por ser pouco conhecedor da Política de SM e das ações de

SM na AB – demandou ao pesquisador que oferecesse grupos de psicoterapia para os trabalhadores nas USF do município. Esse coordenador partia do pressuposto de que as dificuldades enfrentadas pelas ESF seriam de ordem psicológica e, portanto, de cunho pessoal, sem relacioná-las com os moldes de produção de saúde vigentes, com a constituição das redes de saúde do município, como os vínculos se dão com os usuários ou com necessidades técnico-pedagógicas das equipes. A consequência de tal compreensão é um entrave significativo aos avanços necessários para a implementação da Política de SM na AB, que precisa ser fortalecida, premissa básica dos grupos de reflexão promovidos.

**Contratualização:** Foram realizados dois contatos prévios com a USF em que se pretendia fazer a intervenção. O primeiro contato com a USF foi realizado com a chefia administrativa da USF e com a enfermeira responsável técnica quatro meses antes do início da pesquisa. A ideia inicial era apresentar o esboço da proposta de intervenção de modo informal. No segundo contato, três meses após o primeiro, reuniu-se o maior número possível de trabalhadores da USF com o intuito de explicar a natureza da pesquisa e acordos de convivência iniciais. Pactuou-se, portanto, dia e horário no qual não estavam previstas visitas domiciliares, visando à ampliação das possibilidades de participação e envolvimento da equipe, incluindo os médicos. No entanto, a Unidade não se organizou de modo que não fossem ocupadas as agendas dos médicos recém-chegados na USF no horário dos encontros, o que contribuiu para a não participação deles em reunião alguma do grupo. Também, poucas foram as participações dos enfermeiros nos grupos promovidos, pois um deles fraturou-se e se afastou do trabalho e o outro já estava afastado do trabalho havia algum tempo.

**Grupos de Reflexão em Saúde Mental:** Pensou-se inicialmente em realizar a pesquisa-intervenção

nos moldes do que o MS estabelece como matriciamento em SM<sup>13</sup>. No entanto, no decorrer das atividades realizadas e dadas as características de como a SM está estruturada no município, readequou-se a pesquisa na medida em que o processo ocorrido não pôde ser considerado como matriciamento tal como delineado pela Política de SM vigente<sup>3</sup>. No matriciamento, os processos de trabalho são regulados pela relação terapêutica, de modo que as equipes de referência são as responsáveis pelo acompanhamento longitudinal de cada caso, seja individual ou coletivo<sup>10</sup>. Ademais, no matriciamento estão envolvidas atividades de elaboração, efetivação e acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares (PTS), compreendidos como propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou para um coletivo, que resultam da discussão de uma equipe interdisciplinar<sup>17</sup>.

Optou-se, portanto, no desenvolvimento do trabalho por meio de grupos de reflexão, cuja proposta era criar condições grupais que propiciassem melhores condições de manejo na área de SM e qualidade de vida para trabalhadores da área da Saúde, visando à ampliação dos recursos pessoais e promovendo a formação de agentes que multiplicassem e incentivassem mudanças de comportamento. Constituíram, portanto, objetivos dessa técnica a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos aos usuários e familiares, a criação de espaços de reflexão das equipes a respeito dos casos e a identificação das dificuldades envolvidas no cotidiano profissional<sup>28</sup>.

Foram realizados cinco grupos de reflexão em SM de aproximadamente uma hora e quarenta minutos a duas horas de duração, com intervalo médio quinzenal entre os encontros, sendo o próprio pesquisador o coordenador e observador dos grupos. A literatura sugere a duração de uma a duas horas de reunião em grupo para que o cansaço dos participantes e as condições

desconfortáveis não interfiram nos objetivos propostos<sup>6,12,24</sup>. Ao final dos encontros dos grupos de reflexão, foi realizado uma sessão de avaliação do processo<sup>22,24,25</sup>.

### Discussão

Apesar de não constituir um processo de matriciamento propriamente dito nem de ser objeto de Educação Permanente em Saúde (EPS), observaram-se algumas semelhanças dos ideais de matriciamento e da EPS com o processo de trabalho realizado, tendo em vista que os grupos de reflexão foram incentivados a realizar ações semelhantes àquelas realizadas em uma estratégia de matriciamento<sup>13</sup>. O processo foi conduzido de tal forma a acolher e discutir as demandas e necessidades espontâneas do grupo<sup>7,28</sup>.

No cotidiano do trabalho do SUS do município, as ações de SM não têm espaço definido na AB, visto que os casos são invariavelmente encaminhadas aos CAPS, responsáveis pelos casos mais graves. Os casos leves, como por exemplo os relacionados às perdas de familiares (luto) ou conflitos no relacionamento familiar e/ou no trabalho são encaminhados para outros serviços públicos ou privados<sup>18</sup>. Sabe-se, também, que as equipes de trabalho não têm tempo nem espaço destinados a pensar seu fazer. Os trabalhadores são expostos a condições desfavoráveis de trabalho, à urgência do preenchimento das estatísticas, sendo-lhes negada a participação na gestão, ainda que sejam a todo o momento convocados a escolher e a decidir os rumos do trabalho. Encontros regulares com finalidades educacionais, sejam isolados ou combinados com outras intervenções, podem melhorar a prática profissional e os cuidados oferecidos aos usuários dos serviços de saúde. A durabilidade do efeito, todavia, é mais provável de ser maior caso o procedimento seja realizado de modo contínuo<sup>8</sup>.

Em situações nas quais a AB se vale da implementação da Política de SM incorporando seu modo de compreender e fazer saúde, observam-se menores custos ao sistema público, exercício do cuidado integral à saúde, melhores resultados no cuidado à saúde dos usuários, seja em sua singularidade ou em coletivos, além de estimular a prática de processos de trabalho mais eficazes, vindo ao encontro da saúde psíquica tanto dos usuários quanto dos trabalhadores<sup>1,10,15</sup>.

Apesar dos investimentos na implementação da Política de atenção à SM e da RAPS, várias pesquisas nacionais apontam alguns problemas enfrentados na adoção desse novo modelo de cuidado, também observados nos grupos de reflexão, como: pouca capacidade de identificação das demandas e riscos em saúde mental; tendência à medicalização do sofrimento mental; sentimento de impotência dos trabalhadores diante da vulnerabilidade social; inexpressiva participação dos usuários nos próprios tratamentos; discussões centradas nos casos graves; cuidados físicos, psíquicos e sociais realizados por equipes distintas; valorização excessiva das tecnologias duras; práticas de promoção de saúde frágeis ou pouco consolidadas; diretrizes genéricas e falta de detalhamento dos fluxos de atenção e do tipo de abordagem terapêutica a ser utilizada em cada situação<sup>1,2,4,5,10,21,23</sup>. Nesse aspecto, é indiscutível a importância da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS<sup>16</sup>, que trouxe à tona as discussões sobre a educação e o despertar ético-político dos sujeitos para a consolidação do SUS. No entanto, os fundamentos da PNEPS enfrentam em seu cerne diversos limites ao dar grande peso ao trabalhador como elemento de mudança, desconsiderando as condições estruturais que têm grande impacto na qualidade do SUS.

Resguardadas as devidas proporções e responsabilidades atribuídas ao trabalhador de

saúde com relação à reorganização do SUS, os grupos de reflexão realizados devem somar-se a outros procedimentos<sup>9</sup>. Há necessidade de outros estudos com grupos de discussão e reflexão, pois, dada a grande eficácia como estratégia de intervenção psicossocial na interface saúde e educação, o trabalho grupal diversifica e aprofunda a formação profissional, com desdobramentos nas formas de pensar e de agir e, conseqüentemente, nos espaços sociais de seus participantes.

### **Devolutiva dos Trabalho e Possibilidade de Implantação**

Terminada a etapa de realização dos grupos de reflexão, avaliação e discussão dos resultados, os dados foram analisados, agrupados e registrados na forma de dissertação de Mestrado<sup>27</sup>. Sete meses após a defesa, um resumo da mesma foi apresentado, junto a duas outras dissertações realizadas em mesmo período e instituição, a membros da Secretaria da Saúde do município, a saber: a própria Secretária de Saúde, coordenadores de área, trabalhadores envolvidos na pesquisa e docentes dos alunos pesquisadores. Sugeriu-se, após apresentação dos dados, que a estratégia venha a ser incorporada ao processo de trabalho na SM, aventando-se a possibilidade de a gestão incorporá-la no ano seguinte.

O trabalho com os grupos de reflexão em SM possibilitou, também, apesar do caráter exploratório e de ser uma experiência localizada em uma única Unidade de Saúde, discussões em torno do objeto de estudo, reflexões e novas percepções quanto ao cuidado em saúde mental, bem como suscitou elementos que extrapolaram a vivência dentro dos grupos. Exemplo dessa afirmação foram discussões na Secretaria sobre a implantação de novas estratégias de cuidado e de avaliação em saúde.

## Considerações Finais

Conclui-se que os grupos de reflexão podem vir a ser incorporados, difundidos e fortalecidos nas demais Unidades de Saúde do município, assim como empregados em outras estruturas como NASF e em atividades de matriciamento em SM. Além disso pode ser uma estratégia para que a EPS no município seja revitalizada e ações intersetoriais sejam incrementadas, fortalecendo assim a RAPS municipal.

## Referências

1. Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. *Rev Saude Publica*. 1997;31(3):288-95.
2. Araújo AK, Tanaka OY. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do Município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. *Interface – Comunic Saude Educ*. 2012; 16(43):917-28.
3. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 9 abr. 2001;Seção 1:2.
4. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saude Colet*. 2011; 16(12):4643-52.
5. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(6):1501-6.
6. Debus M. Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales. Washington (DC): Academy for Educational Development; 1997.
7. Fernandes WJ. Grupos de reflexão e grupos de discussão. In: Fernandes WJ, Svartam B, Fernandes BS, organizador. Grupos e configurações vinculares. Porto Alegre: Artmed; 2003.
8. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes [internet]. [S.l.]: Cochrane Database of Systematic Reviews; 2009. Disponível em: <http://cochranelibrarywiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003030.pub2/pdf/>
9. Franco EM, Volpe AJ. Sentidos para a formação em um grupo de reflexão. *Rev Psicologia: Ensino e Formação*. 2011; 2(1):33-42.
10. Gama CAP, Onocko CR. Saúde mental na Atenção Básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). *Cad Bras Saude Mental*. 2009; 1(2):112-31.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Estimativa de população – Itapevi/São Paulo [Internet]. [S.l.]; [s.d.] [acesso em 12 dez. 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=352250&search=saopaulo|itapevi|infograficos:-informacoes-completas>
12. Iervolino AS, Pelicione MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(2):115-21.
13. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Rev Ciênc Saude Colet*. 2016; 21(3):913-22.
14. Lopes DMQ, Beck CLC, Prestes FC, Weiller TH, Colomé JS, Silva GM. Agentes comunitários de saúde e as vivências de prazer – sofrimento no trabalho: estudo qualitativo. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(3):633-40.
15. Mielke FB, Olchowsky A. Saúde mental na estratégia saúde da família: avaliação de apoio matricial. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(6):900-7.
16. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF); 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
17. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília (DF); 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica; 27).
18. Moura RFS, Silva CRC. Saúde Mental na Atenção Básica: sentidos atribuídos pelos agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Ciênc e Profissão*. 2015; 35(1):199-210.
19. Paiva K. Saúde mental na Atenção Básica – experiência do município de Embu. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. NASF – núcleo de apoio à saúde de família. São Paulo; 2009. v.7, p. 30-3. (Cadernos Temáticos CRP/SP).
20. Ribeiro MOP, Caccia-Bava MCGG, Guanaes-Lorenzi C. Atenção À Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. *Psicologia USP*. 2013; 24(3):369-90.
21. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Rev Ciênc Saude Colet*. 2009; 14(1):139-48.

22. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Rev de Saúde Coletiva*. 2009; 19(3):777-96.
23. Wenceslau LD, Ortega F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2015; 19(55):1121-32.
24. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Saint Panam*. 1996; 120(6):472-81.
25. World Health Organization, The focus group manual. *Methods for Social Research in Tropical Disease*. Geneva; 1992. (Methods for Social Research in Tropical Disease; 1).
26. Ximenes Neto FR, Félix RMS, Oliveira EM, Jorge MSB. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária a saúde. *Enfermeria Global [Internet]*. 2009 jun [acesso em 29 dez 2017]; (16). Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt\\_clinica5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/pt_clinica5.pdf)
27. Yamaguti CA. Grupos de reflexão sobre a produção do cuidado: uma estratégia de aproximação entre Saúde Mental e Atenção Básica no município de Itapevi – SP [dissertação]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2018.
28. Zimerman DE. Minha prática com grupos de reflexão. In: Franklin JOJ. Grupos de reflexão no Brasil: grupos e educação. Taubaté (SP): Cabral; 2002.