

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
CURSO TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS

CHRISLAYNE DO NASCIMENTO RIBEIRO

TRANSTORNO DO PÂNICO:
Estratégias de cuidado no sistema único de saúde

Rio de Janeiro

2016

CHRISLAYNE DO NASCIMENTO RIBEIRO

TRANSTORNO DO PÂNICO:
Estratégias de cuidado no sistema único de saúde

Projeto apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio em Análise Clínicas.

Orientadora: Ariadna Patrícia Estevez Alvarez

Co-orientador: Dênis Roberto da Silva Petuco

CHRISLAYNE DO NASCIMENTO RIBEIRO

TRANSTORNO DO PÂNICO:
Estratégias de cuidado no sistema único de saúde

Projeto apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do grau técnico de nível médio em Análise Clínicas.

Aprovado em ___/___/___ BANCA EXAMINADORA

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ariadna Patricia Estevez Alvarez

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

Prof.^o Dr.^o Marco Aurélio Soares Jorge

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

Prof.^o Dr.^o Daniel Groisman

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV/Fiocruz

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por estar sempre à frente da minha vida, me permitindo realizar sonhos e enfrentar dificuldades.

Agradeço a minha família e amigos pelo suporte, incentivo e paciência durante todo o processo de escrita do presente estudo.

Agradeço a minha orientadora Ariadna Patrícia pela dedicação, pela ajuda, por cada encontro, por cada ideia, enfim, por te sido essencial durante todo o meu processo de leitura, de escrita e de revisão bibliográfica do estudo.

Agradeço ao meu co-orientador Dênis Petuco, pelas revisões do meu estudo e pelas ideias.

Agradeço a minha banca de defesa, Marco Aurélio e Daniel Groisman pelas sugestões que foram feitas durante a defesa e que acrescentaram muito no meu trabalho.

Agradeço a Mônica Murito e Flávia Ribeiro pelo carinho e pela preocupação com o desenvolvimento do estudo.

Agradeço a Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio, por me permitir viver a experiência de escrever um trabalho acadêmico e por todo o ensinamento .

Agradeço ao CNPq pelo incentivo através da bolsa.

LISTA DE SIGLAS

CEP Comitê de Ética em Pesquisa

PICS Práticas integrativas e complementares

SUS Sistema Único de Saúde

TP Transtorno do Pânico

ESF Estratégia de Saúde da Família

CAPS Centros de atenção psicossocial

TCM Transtornos mentais comuns

NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família

APS Prática de atenção primária à saúde

TCC Terapia cognitivo-comportamental

CAP Caixas de Aposentadoria e Pensões

INPS Instituto Nacional de Previdência social

CF Constituição Federal

ACS Agente comunitário de Saúde

PTS Projeto Terapêutico Singular

PST Projeto de Saúde no Território

CMS Centros de saúde mental

CNS Conferência Nacional De Saúde

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social

GAPH Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar

SRTS Serviços Residências Terapêuticos

PNASH Sistema Hospitalar/Psiquiatria

CNSM Conferência Nacional de Saúde Mental

RAPS rede de atenção psicossocial

IAP Aposentadoria e Pensões

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
CAPÍTULO 1 - Psicopatologia dos transtornos de ansiedade e a produção do medo	12
CAPÍTULO 2 – Políticas de saúde: cuidado, atenção psicossocial e atenção básica.	
2.1- Sobre a constituição do SUS.....	21
2.2- Sobre Atenção Básica.....	25
2.3- Sobre loucura, história e saúde.....	27
2.4- O contexto brasileiro: a reforma psiquiátrica e atenção psicossocial.....	30
CAPÍTULO 3- Assistência aos usuários do SUS com transtorno do pânico: o que os Agentes Comunitários de Saúde têm a nos dizer?	
3.1- Descrição espaço-temporal e população estudada.....	39
3.2-Discussão de resultados.....	40
3.2.1-Entendimento do que é Transtorno do Pânico.....	40
3.2.2- Formação.....	41
3.2.3- Acesso e estratégias de cuidado no SUS.....	42
3.2.4- <i>Suporte e condições de trabalho</i>	45
3.2.5- <i>Família</i>	48
3.2.6- <i>Você tem algo a mais a dizer?</i>	50
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
5.REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS	53
6.APÊNDICE	57

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender como as pessoas com transtorno do pânico lidam com o medo que é uma característica predominante do transtorno e como são cuidadas. Buscamos analisar como estes pacientes diagnosticados com transtorno do pânico são recebidos e tratados na rede de saúde pública, a fim de saber como funciona essa rede. Fizemos uma análise do processo histórico da construção do sistema único de saúde (SUS) e do surgimento das políticas públicas de saúde, em sua interface com a saúde mental. Como estratégia metodológica usamos a entrevista. Foram três agentes comunitários de saúde entrevistados, e ao término do estudo apresentamos os resultados da pesquisa no intuito de entender sobre a perspectiva de um profissional da rede de saúde que está em contato direto com o paciente como funcionam os atendimentos e o acompanhamento de casos de transtorno do pânico.

Palavras-chave: transtorno do pânico, saúde pública, atenção básica.

1. Introdução

Esta pesquisa se justifica como uma aproximação de questões pessoais da autora com a iniciação científica e com a descoberta dos seus interesses por temas associados à área psiquiatria/psicologia como forma de compreensão do comportamento humano. Deste modo, buscou pesquisar questões relacionadas ao tema deste estudo, a fim de responder suas frequentes dúvidas.

Segundo Favarelli e Paionni *apud* Valença (2013) o transtorno do pânico (TP) é uma doença que atinge 1,5% a 2% da população geral do mundo ao longo da vida, acometendo mais as mulheres do que os homens. Geralmente ela se manifesta no final da adolescência ou no início da vida adulta, raramente na infância. Quanto à relevância social do tema, o TP é um dos transtornos que mais tem sido estudado nos últimos 25 anos. Porém, ainda existem muitas questões que não possuem respostas. Os pacientes com TP possuem muito prejuízos na sua vida social, dificultando a sua relação com terceiros e seu empenho no trabalho, pois vivem condicionados ao medo de ter outro ataque.

O transtorno do pânico (TP) é caracterizado segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), por ataques inesperados de ansiedade, acompanhados de ansiedade antecipatória que é o medo de ter outro ataque e a evitação fóbica que é a evitação de locais ou situação onde já ocorreram o ataque de pânico. Esses ataques ocorrem de forma súbita, às vezes por conta de influência de fatores sociais, situações estressantes, ou situações que os predisponha, como por exemplo: locais lotados e fechados.

Os sintomas costumam se apresentar através de taquicardia, calafrios, sensação de descontrole, falta de ar, sudorese, náuseas, tonturas, vertigens, tremores, sensação de desmaio, desrealização ou despersonalização,¹ medo de morrer, anestesia, sensações de formigamento ou ondas de calor. É comum a manifestação de pelo menos 4 desses sintomas em pacientes com TP, porém, podem estar presentes em outros transtornos psiquiátricos.

¹¹ Estes sintomas estão associados ao medo, ansiedade, pânico. Essas sensações fazem com que a pessoa perca sua noção de realidade e o mesmo acredita está num sonho.

Muitos estudos psicológicos sobre TP utilizam o modelo de tratamento cognitivo-comportamental. Segundo Clarck (1986) muitas das crises ocorrem a partir de uma interpretação errada de certas manifestações do corpo. A suposição vem a partir de estímulos externos (ruídos, luminosidades) ou internos (falta de ar, vertigem). A interpretação equivocada de perigo aumenta os níveis de ansiedade. Para o autor Barlow (1988) o medo primário no TP é o medo das sensações físicas, sendo assim, a pessoa pode desenvolver a partir de ataques anteriores a hipervigilância das sensações físicas e a ansiedade antecipatória (medo de outro ataque). A pessoa passa a viver condicionada ao medo e assim passam a evitar situações que provoquem algumas reações somáticas e passam a evitar locais, onde já ocorreram surtos anteriormente ou locais onde seja difícil de sair no caso de um ataque (agorafobia).

Para melhor compreender o transtorno do pânico é preciso estudar o medo que é uma característica predominante deste transtorno. O livro “Tempos líquidos” do sociólogo polonês Zygmunt Bauman mostra como o medo se faz presente na sociedade que vivemos em que nada é seguro ou estável. Segundo o autor o medo se faz presente em nossa sociedade por conta da insegurança do presente e a incerteza do futuro (2007, p.32). Em seu livro Bauman defende que é necessário a e esperança de dias mais equilibrados (2007, p.102).

A psiquiatria, saber-poder construído historicamente para estudar o que escapa à norma, passou por profundas mudanças que visavam atender os pacientes de forma que estes não ficassem um longo tempo em um hospital psiquiátrico, isolados do convívio social. Sendo assim, se constituiu uma reforma na assistência de saúde mental. A reforma psiquiátrica iniciou no Brasil nos anos 80, pois os pacientes com algum transtorno psiquiátrico eram internados em manicômios, em hospitais que não tinham a devida assistência para estes pacientes, ou em abordagens não medicas por pessoas religiosas e policiais.

Com a reforma psiquiátrica a proposta de surgimento dos CAPS (centros de atenção psicossocial) ganha força, porém com ela surge uma preocupação que é a de inserir a rede de atenção básica na assistência à saúde mental e é esse momento que se faz necessário o programa de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que contribui no acompanhamento e identificação de alguns casos onde o sofrimento mental estivesse presente. O princípio é que os profissionais do ESF mandassem para os CAPS somente aqueles usuários da rede de saúde que estivessem em uma situação em que

necessitassem de uma atenção mais especializada por um tempo. Sendo assim é recomendável que o trabalho que ambos os serviços realizam ocorra em conjunto.

Particularmente, sobre a saúde mental na atenção básica, ainda existe pouca discussão teórica e análise crítica acerca das tentativas de implementar ações nesse sentido, ou seja, há poucos estudos baseados na área de saúde mental de atenção básica (JUCA *et all*, 2009).

Juca *et all* (2009) após realizarem entrevista com os profissionais do ESF de determinada região, apontaram como ocorre o funcionamento da instituição do ESF naquela região, cidade de Salvador (BA). Com o levantamento realizado no artigo, concluíram que os profissionais desta região lidam com algumas dificuldades como: identificar e nomear o sofrimento mental do usuário do serviço, falta de preparo para lida com situações em que o sofrimento mental se faz presente, a ausência de registro do usuário, medo por ser uma região considerada perigosa.

O número de equipes implantadas de Estratégia da Saúde da Família (ESF) cresceu bastante segundo os dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica/MS, porém a inserção dos CAPS e PSF em determinadas regiões e os serviços oferecidos pelas mesmas apresentam alguns desafios e dificuldades. Acompanhar os casos de transtornos mentais comuns (TCM), categoria na qual o transtorno do pânico pode ser incluído pode ser um destes desafios.

O matriciamento é a junção de diversos profissionais da saúde que juntos realizam uma troca de saberes, ampliando a visão e conhecimento destes profissionais, aumentando a sua independência para atuar dentro de uma proposta de abordagem integral do problema, o que é possível a partir do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

“Em 2008, a publicação da Portaria nº 154, que regula a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com a recomendação de haver pelo menos um profissional de SM, normatizou a prática de matriciamento, definindo-a como modelo de cuidados colaborativos no SUS brasileiro. Assim sendo, a proposta do NASF é trabalhar interdisciplinarmente em conjunto com a APS.” (FORTES *et all*, 2014)

O conceito de transtornos mentais comuns (TMC) engloba os transtornos depressivo-ansiosos, onde se encaixa o TP, e o sofrimento emocional difuso. Algumas

razões para manifestação de doenças desses tipos são fatores sociais de gênero e étnicos- raciais, econômico, e a presença de violência.

Na prática de atenção primária à saúde (APS) que no Brasil é representado pelo NASF e pela PSF, os TMC apresentam-se através de sintomas depressivos e ansiosos, irritabilidade, insônia, nervosismo, fadiga, esquecimento e falta de concentração. Sendo que antes de diagnosticar o sofrimento do paciente, é necessário lidar e cuidar deste sofrimento, reconhecendo que a dor da perda, medo, tristeza e certo nível de ansiedade faz parte da vida de qualquer pessoa, sendo assim, o adoecimento está totalmente associado as condições sociais e sócio-demográficas em que a pessoa vive.

Além de tratamentos farmacológicos, é necessário abordar terapeuticamente os fatores psicossociais, oferecendo um meio de superar os problemas individuais, familiares ou grupais, através do desenvolvimento de atividades em conjunto e de integração ao espaço comunitário, buscando novas formas de enfrentamento, superação e resolução dos problemas. Mas é claro que a abordagem farmacêutica ou terapêutica depende da intensidade do caso clínico do paciente de modo que ambas as abordagens sejam articulada e administrada em etapas.

“É imprescindível a inclusão de intervenções terapêuticas de suporte na carteira de alternativas de cuidado em saúde mental a serem implantadas no PSF com apoio do psiquiatra e de outros profissionais em saúde mental do NASF (FORTES *et all*, 2014).”

Uma das abordagens possíveis, que vem sendo muito utilizada no âmbito da APS, é a terapia comunitária que é um modelo tratamento que oferece um espaço para pessoas poderem dividir suas dores e sofrimentos. Pode ser realizada por qualquer membro da equipe que tenham uma formação adequada, sendo uma intervenção de saúde mental e uma prevenção de agravamento de quadros de sofrimento emocional a partir do enfrentamento do problema em grupo.

“[...] alívio do sofrimento, valorização pessoal e fortalecimento dos vínculos como efeitos da TC, enquanto participantes de uma pesquisa sobre a TC no tratamento de depressão na ESF em Petrópolis-RJ a perceberam como experiência positiva que contribui para a saúde emocional e gera bem-estar e socialização (FERREIRA FILHO *apud* SILVA, 2010).”

Outra ação psicossocial, como grupos de artesanato tem sido bastante eficiente também, para reabilitação não somente da saúde mas também do cunho social e

econômico. Ações que relacionam a mente- corpo, tais como atividades físicas e praticas integrativas e complementares (PICS) realizado na PSF, junto com a NASF e a Academia da Saúde, se incluindo exercícios, caminhadas, yoga, tai-chi chuan e relaxamento.

As intervenções grupais estão sendo utilizadas como suporte e tratamento de pessoas com transtorno de pessoas com transtornos depressivo-ansiosos mais graves, inclusive vítimas de violência. No Brasil esta intervenção tem tido resultados muitos positivos, com 80% dos pacientes apresentando uma melhora no seu quadro clínico, mostrando que o grupo teve uma resposta rápida e efetiva no cuidado da depressão, com melhora na qualidade de vida nos domínios psicológicos e dos relacionamentos sociais.

O objetivo geral desse trabalho, então, é compreender os fatores que levam a manifestação do transtorno do pânico e como são tratados na rede pública de saúde.

Os objetivos específicos deste estudo foram: a) Compreender os fatores que levam o indivíduo a ter um ataque de pânico; b) Descrever como os usuários da rede de saúde pública diagnosticados com transtorno do pânico são atendidos e tratados nas unidades de saúde, principalmente a saúde mental na atenção básica.

Esta monografia se baseou na abordagem qualitativa. Usou como estratégias de pesquisa bibliográfica a revisão da literatura por meio da busca nas bases de dados Lilacs e Scielo, Google Acadêmico como também livros e produções acadêmicas relacionados a temática. A pesquisa empírica ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas com agentes comunitários de saúde que atendem casos de transtorno do pânico na rede pública de saúde (SUS). Foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EPSJV-Fiocruz, tendo sido aprovada sob o número 1.604.164. A análise do material empírico buscou responder às seguintes questões: Como os casos de transtorno do pânico são tratados nos serviços de saúde pública? Como essas pessoas chegam até o Sistema Único de Saúde? Através da atenção básica? Através das emergências? Quais são as estratégias para o tratamento utilizadas pelos profissionais?

Deste modo este trabalho foi dividido em três partes: primeiramente a discussão sobre a produção do medo, a partir das obras do autor Zygmunt Bauman e a discussão teórica sobre a patologia do TP; Em segundo lugar, se debruçou sobre a discussão da construção histórica do surgimento do SUS e das políticas públicas de saúde. E por fim, o estudo conclui-se com a análise das entrevistas realizadas com os agentes

comunitários de saúde, que expressaram suas opiniões e perspectivas sobre o sistema único de saúde.

CAPÍTULO 1- PSICOPATOLOGIA DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E A PRODUÇÃO DO MEDO.

Neste capítulo abordaremos sobre as definições de transtorno do pânico de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), discutindo sobre a questão da produção do medo, já que é uma das características predominante deste transtorno e discutindo sobre uma das perspectivas de se abordar a questão do TP que é a psicanálise.

Os transtornos ansiosos são caracterizados por ansiedade, angústia ou medo, porém é comum a manifestação destes sentimentos em qualquer ser humano que esteja passando por situações ou momentos difíceis em que se sintam vulneráveis. Entretanto, o que diferencia um quadro normal de um quadro patológico são a duração e a intensidade destas sensações.

Diferente de muitos outros transtornos os pacientes com transtornos ansiosos quando em momentos de ataques não saem de seu estado de realidade e se mantêm conscientes do que está acontecendo. O sofrimento psíquico em um paciente com transtornos ansiosos ocorre por influência de fatores sociais trazendo prejuízos para sua vida social, interferindo nas suas relações pessoais, no seu desempenho no trabalho e na sua qualidade de vida. Estes tipos de transtorno são mais comuns em mulheres. (JORGE, 2014)

Como mostra a tabela abaixo os transtornos de ansiedade estão inseridos no capítulo F40-F48 da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e dentre eles está o transtorno do pânico (TP).

Tabela 1 – Classificação dos TM dispostos segundo onze agrupamentos (CID-10)

F00- F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos
F10- F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]
F40-F48	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70-F79	Retardo mental
F80-F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência
F99	Transtorno mental não especificado

O transtorno do pânico tem como um dos seus principais sintomas o medo intenso. Quando a pessoa com o transtorno sofre um ataque que pode durar minutos ou horas, ela pode ter sensações como o aumento da frequência respiratória e cardíaca, vertigem, palpitações, tremor, sudorese entre outros sintomas. Porém, a manifestação dessas sensações pode ocorrer em outros transtornos psiquiátricos. Esses sintomas físicos fazem com que o paciente com transtorno do pânico tenha uma interpretação errada da manifestação das sensações físicas, como por exemplo: achar que está tendo um ataque cardíaco, (o que é bem comum, existe relatos em que as pessoas confundem os sintomas) e procure por diversos médicos de especialidades diferentes para a conclusão de um diagnóstico (VALENÇA. 2013, P. 7)

É comum ocorrer comorbidades com outros transtornos psiquiátricos em pacientes com transtorno do pânico, em 50% dos casos isso se concretiza, isto é, o que contribui para que o paciente tenha uma interpretação errada de suas sensações físicas. (SALUM *et all*, 2009).

Os ataques ocorrem de forma inesperada acompanhados de sintomas físicos, de ansiedade antecipatória (medo de ter outro ataque) e evitação fóbica (evitação de locais ou situações onde já ocorreu o ataque de pânico). O fato do ataque ocorrer de forma súbita faz com que os pacientes com TP passem a viver condicionados ao medo e desenvolva a hipervigilância das sensações físicas, com o objetivo de tentar controlar ou até evitar novos ataques. Por estas razões eles passam a evitar locais onde seja difícil

de sair caso tenha um ataque e locais onde não tenham pessoas que possam lhe oferecer ajuda ou um suporte caso o ataque ocorra (agorafobia).

Existem diferentes maneiras de abordar e tratar da questão do pânico. Uma delas é a psicanálise, que é um campo que estuda o pânico a partir de uma perspectiva Freudiana que não nega os aspectos biológicos, mas não se detém neles e sim na história do sujeito e suas formações inconscientes. Dessa forma, a psicanálise não aborda o pânico como a psiquiatria que o define como uma doença mental que se encontra na classificação F40-F48 dos transtornos ansiosos. A psicanálise aborda o pânico para além das questões biológicas, mas como um estado de permanência do indivíduo.

“Freud descreve o pânico como uma angústia neurótica provocada pelo rompimento dos laços emocionais que unem o indivíduo a um líder (ideal) e aos membros do grupo e, tal situação, libera um medo gigantesco e insensato.” (MENEZES,2005)

Algumas psicopatologias podem ser consideradas da atualidade, pelo estado como a sociedade contemporânea se comporta e isso reflete em alguns indivíduos que podem acabar desenvolvendo algum sofrimento psíquico. Porém, isso não quer dizer que sejam psicopatologias que surgiram agora, mas sim que estão sendo mais evidentes nesse momento em que a sociedade atual vive um contexto onde a forma de comportamento contribui para predisposição de algumas psicopatologias como o pânico, ou seja, vivemos num mundo inseguro, e isto faz com que o medo acometa muitas pessoas. É de se esperar, portanto, que “patologias do medo” comecem a aparecer com mais força.

Sobre a expressão freudiana de “mal-estar na civilização” entende-se como afeto predominante do pânico a angústia, o desamparo despertado pela perda do ideal, da garantia de segurança e proteção, de estabilidade no mundo. Bauman em seus diversos livros esclarece que num mundo onde o trabalho é terceirizado, onde não há mais estabilidade no emprego, onde as pessoas não querem casar e preferem “ficar”, esse mundo líquido, onde nada é sólida e estável, a insegurança se torna um sentimento generalizado. Apesar de não serem autores contemporâneos, é possível identificar similaridades entre o pensamento de Bauman e Freud, no que se refere a questão do medo.

A questão do desamparo na obra de Freud tem duas faces: a face erótica e sexual, que está relacionada a um lugar infantil e a sexualidade traumática que vem da mãe e a que está relacionada à face da falta de garantias do sujeito sobre seu existir e sobre o seu futuro, que é obrigado a abdicar de algumas vontades para viver em sociedade.

“Nossa hipótese é de que o pânico, na atualidade, seria expressão de um modo que o sujeito encontrou de se organizar na sociedade contemporânea, respondendo aos subsídios que a organização social atual oferece para que ele se sustente para além da cena familiar. Essa hipótese é pertinente, na medida em que Freud se refere ao fenômeno do pânico, por um lado, como um fenômeno do campo da angústia e, por outro, como algo advindo de uma estrutura de relação de grupo.” (MENEZES,2005)

O mundo e a sociedade têm passado por intensas modificações e se enquadra nessa sociedade que muda radicalmente e rapidamente, para alguns indivíduos é uma tarefa difícil e isto ocasiona o pânico, que é uma forma que o sujeito encontra para se organizar na sociedade contemporânea, sendo uma consequência da produção social, expressando mal-estar existente na atualidade.

“circunscrevemos o pânico como um modo de padecimento que expressa o mal-estar na contemporaneidade, entendendo-o como um dos efeitos do desamparo do sujeito contemporâneo, para quem a experiência de impotência/desamparo é elevada a um ponto radical”. (MENEZES,2005)

Para Bauman esses indivíduos não são capazes de fazer parte do cenário atual e não são seduzidos "pela infinita possibilidade e constante renovação promovida pelo mercado consumidor, de se regozijar com a sorte de *vestir e despir identidades*, de passar a vida na caça interminável de cada vez mais intensas sensações e cada vez mais inebriante experiência "são indivíduos que por não conseguir lidar com tais situações acabam desenvolvendo o TP. Porém são indivíduos que de certa forma lutam contra essa forma imposta de ser.

Já as terapias cognitivas e comportamentais que se ocupam mais com as técnicas de enfrentamento dos sintomas apresentados pelas pessoas com TP do que com a identificação das raízes deste problema, têm uma produção bibliográfica mais expressiva sobre o tema. Apresentaremos alguns aspectos relevantes nos modos de tratar desenvolvidos por esta corrente teórica.

“Segundo Carvalho *et all* (2008) a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma eficaz de conduta psicológica que pode colaborar para o tratamento dos sintomas ou até para a remissão de componentes cognitivos disfuncionais atrelados aos sintomas autonômicos do TP e de esquiva agorafóbica.”

Existe muitos artigos que discutem sobre a eficácia do tratamento da TCC comparando com outros tipos de tratamentos, os resultados desses estudos mostram que a TCC apresenta resultados bastantes significativos com relação a outros tipos de tratamentos, contribuindo para a diminuição nos níveis de ansiedade, de sintomas depressivos e da frequência de ataque de pânico.

“Atualmente se conhece a importância de quatro focos essenciais no tratamento do TP. São eles: exposição (situacional para esquiva agorafóbica e interoceptiva para sinais corporais temidos), reestruturação cognitiva focada nas interpretações catastróficas das sensações corporais, treino de habilidades de tratamento de sintomas corporais (relaxamento aplicado), treino respiratório” (CARVALHO, et al,2008)

O tratamento cognitivo para o TP tem base no modelo cognitivo de Clark, ou seja, que a partir de um equivoco na interpretação das sensações físicas pode ocorrer um ataque de pânico pelo aumento do nível de ansiedade. Como o nível de ansiedade no TP é muito intenso no momento em que ocorre esse ciclo de interpretações erradas das sensações físicas, o tratamento cognitivo visa interromper esse ciclo.

A técnica se inicia com a identificação de pensamentos automáticos e sua avaliação, e a modificação dos pensamentos considerados disfuncionais, a fim de perceber a realidade de forma mais objetiva e funcional.

Com relação à eficácia de intervenções cognitivas existe uma dificuldade em separar as intervenções cognitivas de técnicas de exposição (interoceptiva e exteroceptiva). Porém, houve um estudo que mostrou que ambos os tratamentos apresentam resultados bastante significativos, obtendo resultados muito similares na modificação de pensamentos.

De acordo com Carvalho *et all* (2008) a terapia comportamental para TP com agorafobia baseia-se em exposições e experimentos comportamentais. Estas exposições são procedimentos terapêuticos, onde o paciente é exposto aos estímulos ansiogênicos (internos ou externos) de forma a provocar habituação e extinção de respostas ansiosas e

agorafóbicas. Há diferentes modalidades de exposição, porém as que serão abordadas serão as exposições intero e exteroceptivas.

A exposição interoceptiva parte do princípio de que, após os ataques de pânico o indivíduo passa a desenvolver a hipervigilância das sensações físicas sendo assim, quando sente uma sensação igual a uma experimentada durante um ataque de pânico ocorrido anteriormente, o mesmo acaba reagindo com um aumento no nível de intensidade, e acaba provocando um ataque de pânico. Com isso os exercícios de exposição interoceptiva têm como finalidade provocar ativação autonômica de modo a desfazer a associação entre as sensações autonômicas iniciais, típicas da ansiedade, e as finais, referentes a um ataque de pânico. Este tipo de tratamento não apresenta resultados positivos para agorafobia e humor depressivo, porém apresenta resultados positivos em reduzir ataque de pânico e ansiedade generalizada.

As exposições exteroceptivas tem como finalidade o fortalecimento da auto-eficácia dos pacientes por meio de exposições graduais às situações temidas ou evitadas, de forma prolongada, visando à queda da ansiedade ante o estímulo ansiogênico.

Esse tipo de tratamento pode acarretar efeitos duradouros, comprovando sua eficácia. Foi observado a redução de sintomas e cognições ansiogênicas, evitação agorafóbica e sintomas depressivos em um estudo de exposição intensiva para tratamento de transtorno de pânico com agorafobia, tendo acompanhamento um ano após o tratamento.

Segundo Carvalho *et all* (2008) o tratamento cognitivo-comportamental (TCC) acrescenta ao tratamento cognitivo exercícios de exposição e uma gama maior de experimentos comportamentais. A TCC para TP geralmente também inclui treino respiratório e relaxamento.

Muitos estudos mostram a eficácia da TCC para TP quando comparada com grupos-controle, além de apontarem progresso durante anos após o término do tratamento.

“Em termos gerais, pode-se apontar que, apesar de uma redução global nos níveis de ansiedade, os pacientes tratados com TCC ainda experimentam um grau significativo de ansiedade e cerca de 50% têm chance de progresso após tratamento. Além disso, estudos indicam que a TCC é eficaz para o tratamento

de ataque do pânico e não para esquivar-se da agorafobia” (CARVALHO, et al, 2008)

Os pacientes com TP tratados com exposição interoceptiva e com TCC tiveram uma maior eficácia na redução da frequência de ataques de pânico após o tratamento do que os pacientes tratados com exposição ao vivo e tratamento cognitivo. Em relação às técnicas de relaxamento e a terapia cognitiva, não foram encontrados resultados muito diferentes nestes tratamentos, ambos apresentam uma melhora em medidas de ansiedade e esquivar-se da agorafobia. Já as pessoas tratadas com exposição ao vivo possuem uma melhora em relação a fobias e cognições relacionadas ao TP. Por fim foi observado que o número de redução de ataques de pânico é bem maior que a melhora em medidas globais, o que mostra que existe uma preocupação em reduzir os ataques nos tratamentos e uma carência em obter resultados bastante positivos em outras esferas e escalas importantes do transtorno.

“Quando comparadas, as técnicas disponíveis para tratamento cognitivo-comportamental, em geral, mostram-se igualmente eficazes. Isso foi demonstrado neste estudo mediante pesquisas que compararam: tratamento cognitivo com comportamental e com técnicas de relaxamento; exposição ao vivo com exposição interoceptiva; tratamento cognitivo-comportamental com comportamental e com relaxamento. Como sugerido no estudo de Murphy *et al.*³², a adição do tratamento cognitivo às outras modalidades de tratamento, como a exposição, pode aumentar a potencialização dos resultados.” (CARVALHO, et al, 2008)

Há uma grande dificuldade metodológica e que ocasiona interferências na conclusão do estudo do artigo que é o fato de como diferentes autores abordam sobre o mesmo tratamento com perspectivas diferentes, pois é observado uma grande variabilidade das características, amostra, métodos e pesquisadores que realizam o tratamento, sendo assim, os resultados se tornam menos conclusivos em relação à comparação da eficácia de intervenção dos tratamentos. Com isso, notou-se a relevância das técnicas utilizadas no tratamento de TP e não haver diferenças muito significativas de eficácia em relação às intervenções cognitivas, comportamentais e cognitivo-comportamentais.

Como dito em parágrafos anteriores o transtorno do pânico é também consequência de uma produção social, ou seja, o estilo de viver da sociedade atual é um dos fatores que influenciam, geram situações para a produção de psicopatologias como o pânico.

Considerando que o medo é o afeto predominante no transtorno do pânico, e que os afetos são também socialmente produzidos, é fundamental estudar como ocorre esta produção. O sociólogo Bauman explica muito bem em diversos livros esse processo social da produção do medo. O ataque do pânico como dito anteriormente ocorre pela resposta emocional intensa de ansiedade e normalmente esse aumento no nível de ansiedade ocorre por conta de ambientes que o predisponha, locais abertos e lotados, e os locais que geralmente possuem essas características são os centros urbanos, logo é comum que o ataque ocorra nesses locais.

É no livro “Confiança e medo na cidade” que Bauman explica porque o medo se faz tão presente nesses locais. O principal motivo é a desconfiança do desconhecido e o autor narra como o espaço público se tornou esse espaço que transmite tanta insegurança.

“Poderíamos dizer que a insegurança moderna, em suas várias manifestações, é caracterizada pelo medo dos crimes e dos criminosos. Suspeitamos dos outros e de suas intenções, nos recusamos a confiar.” (Bauman,2005,pag.2)

Com o estilo da sociedade contemporânea sendo bem acelerado e violento é comum que alguns indivíduos se sintam impotentes, desiludidos e desgastados se sentindo sempre na obrigação de dar o melhor de si e ser o melhor em tudo para dar conta de todas as exigências e obrigações diárias. O sofrimento psíquico ocorre por conta da influencia dos fatores sociais, como a incerteza de uma vida calma e tranquila, a vivência em um ambiente que transmite insegurança e estresse, o medo de não ser bom o bastante ou qualificado para algum trabalho, situações como estas contribuem para o desenvolvimento de transtornos ansiosos, como o transtorno do pânico.

“Desprovido do domínio sobre a natureza, a economia globalizada, o bem-estar social e o poder da tecnologia, o ser humano vive hoje em meio a uma ansiedade constante. Temos medo de perder o emprego, de sermos aniquilados por um grande evento natural, da violência urbana, do terrorismo, de perder o amor do parceiro, da exclusão, de ficarmos para trás” (Bauman,2006).

O pânico é também resultado de um processo de produção social em que todos estão expostos a ter um sofrimento psíquico por não ter controle sobre os sentimentos e sensações e por estar exposto no seu dia a dia a situações com alto nível de estresse. É claro que isso varia de acordo com o indivíduo, o ambiente em que ele vive, e suas relações pessoais, os níveis de estresse irão depender do contexto em que a pessoa vive.

“O medo é reconhecidamente o mais sinistro dos demônios que se aninham nas sociedades abertas de nossa época. Mas é a insegurança do presente e a incerteza do futuro que produzem e alimentam o medo mais apavorante e menos tolerável. Essa insegurança e essa incerteza, por sua vez, nascem de um sentimento de impotência: parecemos não estar mais no controle, seja individual, separada ou coletivamente.” (Bauman,2007,pag.32)

CAPÍTULO 2- Políticas de saúde: cuidado, atenção psicossocial e atenção básica.

Com o objetivo de melhor compreender o atual cenário de cuidado oferecido às pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico, principalmente transtorno do pânico, neste capítulo abordaremos como as políticas públicas de saúde foram historicamente construídas. Traçaremos um breve histórico para compreendermos o surgimento do sistema único saúde (SUS), analisando este processo e alguns conceitos importantes na construção da rede de saúde.

2.1 Sobre a constituição do SUS

Este tópico teve como texto base “O sistema único de saúde e as políticas de saúde no Brasil” (MACHADO, FONSECA e BORGES, 2014). As contribuições abaixo discutidas podem ser encontradas nesta referência.

O sistema de saúde no Brasil funciona de diversas maneiras. Os serviços podem ser prestados por redes privadas, públicas e atividades filantrópicas. Isto é resultado de um processo histórico e para entender essa situação é importante voltarmos aos anos de 1880 na Alemanha, onde surgiram as primeiras ações do Estado que tinham a intenção de promover a proteção social. Essas ações do Estado estavam destinadas à saúde, medidas relacionadas à previdência e ao cuidado com os acidentados no trabalho. Porém, essa política não incluía toda a população. Apenas cidadãos inseridos no mercado de trabalho tinham direito a esse recurso, seus salários eram descontados e em troca os empregados e seus familiares tinham acesso a alguns benefícios. Os outros cidadãos eram cuidados pelas famílias ou ações de caridade, na maioria das vezes pela Igreja protestante.

A partir do século XX, ocorreram as principais mudanças no campo da assistência à saúde no país. A população brasileira enfrentava grandes problemas com doenças como: Febre amarela, peste bubônica e varíola. Áreas bastante movimentadas como o porto eram evitadas e isso prejudicava as atividades econômicas. Para controlar a situação foram tomadas duas medidas: A primeira foi reformar o espaço da cidade, construindo habitações coletivas no centro da cidade e avenidas. A segunda foi à

intervenção na saúde pública, quando Oswaldo Cruz obteve ótimos resultados com a vacinação contra a febre amarela. Porém o fato da vacinação ser obrigatória gerou bastante descontentamento entre a população, resultando na Revolta da Vacina em 1908. Entretanto, quando perceberam que o número de óbitos havia aumentado decidiram apoiar a campanha de vacinação.

As primeiras políticas de saúde que visavam prestação de serviços só vão ser realizadas no Brasil em 1933. Como dito anteriormente, foi criado com base no modelo Alemão. A Alemanha criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) para trabalhadores de empresas ferroviárias. As CAP ofereciam alguns benefícios como: Consultas médicas, auxílio para medicamentos, o direito às aposentadorias e benefícios aos familiares do trabalhador. Após os ferroviários, empresas de outras categorias profissionais criaram suas próprias caixas.

A primeira reforma na proteção social em ocorreu 1933 no Brasil durante o governo de Getúlio Vargas, com a transformação das caixas em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Na época o Brasil estava em um momento de grande expansão econômica. O país necessitava de recursos para financiar as obras, e Getúlio Vargas utilizou este fato como argumento para que os recursos dos IAP financiassem as obras.

O marco inicial da proteção social é a união entre previdência social e saúde. Até então as políticas de saúde eram do ramo privado, pois só tinha acesso àqueles indivíduos que trabalhassem para grandes empresas. As ações de saúde pública, como vacinação e controle de endemias, eram financiadas pelo Estado. Durante o segundo governo de Vargas em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que passa a se responsabilizar pelas ações de saúde pública.

Em 1966 todos os IAP se tornam em um único instituto: O Instituto Nacional de Previdência social (INPS). Como o país estava com um bom desenvolvimento econômico, muitos indivíduos passaram a ser empregados e com isso aumentou a procura por serviços de saúde, porém os hospitais não tinham assistência para atender a tantas demandas, assim foram contratados serviços de redes privadas para suprir as necessidades da população naquele momento. O investimento na área da saúde pública começou a cair e com isso doenças que já haviam sido erradicadas voltaram e novos surtos epidêmicos foram registrados.

Em 1970, o Brasil estava enfrentando uma grave crise econômica, por conta de fatores como: Aumento do desemprego que resultava na diminuição dos números de contribuições para a previdência, péssimas condições de vida, aumento da demanda de serviços de saúde que era resultado do surto de doenças epidêmicas. Naquela época o modelo de saúde era o "hospitalocêntrico"², porém não era só o Brasil que enfrentava problemas com esse modelo, apresentando altos índices de mortalidade e morbidade e altos custos financeiros para o Estado. Então, vários representantes de nações se uniram em 1978 na conferência em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde para discutirem sobre novos modelos de saúde. A conferência resultou na Declaração da Alma-Ata constituída por dez itens que tinha como finalidade a promoção da saúde como enfoque na atenção á saúde.

No início da década de 80, o Brasil ainda se encontrava numa situação grave de crise e o povo começava a se questionar sobre a eficiência e a capacidade do sistema de saúde, já que o mesmo não incluía os cidadãos que eram desempregados ou não contribuía com a previdência.

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional De Saúde (CNS) que resultou na transformação dos serviços de saúde com a ajuda de acadêmicos, profissionais da área, representantes de movimentos populares e sindicalistas que juntos pressionaram a Assembleia Nacional Constituinte que se instalou em 1987 para garantir que a saúde fosse um direito de todos e não apenas um benefício trabalhista. Como resultado disto foi criado um conjunto de leis na Constituição Federal (CF) em 1988 que gerou uma grande transformação nos serviços de saúde brasileiro, sendo considerada a maior conquista do Movimento sanitário no Brasil desde 1970.

É importante destacarmos cinco princípios do art. 7 da lei 8.080 que nos permite perceber a mudança que foi realizada no Sistema de Saúde Assistencial anterior para o sistema de atenção atual.

O primeiro é a universalidade que permite que todos os brasileiros tenham acesso aos serviços de saúde, sem a exclusão daqueles que não possuem uma carteira de trabalho.

² Quando se usa o termo hospitalocêntrico significa que o hospital é o centro do cuidado, sendo as ações ofertadas a partir dele.

O segundo é a integralidade que permite a todos o acesso a um serviço de saúde que supre a necessidade da população, não se restringindo às ações curativas.

O terceiro é o da igualdade, sendo mais apropriado chamar de equidade. O conceito de equidade nos faz pensar sobre as diferenças entre os indivíduos. Pensar na equidade como um conceito é tentar alcançar um melhor resultado respondendo as diferentes necessidades de cada indivíduo.

O quarto está relacionado à participação da comunidade que pode garantir que os usuários do SUS possam contribuir de forma positiva para o sistema.

O quinto é o da descentralização que visa aumentar a capacidade dos governos municipais gerirem seus sistemas, este conceito está relacionado à ideia de pensar na saúde das pessoas de acordo com as especificidades de cada região.

Com base na experiência anterior o setor público não seria capaz de suprir todas as demandas de atendimentos e para reverter esse quadro seria necessário contratar serviços do setor privado. Assim o SUS passa ter convênio com a rede privada para dar assistência à saúde para toda a população respeitando o princípio de universalidade.

Existem duas formas de acesso à saúde: o modelo de saúde assistencial que é aquele que ocorre por meio de uma contratação direta do setor privado, ou seja, o paciente não paga diretamente ao profissional pelo serviço que lhe foi prestado. E existe o modelo de saúde suplementar que são os planos de saúde, nesse caso o paciente paga pelo serviço que lhe foi prestado.

A partir da década de 80 outros indivíduos, além de trabalhadores de grandes empresas passaram a fazer parte da clientela das operadoras de plano de saúde e assim começa um período de mercantilização do serviço de saúde. Porém, ao analisarmos o grupo de indivíduos que possuem plano de saúde perceberemos que em sua grande maioria são aqueles que fazem parte de planos coletivos, ou seja, são aqueles que trabalham em grandes empresas e recebem plano de saúde como benefício. Sendo assim, voltamos ao início de todo o trajeto.

2.2 Sobre a Atenção Básica

Este tópicu teve como texto base “O sistema único de saúde e as políticas de saúde no Brasil” (CARVALHO,2014). As contribuições abaixo discutidas podem ser encontradas nesta referência.

Desde a Conferência da Alma- Ata em 1978 a APS (Atenção Primária à Saúde) vem sendo ampliada e implementada em vários países e de formas diferentes. A APS funciona de acordo com as necessidades da população da região local e não segue uma fórmula de organização, os serviços de saúde variam de acordo com os locais e suas necessidades, entretanto, em certos lugares a APS se limitou apenas a determinados tipos de serviços que atendem somente determinados grupos populacionais. A APS serve como um reorganizador do sistema e no Brasil não é diferente, denominado atenção básica, a APS assume a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia de reorientação do modelo de atenção.

A ESF se instalou no Brasil no ano de 1994 com o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de ser um modelo integrado, capaz de unir saberes de diversos profissionais numa atuação inter e multidisciplinar. Na proposta da ESF são pautadas: atenção centrada na família, práticas preventivas e de promoção da saúde e o vínculo entre paciente e o profissional da saúde. A ESF se caracteriza por ser um modelo de atenção integral e pela existência de equipes multiprofissionais. A equipe é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de quatro a seis agentes comunitários (ACS) e um odontólogo. Cada equipe é responsável por cerca de 800 famílias, que corresponde a 3.500 pessoas.

A ESF é uma das formas de atenção primaria, sendo uma das principais estratégias criada pelo Ministério da Saúde do Brasil para o fortalecimento das ações da atenção a saúde, mantendo o foco na família criando vínculos com o paciente e o profissional, centrando no tratamento e na prevenção, investindo na promoção da saúde e na defesa da vida. Um dos princípios fundamentais da ESF é o de desmedicalização, de forma a não considerar que todos os problemas da sociedade estejam relacionados a problemas médicos-sanitários.

A atenção básica em saúde mental na rede de cuidado primário inclui a identificação e o tratamento precoce dos transtornos mentais, o aconselhamento, em caso de transtornos mais leves, manejo de pacientes estáveis, referencia a outros níveis de atenção e ações de promoção da saúde.

Os cuidados Primários em Saúde representam o primeiro contato dos profissionais da saúde com os indivíduos, família e com a comunidade. A APS têm como intuito ações ampliadas e integrais, com foco na necessidade da população, ações planejadas e desenvolvidas por uma equipe multiprofissional com a participação da comunidade, oferecimento de serviços acessíveis e organizados para toda a população, sendo a porta de entrada do sistema de saúde, garantindo que 80% a 90% dos problemas de saúde sejam resolvidos, promover a integração das ações de promoção, prevenção e recuperação e oferecer cuidados contínuos.

O programa Saúde para Todos criado no ano 2000 trazia consigo proposta para desestruturar o modelo de saúde antigo, onde o cuidado médico era considerado o núcleo e os hospitais a principal estrutura de serviços de saúde. A nova proposta era uma atenção multidisciplinar e uma união entre os serviços de saúde e a população.

Em 2003 as coordenações de saúde mental e a de gestão da atenção básica do Ministério da Saúde sugeriram aderir às ações de saúde mental no âmbito da atenção básica, criando o NASF em 2008 com a intenção de apoiar e ampliar as ações da atenção básica.

O NASF é composto por uma equipe multiprofissional, que atuam de forma integrada apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF) e as equipes de Atenção Básica para populações específicas, compartilhando casos. É a partir do NASF que ocorre o apoio matricial, que é a junção de profissionais de diversas áreas da saúde que juntos realizam uma troca de saberes, ampliando a visão e conhecimento de ambos os profissionais. O matriciamento é importante, pois apresenta uma maior possibilidade de resolutividade, promovendo o cuidado compartilhado.

O NASF não atua como porta de entrada do sistema para os usuários, e sim como apoio a essas equipes, a fim de conhecer os problemas de saúde da população e estabelecer planos de intervenções, oferecendo o cuidado integral. O trabalho integrado entre o NASF com a equipe ESF é realizado através do apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST).

A integração entre saúde mental e a atenção básica foi fundamental. A forma como o vínculo entre profissionais e pacientes são formados, a forma como o paciente

pode ser expressar e tem seu espaço pra opinar contribui muito no tratamento, pois nem sempre foi assim, há alguns anos atrás eles não tinham espaço na sociedade.

2.3 Sobre loucura, história e saúde

Este tópico teve como texto base “O sistema único de saúde e as políticas de saúde no Brasil” (SCHECHTMAN,ALVES, 2014) e “Saúde Mental e Atenção Psicossocial.” (AMARANTE,2007) As contribuições abaixo discutidas podem ser encontradas nesta referência.

Desde a antiguidade a sociedade enxergava os "loucos" através da religião, da filosofia ou da medicina. Na Idade Média, na Europa, os "loucos" quando provocavam alguma situação de transtorno ou perturbação com os familiares ou habitantes de sua comunidade eram encaminhados para grandes instituições (manicômios) que tinham sido criadas com a finalidade de "abrigar" aqueles que não se comportavam de acordo com as normas sociais, eram como depósitos humanos.

Os primeiros conceitos da psiquiatria nascem na França durante a Revolução Francesa (1789) com o médico francês Philippe Pinel. A partir de todo quadro histórico daquele momento, e de transformação do contexto social, a forma de enxergar o "louco" começou a mudar e se constrói a ideia de que era necessário o cuidado deste indivíduo, o tornando assim um doente mental. Os manicômios foram criados para serem espaços para “curar” este indivíduo. Com isso Pinel é o primeiro a tornar a loucura um objeto de intervenção da medicina, relacionando loucura à doença.

Em 1838 na França o parlamento francês aprova a primeira lei específica sobre de saúde mental, que regula como sociedade deve lidar com um doente mental. Neste documento visava à necessidade do isolamento do "louco", para tornar possível um tratamento.

No século XIX, ocorre um grande avanço no campo da medicina mental, com a criação e expansão de novas instituições psiquiátricas, em que o tratamento predominante era o tratamento moral que foi desenvolvido por Pinel e que tinha como estratégias de cuidado: isolamento do mundo exterior, constituição da ordem asilar e a constituição de uma ordem terapêutica baseada na autoridade.

Um nome importante para o entendimento dos conceitos e das práticas psiquiátricas é o de Emil Kraepelin, a partir do século XX, psiquiatra alemão que criou um sistema que classifica as doenças mentais de acordo com componente biológico e genético. As primeiras terapias físicas ocorrem na Europa, na primeira metade do século XX. (BERCHERIE apud DOMINGOS, 2014)

O governo naquela época era autoritário e a atitude mais extrema da forma de pensar deste tipo de governo foi pelo regime nazista alemão, que resultou na morte de milhares de pessoas com a utilização de gases em campos de concentrações que exterminava aqueles que não pertenciam à raça ariana. Essa "limpeza" da população se iniciou em hospitais psiquiátricos alemães, resultando na morte de cerca de cem mil doentes mentais.

As duas grandes Guerras Mundiais fizeram a sociedade refletir sobre a natureza humana, sua crueldade e sua solidariedade. Após a Segunda Guerra Mundial, a sociedade passou a olhar para o hospício é perceber que essas instituições não se diferenciavam em nada dos campos de concentração e assim passam a repensar as suas práticas em relação às pessoas que viviam confinadas em instituições, surgindo às primeiras experiências de reforma.

Ocorrem diversas iniciativas de mudanças nos serviços de assistência a doentes mentais, nas décadas de 1950 e 1960. Nos Estados Unidos, em 1950 foram realizados estudos muito importantes sobre os hospitais psiquiátricos, e estes resultaram em lutas pela transformação do modo assistencial ser centrado em internações hospitalares que tinha precárias condições de assistência. Em 1960 surge a psiquiatria preventiva que visa o tratamento em doentes mentais e a promoção da saúde. Esse modelo tem como princípio: o trabalho em equipe multidisciplinar, a intersectorialidade que é a integração com outros setores da sociedade e a prevenção, com o objetivo de reduzir as doenças mentais nas comunidades, promovendo o estado de saúde mental das mesmas. Foi nesse modelo que surgiu o conceito de desinstitucionalização, que eram medidas de desospitalização, ou seja, a redução do número de pacientes em hospitais psiquiátricos e do tempo de internação dos mesmos nessas instituições. Essa medida se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental. Foram criadas como estratégias da desospitalização a criação de vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, enfermarias, tudo com a intenção de não tornar os hospitais psiquiátricos

uma opção.

Na Inglaterra, desde o final dos anos 40, as comunidades terapêuticas são criadas e expandidas, com a intencionalidade de transformar as instituições psiquiátricas, realizando reuniões que visavam às discussões diárias sobre as relações de poderes estabelecidas com os pacientes e os profissionais das instituições e o sobre cotidiano institucional. Essas comunidades tinham como princípios a liberdade de comunicação e atividades coletivas.

Na França, é definida uma nova política assistencial com o estabelecimento da psiquiatria do setor, que mais futuramente seria o germe do modelo das políticas de cuidados territoriais. Esse modelo assistencial visava uma reorganização interna da dinâmica psíquica tendo como princípio o acolhimento, a escuta ao usuário, a organização de festas, encontros, passeios, criação de ateliês, oficinas de trabalho e arte, a fim de inserir o paciente em atividades terapêuticas mostrando a importância da equipe e da instituição na construção de suporte e referência aos internos do hospital. Outro fator importante deste modelo foi a necessidade de continuidade terapêutica após a alta hospitalar de forma a evitar a reinternação, sendo assim foi criado os centros de saúde mental (CMS), distribuídos em diferentes setores administrativos da região e assim nasce a primeira proposta de assistência psiquiátrica de acordo com as necessidades populacionais da região. Outro ponto é que o acompanhamento do paciente passa a ser realizado pela mesma equipe multiprofissional, passando a ter a necessidade do acompanhamento do tratamento por outros profissionais como: enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que passam a ter um novo protagonismo no contexto das políticas de saúde mental. Nesse modelo a equipe acompanha o paciente até mesmo após sua alta hospitalar, dando continuidade ao tratamento e ao vínculo criado entre paciente e a equipe.

Em Londres, havia uma consternação quanto às normas sociais em 1960. Isto resulta na antipsiquiatria, que levanta questionamentos sobre as fronteiras de sanidade e o poder médico psiquiátrico. A antipsiquiatria questionava a teoria psiquiátrica, acreditando que a patologia não ocorre no indivíduo enquanto corpo ou mente doente, e sim nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. O princípio da antipsiquiatria era: permitir que o indivíduo vivenciasse a sua experiência, pois ela, por si só já seria terapêutica. O terapeuta teria a função de acompanhar e auxiliar o indivíduo a vivenciar

e superar todo o processo.

Na Itália, enfrentavam situações bem precárias do sistema assistencial do que no restante da Europa e assim realizaram algumas transformações nas instituições, expandindo comunidades terapêuticas na década de 60 e um pouco mais tarde abolindo os manicômios. Foram criados diversos serviços substitutivos ao modelo manicomial, sendo um deles os CSM, distribuídos pelas regiões da cidade.

2.4 O contexto brasileiro: a reforma psiquiátrica e atenção psicossocial

Este tópico teve como texto base “O sistema único de saúde e as políticas de saúde no Brasil” (MACHADO, FONSECA e BORGES, 2014). As contribuições abaixo discutidas podem ser encontradas nesta referência.

Todas essas experiências que cada país passou contribuíram na transformação da realidade assistencial psiquiátrica no Brasil, surgindo diversas discussões importantes como: a humanização no tratamento a pessoas com transtornos mentais e a reinserção da mesma na sociedade e não a exclusão.

No Brasil, qualquer problema de saúde era tratado com base nas culturas indígena e africana. Foi no período Colonial que surgiram algumas modificações em relação às questões de saúde pública.

Para analisarmos como se deu a implantação da instituição psiquiátrica no Brasil é necessário ficarmos atentos ao contexto histórico do Brasil na época. Com a vinda da família real portuguesa (1808) e a proclamação da Independência, há um grande processo de expansão do espaço urbano e a criação de cursos superiores, como medicina.

A primeira lei no Brasil de assistência a doentes mentais é a de 1903, que além de dar suporte á prática e a medicina mental, definia uma direção sanitária para regulação de cuidado a esses indivíduos.

Um grande nome da psiquiatria no Brasil nesse período foi o do médico Juliano Moreira que com todos os seus estudos de psiquiatria, e com a direção do Hospital Nacional de Alienados e a coordenação da política para o setor deu inicio a

terapia laboral e a reinserção familiar que iam de acordo com o tratamento moral e terapias físicas (duchas frias, contenção, entre outras), e combinando fins terapêuticos com medidas disciplinares de caráter punitivo, seguindo o modelo de tratamento criado por Pinel.

As colônias dos alienados foram criadas em grandes áreas agrícolas, onde os alienados pudessem se submeter ao trabalho supostamente terapêutico, a intenção dessas colônias era fazer com que houvesse uma boa comunicação entre a comunidade e os loucos deixando-os confortáveis em casa e no trabalho. As primeiras colônias brasileiras surgem, após a Proclamação da República e chamavam-se Colônia de São Bento e Colônia Conde de Mesquita, ambas na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, com a gestão do psiquiatra baiano Juliano Moreira. A colônia de Juquery, em de São Paulo, chegou a ter 16 mil internos. Mas com o tempo as colônias mostravam ser muito parecidas aos asilos tradicionais que de uma aldeia de pessoas livres, virou uma instituição asilar de recuperação pelo trabalho.

Durante o fim dos anos 70, o abandono era uma característica dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Nessa época muitos hospitais foram criados, privados ou filantrópicos, contratados pelo setor público e financiados com o seguro da previdência social. Foi um período de privatização da área da saúde, principalmente da psiquiatria.

A única opção sem ser a internação em hospitais psiquiátricos era a o atendimento com os psiquiatras dos postos de assistência médica, os PAMs psiquiátricos, existentes nas grandes capitais e acessíveis apenas para os contribuintes da previdência social. No fim desta década a previdência social entrou em crise financeira, por conta do número de redes contratadas e também pela forma de pagamento aos serviços prestados aos hospitais.

A situação do Brasil naquele momento era péssima, e recebia diversas críticas do setor público ao modelo de saúde, e assim surge o movimento pela Reforma Sanitária e o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que ganho muito destaque no Congresso Brasileiro de psiquiatria em 1978, com propostas como a humanização e melhorias no atendimento, dos altos custos e das condições de trabalho.

A luta pela proteção social surge, após a ditadura militar, com os movimentos sanitários. O movimento surge pela indignação com as condições precárias de saúde e o

descaso com a população e pela mercantilização do setor. O objetivo era alcançar uma ação do Estado com relação às políticas públicas no âmbito da saúde. Eram pautas do movimento: tornar os serviços acessíveis a todos, a universalidade das ações, a descentralização, a melhoria na qualidade dos serviços com o surgimento de um novo modelo assistencial visando à integralidade, equidade e as ações de participação social. O movimento tem início no meado dos anos 70, e se torna uma luta a favor das classes pela democratização da saúde.

A assistência psiquiátrica no Brasil era baseada no modelo “hospitalocêntrico”, e foi marcado pela falha nos tratamentos e a violação dos direitos humanos, gerando muita revolta e a consciência da necessidade de mudança. No final dos anos 70, muitas discussões foram realizadas e vêm à tona as denúncias de maus tratos e ações desumanas.

E assim tem início o movimento da luta antimanicomial na década de 80, a partir do II Congresso Nacional do MSTM em Bauru- SP em 18 de maio de 1987, onde a bandeira do movimento era por uma sociedade sem manicômios. É nesse congresso que o conceito antimanicomial começa a ser pensado.

Durante esse processo foi construído o projeto de lei 3.657/89, conhecido como Lei Paulo Delgado, que tinha como princípio: o fim do uso de dinheiro público em compras de leitos manicomiais, o redirecionamento do dinheiro público para outros setores assistenciais e a obrigação da comunicação oficial de internações feitas contra a vontade do indivíduo, pensando pela primeira vez na defesa dos direitos dos pacientes.

A luta desse movimento social é pelo fechamento dos Hospitais psiquiátricos, novas formas de tratamentos, sendo esta eficaz e o ensinamento a sociedade da época de como conviver e respeitar as pessoas que sofriam com algum transtorno mental.

Todo ano no dia 18 de Maio é comemorado em todo o país num manifesto contra o modelo de tratamento adotado pelo hospital psiquiátrico. O Brasil é signatário dessa Conferência, comprometendo-se com seus objetivos.

A reforma psiquiátrica surge em paralelo à eclosão da reforma sanitária, pois é em meio ao trajeto seguido pela reforma sanitária em busca de direitos e criando uma nova concepção para o entendimento de saúde que passa a ser reconhecida como

política pública, que os profissionais e usuários da área de saúde mental percebem a importância pela luta de direitos e assim surge a reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica é um movimento social dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) que surge no início da década de 80 e que junto com familiares e usuários dos serviços de saúde lutaram pela reinserção social, pelos direitos humanos e humanização nos hospitais, garantia de assistência integral ao paciente e uma melhoria nas condições de assistência nos tratamentos de forma que a internação fosse uma última opção.

No Brasil a reforma de assistência psiquiátrica cresce a partir das referências nas reformas realizadas em outros países, principalmente nos modelos de lideranças mundiais da psiquiatria como Franco Basaglia, responsável pela regulamentação da Lei 180 da Reforma Psiquiátrica na Itália. Essa lei teve uma importância muito grande, pois a partir da aprovação da mesma, muitos hospitais psiquiátricos fecharam e foram substituídos por serviços comunitários.

As lutas pelas reformas e os movimentos sociais contribuíram bastante para que ocorresse mudanças do posicionamento do estado e assim resultou a consolidação das políticas públicas de saúde.

Na década de 80, o órgão contratante dos leitos psiquiátricos hospitalares, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência social (Inamps), publicou a portaria 3.108/1982 que estabelece o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, conhecido como Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, que tinha como finalidade aumentar o número de leitos e direcionar os recursos para os serviços públicos para aqueles que tivessem a maior participação da assistência psiquiátrica, racionalizando os custos.

A situação assistencial no Brasil era inaceitável e questionável. O ministério da saúde estabeleceu em 1991 uma nova política. Foram assim publicadas duas portarias. A primeira portaria SNAS/MS n.189/1991 diz respeito ao financiamento dos serviços de saúde. Houve um investimento de 20% na internação psiquiátrica em hospitais gerais e somente estes tinham acesso a recursos de atendimento para urgência. Os recursos do Inamps/MS foram utilizados para mudar o modelo assistencial existente, abrir serviços

como: Caps e/ou Naps, oficinas terapêuticas e atendimentos em grupos. A segunda SNAS/MS n. 224/1992 se refere ao funcionamento dos serviços psiquiátricos submetia os serviços de saúde mental regras básicas de funcionamento e o cadastramento de todos os hospitais no país.

Um importante espaço de construção das políticas públicas de saúde e controle social são as conferências. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) realizada na década de 80 priorizava o investimento em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição ao modelo hospitalocêntrico da época.

Em dezembro de 1992 ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental que foi muito importante na discussão sobre a legitimação social da mudança da assistência psiquiátrica. Tinha como bandeira: "Mudança no modelo assistencial: direito das pessoas portadoras de transtornos Mentais.". Essa Conferência contava com a presença de 24 estaduais e com cerca de 1.20 familiares e usuários da rede. Reafirmou as iniciativas adotadas pelo Ministério da Saúde e reforçou o processo de reforma e em 1993 foi constituída junto ao Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional De Reforma Psiquiátrica.

Outros fatos importantes da década de 90 são: O debate do Projeto Paulo Delgado no Senado, que apesar de só ser aprovado em 2000, resultou na aprovação de nove leis estaduais de teor semelhante. A redução de leitos em hospitais psiquiátricos fiscalizada pelo Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (GAPH), e a implantação de mais de 200 Caps em todo o país. Em 2000 foi publicada a portaria Gm/MS n. 106/2000 que regulamentava o funcionamento dos Serviços Residências Terapêuticas (SRTs) que são lares abrigados ou pensões protegidas.

Em abril de 2001 foi publicada a lei federal n. 10.216/01, que garantia a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Ela regulamenta a assistência psiquiátrica no Brasil, dando sentido e direção a essa assistência e esclarecendo que os hospitais psiquiátricos serão sempre uma ultima opção. A promulgação dessa lei teve muita importância para o movimento da reforma psiquiátrica na época, pois ela estabelece legalmente a construção de uma rede substitutiva de cuidado em saúde mental.

Se no caso de uma internação involuntária não se torna voluntária em 72 horas o Ministério Público estadual é acionado já que é o guardião dos direitos do cidadão. A lei tem sido muito importante para consolidação do processo da reforma psiquiátrica.

O ano de 2001 foi considerado o ano da saúde mental pela Organização Mundial da Saúde, com o lema da campanha "Cuidar sim, excluir não", que foi adotado como bandeira na III Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em Brasília, em dezembro de 2001. Essa Conferência teve suas resoluções publicadas em 2002, aprofundando ainda mais o processo de mudança na assistência. Neste mesmo ano o Ministério da Saúde publicou duas portarias importantes até hoje para a mudança dos serviços de atenção em saúde mental. A GM/MS n. 336/2002 que amplia e regulamenta o funcionamento dos Caps a tornando acessível e adequado às necessidades de diferentes grupos populacionais e a GM/MS n. 251/2002, que regulamenta o funcionamento e remuneração dos hospitais psiquiátricos. Essa portaria submete o funcionamento desses hospitais a avaliações do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH), ajudando para redução do número de leitos.

A implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no Brasil ocorreu em 1987. O serviço tinha como proposta mostrar que era possível atender os pacientes fora dos muros dos hospitais psiquiátricos, em ambientes abertos, oferecendo a eles diversos tipos de atividades terapêuticas superiores aos tratamentos dos hospitais psiquiátricos, que eram baseados no isolamento e nas medicações. Esse foi provavelmente um dos marcos mais importante para a modificação da assistência psiquiátrica no fim da década de 80.

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) se inserem na rede de atenção psicossocial (RAPS) como ponto de atenção especializada. O CAPS é um serviço público da política de saúde mental que surge com a reforma psiquiátrica no Brasil em 1980 com o intuito de ser uma rede de serviço substitutiva ao Hospital Psiquiátrico, ampliando o acesso a atenção psicossocial, atendendo e acolhendo pessoas com sofrimentos ou transtorno mental e com necessidades decorrente do uso de álcool e outras drogas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado

por meio do acolhimento, do acompanhamento e da atenção às urgências, promovendo a reinserção dessas pessoas novamente no contexto social, cultural e familiar, através do acesso ao trabalho, lazer e as relações familiares, sendo uma alternativa ao modelo de cuidado anterior que era os manicômios. .

Os CAPS possuem uma equipe multiprofissional que é responsável por oferecer atividades terapêuticas individuais ou grupais, incluindo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Existem algumas modalidades de CAPS, de acordo com as diferentes necessidades de cada território: CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana), CAPS – para municípios com população acima de 150.000 habitantes (atende crianças e adolescentes de até 17 anos de idade), e CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

Em 2003, o principal acontecimento foi à promulgação em julho da lei federal n. 10.708 que inseriu o programa De Volta para Casa. Essa lei regulamentava o artigo 5º da lei n. 10.216/2001, que propõe o cuidado especial a pacientes com internações ao longo prazo, no processo de desospitalização.

Em 2010 estava prestes a completar 10 anos de vigência da lei n. 10.216/2001, então o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde realizaram outra etapa nacional da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I) em Brasília, com a intenção de traçar estratégias de políticas públicas para atenção á saúde mental.

Essa etapa foi feita após 359 conferências municipais, 204 conferências regionais e 27 conferências estaduais, reunindo cerca de 46 mil pessoas de todo o país cujo o foco era discutir sobre a saúde mental e as políticas do Estado, consolidação da rede de atenção psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais, direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. A conferência tinha como tema: "Saúde mental- direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios.".

Algo que foi importante e marcou nessa Conferência foi sua abordagem intersetorial, com tentativa de levar qualidade e tornar o debate acessível a todos, mobilizando vários setores além da saúde como: educação e cultura. Essa Conferência sendo resultado das anteriores trouxe consigo números ótimos em relação à rede de atenção psiquiátrica. Os números de leitos em hospitais psiquiátricos diminuíram. Em dezembro de 2011 havia 1.742 Caps funcionando, o que o Ministério Público considera um ótimo número e o redirecionamento e a evolução dos gastos do Ministério da Saúde com hospitais psiquiátricos para dispositivos extra-hospitalar.

Paralelo ao movimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (IV CNSM-I), um dos maiores destaque foi a publicação da portaria que instituiu a RAPS, republicada em 2013.

A rede de atenção psicossocial (RAPS) foi instituída no SUS após a publicação da portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, cuja finalidade era ampliar o acesso ao serviço público de saúde para pessoas com algum sofrimento psíquico ou usuárias de álcool e drogas.

A RAPS é uma rede integrada e articulada, que se adequa as necessidades da família e do usuário da rede. A RAPS é dividida em diversos pontos de atenção, dentre eles: As unidades básicas de saúde, o núcleo de apoio à saúde da família, centros de convivência, centros de atenção psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades, atenção de urgência e emergência, unidades de acolhimento, serviços de atenção em regime residencial, leitos de saúde mental, álcool e outras drogas em hospitais gerais e serviços residências terapêuticos.

São diretrizes da RAPS: Respeitar e garantir os direitos de todos, aplicar a equidade, garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde a toda a população, a diversificação dos serviços e das estratégias de cuidado de acordo com a necessidade de população de cada região, ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado e o desenvolvimento da lógica de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários desse serviço.

No próximo capítulo abordaremos como acontece nos serviços do SUS o cuidado com pessoas com transtorno do pânico a partir das entrevistas realizadas com os ACS.

CAPÍTULO 3- Assistência aos usuários do SUS com transtorno do pânico: o que os Agentes Comunitários de Saúde têm a nos dizer?

Neste capítulo abordaremos como o cuidado aos usuários do SUS com transtorno do pânico funciona na atenção básica, a partir do trabalho de campo.

Descrição espaço-temporal e população estudada

A escolha metodológica para coleta dos dados se baseou em entrevistas individuais semi-abertas com um roteiro que se encontra em apêndice. Os participantes da pesquisa foram três agentes comunitários de saúde que são também alunos dos cursos oferecidos pelo Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde. O ACS1 é aluno do Curso Técnico de Agente Comunitário em Saúde e não possui formação na área de Saúde Mental, atua em um município da baixada fluminense (Nova Iguaçu). O ACS2 é aluno do Curso de Práticas Grupais em Saúde e realizou o Curso de Qualificação Profissional em Saúde Mental, além de possuir o Curso Técnico de Agente Comunitário em Saúde, atua na cidade do Rio de Janeiro em Irajá, há mais de 13 anos. O ACS3 é aluno do Curso de Práticas Grupais em Saúde, trabalha também na cidade do Rio de Janeiro, em Manginhos, há 6 anos.

Após a assinatura do termo de livre consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas. Com o compromisso de preservar a identidade, os ACS receberam um número e suas falas foram caracterizadas pelo respectivo número ao final do depoimento.

As entrevistas foram realizadas numa sala reservada na biblioteca da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio durante o intervalo para almoço nos dias em que os ACSs estavam disponíveis na Escola em função das aulas dos Cursos. O recrutamento dos sujeitos se deu através de um convite ampliado com a entrada da pesquisadora em sala de aula e uma breve apresentação dos objetivos desta pesquisa para a turma dos cursos. Foi explicitado no convite que como critério para o voluntário ser entrevistado era

necessário que o ACS já tivesse acompanhado em sua equipe pelo menos um caso de uma pessoa com hipótese diagnóstica de transtorno do pânico.

Um dado interessante do recrutamento de sujeitos da pesquisa é que supúnhamos que tivéssemos mais ACSs que já tivessem realizado acompanhamento de casos de pessoas com transtorno do pânico. Porém, para nossa surpresa apenas dois ACSs numa turma de 30 alunos declararam já ter feito este tipo de acompanhamento, e apenas um teve interesse em ser entrevistado. Os outros dois ACSs foram convidados através de apresentação direta da pesquisadora pela coordenação do curso que realizavam na EPSJV.

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EPSJV com o parecer número 1.604.164.

Resultados e Discussão

1) Entendimento do que é Transtorno do Pânico

Foi possível observar as diferenças e semelhanças na abordagem, no tratamento e no cuidado realizado por esses profissionais. Para essa observação é fundamental conhecer quais são os entendimentos que os ACS possuem sobre o transtorno do pânico. Ao realizar a primeira pergunta que era: "O que você entende por transtorno do pânico?", é possível perceber nas respostas um saber muito superficial sobre a definição do transtorno e que o aprendizado acontece na prática, na realidade do dia a dia.

“Porque assim, ate onde eu sei a gente como agente de saúde, a gente não teve nenhuma qualificação, nenhum estudo que nos esclarecesse o que é o transtorno do pânico e nenhum outro tipo de problema mental, saúde mental. O que a gente acaba vendo é que no dia a dia, a gente vai observando quando o paciente chega no consultório que os diagnósticos vão a ser distintos em alguns casos.” (ACS 3)

Dessa forma, muitos não recebem uma orientação antes de iniciar no trabalho, muitos buscam por cursos depois de estar trabalhando, pois na maioria das vezes se sentem inseguros e incapazes de ajudar o paciente.

“Eu nunca estudei a fundo assim o tema, mas na vivência com esse ex assistido meu que não é mais meu paciente, eu passei a entender que esse transtorno do pânico é uma alteração consciente ou não, mas que inibe o ser humano e tira dele até mesmo a vontade de viver, tira a coragem, uma depressão bem aprofundada, eu não vou dizer uma depressão muito profunda, mas uma depressão razoavelmente profunda.”(ACS1)

Por outro lado, o ACS que já realizou qualificação profissional em saúde mental expressa um entendimento do transtorno do pânico suficiente para identificar possíveis casos a partir da percepção do comportamento da pessoa durante as visitas domiciliares.

“[...] ele passa a não falar muito, a não conversar muito, a se esconder muito, é isso faz com o que a gente tenha um alerta, é o que eu entendo de transtorno do pânico é isso. É quando tira o ser humano da sua área de conforto, do seu bem estar e ele fica com medo, que não é um medo normal como todo mundo sente.” (ACS2)

Foi possível perceber que os sujeitos estudados quando questionados sobre seus entendimentos acerca de transtorno do pânico apresentam conceitos que remetem a indivíduos em situação de medo e insegurança, mas dois relatos demonstram insegurança para definir o transtorno. E este fato está relacionado à formação do ACS e suas atribuições no sistema de saúde, pois não é função do ACS diagnosticar um paciente e sim identificar o sofrimento do paciente para que o mesmo seja encaminhando ao médico ou psicólogo.

2) Formação

A partir da análise do conteúdo das entrevistas foi possível perceber que existe um déficit muito grande na formação dos ACS. Os cursos fornecidos significam muito para estes profissionais, que são de suma importância durante todo o processo de acolhimento do paciente, porém infelizmente não são todos os ACS que tem acesso a estes cursos. Esse déficit ocorre em função de que o primeiro módulo do curso é financiado pelo Ministério da saúde, já os dois módulos seguintes são pagos pelos municípios e estados, não ficando a cargo do Governo Federal. Sendo assim, muitos não conseguem concluir o curso, por falta de verba de alguns municípios e estados.

“O que acontece é uma deficiência muito grande. Não são todos os agentes comunitários que são formados em ACS. Eu, por exemplo: trabalho seis anos e eu não tenho curso de técnico de ACS. Então, esse curso foi oferecido no passado, só que no universo que eu trabalho aqui que nós somos, temos 42 ACS aqui no posto de saúde só 5 são formados. Então não é um curso oferecido para todos nós.”(ACS 3)

Para estes profissionais é muito importante a oportunidade de ter uma formação técnica. Pode-se perceber com a fala dos ACS entrevistados, como o curso lhes acrescenta. Estes profissionais são responsáveis pelo acesso da população aos serviços básicos de saúde, e é importante e necessário que eles se sintam seguros, prontos para lidar com as situações do dia a dia, dessa forma, a educação e a formação é essencial para que os ACS não se sintam limitados a atender as necessidades das famílias.

“Eu não tinha uma visão grande, e eu não sabia também diferenciar quando a pessoa que chegava lá com transtorno do pânico ou com outro tipo de transtorno de uma pessoa que tá drogado ou de uma pessoa que tomou remédio de medicação demais e ta em crise, entendeu? [...] eu não sabia definir, entendeu? Agora eu sei.” (ACS 2)

A valorização do saber popular é um mecanismo fundamental no cuidado prestado ao paciente, o reconhecimento da troca de saberes entre profissionais e comunidade, contribui na construção das relações. (TRAVASSOS,2016). Seguir uma linha de cuidado voltado para as experiências do dia a dia e com o conhecimento teórico se torna uma troca de saberes que contribuem no processo de cuidado e na melhora do paciente.

“O curso tem me ensinado a valorizar o saber popular [...] e isso tem sido de muita valia. [...] Muita das vezes por você ser da saúde, por esta sempre se capacitando, você tende a achar que é o dono da verdade, mas muita das vezes não, então o curso técnico tem me ajudado a enxergar meu universo de trabalho dessa forma, que é uma parceira.” (ACS 1)

3) **Acesso e estratégias de cuidado no SUS**

Em relação ao acesso percebemos que o meio pelo qual a população acessa aos serviços de saúde é pelo agente comunitário de saúde. Sendo assim, a visita domiciliar é o mecanismo utilizado por este profissional para que o usuário tenha acesso às estratégias de cuidado do sistema de saúde.

“E em uma das VD (Visita Domiciliar) eu identifiquei, o pai dele no caso me colocou a par que ele tinha um filho que não saía do quarto e aí eu pedi que minha chefe fosse comigo lá pra vê o caso, daí ele foi levado a um psiquiatra que era da mesma unidade que eu era lotado e o psiquiatra que fez essa constatação.” (ACS1)

“Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês.” (Ministério da Saúde, 2012).

“Geralmente é por nós (ACS), porque eles são cadastrados, então todos eles independente da classe social, se tem plano de saúde ou não tem plano de saúde, todos são cadastrados, a comunidade inteira é cadastrada. Então é dessa forma, eles recebem primeiro a minha visita e depois eles entram no acesso.” (ACS2)

De acordo com o Ministério da saúde, é atribuição do ACS cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados. Dessa forma, estes profissionais atuam como a porta de entrada para os serviços de atenção básica, sendo a ligação entre família e os outros profissionais da equipe.

A partir da suposição de um quadro de transtorno mental, o ACS comunica a enfermeira ou médico da equipe básica que se necessário acionam o NASF. Porém, o trabalho do ACS não se encerra em relatar ao restante da equipe sobre o caso, ele continua o acompanhamento com o apoio destes outros profissionais. Em ambas as falas das ACS o processo de identificação e diagnóstico dos casos se deu pelo mesmo caminho, ou seja, as ações relatadas pelos ACS seguem um processo de cuidado previsto pela Política Nacional de Atenção Básica.

“Então a gente (ACS) vê que algo tá errado, aí a gente tenta conversar, mas quando ele já aceita de cara porque já conhece a gente, já confia na gente aí é mais fácil, quando não, a gente passa pra enfermeira e conversa com ela sobre o caso e fala: “ó tô achando que ela não tá bem, fui na casa dela hoje e ela já não tá mais assim. Ela tá desse jeito, desse jeito.” aí ela vai comigo na visita, ela vai lá pra ver se realmente é aquilo mesmo, daí ela aciona o médico e aciona a psicóloga do NASF, aonde eles fazem uma interconsulta que quer dizer que é médico junto com a psicóloga, e faz uma avaliação. O médico entra com a medicação se for necessário e ela com as conversas, pelo menos uma vez no mês ela vê essa paciente, aonde eu tenho que vê ela no mínimo uma vez na semana enquanto ela estiver na crise, enquanto ela estiver nesse quadro.” (ACS2)

“Primeiro marcam uma consulta para paciente com a médica, e aí eles botam um profissional junto, o psicólogo, e aí fazem uma interconsulta que a gente fala que é o profissional de Psicologia junto com médico da equipe. Aí eles fazem uma observação para que no decorrer daquela consulta ali, saber quais são os transtornos que ela (paciente) vai apresentar. Se ela apresentar algum transtorno que realmente precise de acompanhamento, ela é encaminhada para fazer um acompanhamento com a médica da equipe, mais o acompanhamento psicológico semanal. Se ela não apresentar um transtorno que seja necessário psicólogo, ela só faz o acompanhamento com o médico da equipe. E aí vai fazendo inicialmente mês a mês, e aí vai vendo como ela vai se comportar e depois vai aumentando ou diminuindo de acordo com a necessidade.” (ACS3)

A interconsulta apareceu como uma estratégia de cuidado em duas entrevistas, essa interação entre dois profissionais de duas áreas atribui saberes positivos na assistência ao paciente. Em algumas situações, a equipe vai até a casa da pessoa por conta de uma impossibilidade característica do próprio quadro do transtorno do pânico, em outras é pedido que o usuário vá até a unidade de saúde para dar continuidade ao seu cuidado, e ver como ele reage fora do ambiente familiar.

“Então assim se ela tem condição de vir até a unidade a gente marca para ela vir, até para ver como ela se comporta com as outras pessoas, como ela se comporta ali naquele meio, porque em casa ela fica mais retraída, ela fica mais fechada ainda, ela fica no cantinho como se fosse um bichinho isolado”.(ACS3)

Outra estratégia de cuidado citada pelos entrevistados foi à roda de conversa, o que corrobora o que foi encontrado na pesquisa bibliográfica sobre este tema.

“tem a roda de conversa que a psicóloga faz, tem o grupo de artesanato que ele começou sendo pra terceira idade, agora não é mais, agora é aberto pra todos, porque a gente identificava muito isso, pessoas com transtornos mentais e pessoas com qualquer tipo de síndrome gostavam muito, então a gente pegava muito essas pessoas por ali, então a gente achava que acalmavam muito”(ACS2)

“A gente tem as consultas no centro médico, têm as rodas de conversa todas as segundas com psicólogo e tem a terapia de grupo também que é feita toda segunda-feira de tarde.” (ACS3)

As intervenções terapêuticas alternativas têm sido uma realidade na atenção básica. Na maioria das vezes, foram prescritos medicamentos no acompanhamento dos casos de transtorno do pânico. Em dois deles, foram usadas estratégias alternativas como terapia comunitária e rodas de conversa, ou seja, as práticas grupais em saúde estão presentes nos serviços, mas elas não prescindem do tratamento medicamentoso.

Apesar disso, a medicação em algumas equipes só é sugerida como uma última opção. Antes, é possível ainda procurar a atenção psicossocial estratégica da Rede de Atenção Psicossocial, como o CAPS.

“Lá a medicação só chega quando não tem jeito mesmo. Pra você vê que agora a gente tem uma parceria muito legal com CAPS de Madureira, então assim pra não entrar diretamente na medicação a gente faz até um convite pra família pra conhecer o CAPS, porque chega lá tem muito coisa, artesanato pra eles fazer, passa o dia lá, conversas, rodas de conversas no CAPS de Madureira. Então assim, às vezes eles indo pra lá e tudo, porque lá tem psiquiatra também e lá tem outros profissionais, então lá tem bate papos. Eu tenho relatos de pessoas que nem chegou a ser medicado, só ficou bem só com terapia”.(ACS2)

Os medicamentos prescritos e o uso dessas medicações foram criticados pelo ACS3. Ele acredita que existe uma negligência muito grande no momento de prescrever os medicamentos que são muito forte, e mais grave ainda é fazer um uso prolongado que pode gerar dependência e danos futuros. Outro problema identificado foi a pouca diversidade de medicações que possam ser receitadas de acordo com cada caso. Sendo, necessária uma reavaliação da lista de medicamentos disponibilizada pelo SUS.

“eu acho que a pessoa acaba se viciando naquele remédio e acaba assim sendo um usuário pra sempre daquilo por uma imposição de momento, então eu acho que a medicação deve ser vista, porque é uma coisa muito forte você dar o remédio de x e y para uma paciente de 16 anos, eu acho que esses remédios no organismo dela vão fazer um efeito muito forte e isso vai responder lá na frente na vida dela, então a questão não é você dopar, é você ver o que é melhor para cada um. E pelo sistema público de saúde até onde eu vejo aqui, que eu trabalho no postinho, a lista de medicamentos que tem é muito pequena, é muito curta, então eles passam as mesmas medicações. Então acho que deveria ser revisto isso, a medicação, eu acho que deveria ser visto essa listagem. Quais são os medicamentos que podem ser oferecidos para essa população que usa o sistema do SUS. Além destes medicamentos que tem hoje para que não possa fazer a mesma prescrição médica para um caso brando e para um caso mais agudo. Então eu acho que isso tem que ser revisto porque você não tem uma escolha, entendeu?”

4) Suporte e condições de trabalho

Ao serem questionados sobre apoio oferecido para o acompanhamento de casos de transtorno do pânico e sobre as condições de trabalho, os ACS apresentaram algumas críticas e insatisfação com relação ao dia a dia em suas unidades. O ACS 1 que trabalha

no município de Nova Iguaçu, diz que o suporte oferecido em seu território não é o esperado ao comparar com o município do Rio de Janeiro, isto porque no município de Nova Iguaçu não existe variedades de estratégias terapêuticas, pois a prefeitura não oferece estes cuidados, dessa forma, não existe muitos mecanismos de tratamentos para serem oferecidos ao paciente.

“O município de Nova Iguaçu as condições pra você tratar, acompanhar esse tipo de paciente, elas não são as ideias, não seria o que é preconizado pelo Ministério da Saúde ou pela Política Nacional de Atenção Básica como ideal pra fazer isso, aqui no Rio é mais fácil vocês tem centro terapêutico, lá você não costuma vê isso, você tem lá os centros de internação quando estão muito surtados, mas tirando isso o tratamento é feito nas unidades básica ou mistas que tenha como referencia a saúde mental” (ACSI)

Um outro ponto apresentado pelo ACS 1 é a falta do NASF, pois o mesmo serve como um mecanismo de apoio para estes profissionais, e essa ausência causa uma carência na assistência aos pacientes.

“Onde fica minha unidade não tem núcleo do NASF, então o que acontece esse apoio ele falta é deficiente, o que nos fazemos é tentar ganhar a confiança de alguma forma da pessoa pra ai você poder marcar um psicólogo ou psiquiatra, pra que a família o leve ate a unidade, a unidade só se faz presente na casa do assistido através do agente de saúde, mas a parte técnica medica mesmo não vai.”(ACSI)

Para além da equipe médica, o curso profissionalizante é mencionado como um suporte para estes profissionais. Isto porque, com este curso os ACS passam a ter uma perspectiva diferente sobre cuidado, tendo uma formação que lhe dê confiança e segurança para garantir uma assistência adequada ao paciente. Ao ser perguntado sobre de onde vem o apoio oferecido, temos a seguinte resposta:

“Do NASF, do medico, da enfermeira, do colega da gente também. E eu faço curso aqui muito sobre saúde mental, então eu já tenho um olhar mais diferente, então eu vou com as meninas e o apoio fica lá se a gente precisar eles tem: Um fisioterapeuta ajuda que ele também tem de outras coisas, o preparador físico também. A gente sempre vai, eles sempre vão com a gente e a enfermeira.” (ACS2)

“É o NASF que tem um núcleo de apoio a saúde da família, que a gente procura a fulana que é psicóloga, a ciclana que é a terapia comunitária que ele é o psicólogo aqui do centro de saúde e se precisar o psiquiatra que é o beltrano. São as três pessoas que a gente pode procurar, além da nossa equipe original pra poder ta ajudando, a distinguir a fazer esse diagnóstico.” (ACS3)

“É imprescindível à inclusão de intervenções terapêuticas de suporte na carteira de alternativas de cuidado em saúde mental a serem implantadas no PSF com apoio do psiquiatra e de outros profissionais em saúde mental do NASF. ” (FORTES et all, 2014).

A determinação dos fatores sociais na realização do trabalho, foi mencionado pelo ACS 3. A localidade de sua unidade implica nas suas condições de trabalho, sendo até uma consequência para o desenvolvimento de transtornos, como o transtorno do pânico. Ele diz que a insegurança, lhe impede em certos momentos de realizar a assistência ao paciente. Ele ressalta ainda, a necessidade de um seguro de vida.

“A gente aqui trabalha de segunda a segunda, né. Você trabalha no sol ou na chuva, no tiroteio sem tiroteio, eu acho que é muito perigoso para a gente trabalhar a toda hora, todo momento, na comunidade. Eu acho que a minha vida é igual à dele (paciente) tem o mesmo valor, e aí eu começo a entrar em conflito, porque se não tem condições de eu ir eu, não vou. E se não tem condições do paciente vir a unidade eu aviso que não tem condições e acho que essa consulta tem que ser remarcado, porque não foi um problema do paciente, foi um problema do território. E a pior coisa que eu acho pra gente em questão do trabalho é que a gente não tem seguro de vida. Eu acho que seria uma profissão que tem que ter um seguro de vida, por que se um pai de família, uma mãe de família perde a vida ali acabou, se você não tem seguro de vida você não tem nada para deixar para essa família, para o seu filho, porque a profissão por você ser morador, tá acostumado com o conflito com a violência acha normal,mas é uma vida que se perde.” (ACS3)

Diante a interferência de problemas sociais (como a miséria, o desemprego, a falta de higiene, a fome) os profissionais da área da saúde se sentem impotentes, limitados a oferecerem ajuda, pois não há uma solução imediata para resolução desses problemas, porém uma necessidade de atenção. Dessa forma, o acolhimento se torna uma forma de cuidado, ouvir e acolher a comunidade se torna um passo para atrair um foco para este assunto, gerando uma discussão sobre o mesmo. (2007 apud GOMES et all, 2009)

É importante que a equipe responsável pelo paciente seja capaz de compreender a situação deste paciente e inicie o acompanhamento, pois a banalização de sintomas que podem ser tonar ou ser possíveis crises, transtornos atrapalha na efetivação do cuidado e na própria aceitação do paciente ao tratamento. Esse é um ponto criticado pela ACS 3, em relação a eficiência do cuidado oferecido.

“[...] tá até pra uma questão, assim de eu ficar cobrando um posicionamento, porque no início achavam que isso aí era fita dela(paciente), que era uma manha, que ela tava fazendo alguma coisa para chamar atenção, porque ela perdeu a mãe dela de uma maneira muito, ela mora na comunidade, muito bruta. Quando eu comecei falar, relatar ela, eles tinham uma resistência até de fazer essa busca de psicólogo, psiquiatra, até médico por acharem que ela não tinha nada, mas depois que eu fiquei insistindo, insistindo, insistindo e trouxe a documentação de outros hospitais, aí eles começaram a fazer o acompanhamento direitinho[...] Eles estavam mais devagar, mas agora que eu cobre um posicionamento as coisas tomaram uma dimensão maior, porque ela desmaiou duas vezes aqui no centro de saúde, aí eles estão fazendo um acompanhamento mais concreto, mais correto, no meu entender é uma coisa mais assistida, porque tem assistência, mas depende muito do profissional que tá atendendo naquele momento. Tem profissional aqui dentro que dão assistência como tem que ser. Deve ser correta, nos padrões direitinhos, faz tudo certinho, tem uma visão humana para ver o que tá acontecendo e tem outros profissionais que já não tem essa visão mais humana das coisas, que acham a deixa para lá, quer marca consulta quando tiver consulta para marcar, então assim eu por ser uma pessoa que cobro um posicionamento da equipe que eu trabalho, eu consigo ter esse retorno de ser agendado direitinho, de acompanhar meus pacientes, mas nem todo mundo tem esse papel que eu faço, então nem todo mundo tem esse acompanhamento.” (ACS 3)

5) Família

Em todas as entrevistas os ACS relatam sobre a importância da participação da família no processo de cuidado e tratamento. Eles ressaltam como o apoio da família é necessário durante a assistência. Sendo o papel da família essencial durante o acompanhamento do paciente.

“[...] Não basta o poder público ir lá atuar, ainda que se tenha o NASF que vá, não basta isso, a família é essencial pra tirá-lo dessa depressão, porque da depressão isso pode desencadear ele a situações e ele pode ir parar no mundo das drogas, alcoolismos, ele pode vir a se suicidar e a família exerce um papel essencial.” (ACS2)

Uma família presente e dedicada, que acompanha o caso, que leva na clínica, contribui de forma significativa para uma melhoria no quadro do paciente, se tornando essências no processo de tratamento.

“[...]Então pra tratar desse paciente a família é essencial, porque a família tem que ter força de vontade , o pai e mãe ou esposa,quem seja, de estar acompanhado, de ir mais cedo pra conseguir um número, de ficar naquela fila,porque eles não fazem uma triagem do grau de doença mental, então tem unidade

de referencia de doença mental e vai ter n tipos de doentes ali,então não é feito uma triagem, é uma coisa complicada, as vezes a pessoa ta surtada, mas não ta tão avançado o surto dele não é um surto tão avançado, e ele vai ta com alguém que ta surtado demais, que fala só, que quer bater, entendeu? Tem essa situação.” (ACSI)

É necessário que a família reconheça a situação do paciente e esteja disposta a ajudar, pois a negação atrapalha o paciente que pode criar uma resistência ao tratamento, como aos profissionais que irão encontrar uma dificuldade em realizar esse cuidado. Sendo assim, é importante que a família esteja a par da situação, conheça o quadro do paciente para que seja uma ajuda eficiente para a equipe, não um atraso.

“[...] Sabe qual é o problema do transtorno do pânico, a grande dificuldade? É a família, porque a família não entende como transtorno do pânico, ela entende como frescura. “Ah ela não quer mais trabalhar não, ela que ficar atoa dentro de casa.”, “Ah, isso é frescura. Isso é porque o marido foi embora, porque se separou.”, então fica.. entendeu? Então a grande dificuldade é a família aceitar que aquilo ali é um transtorno, entendeu?” (ACS2)

“Diante do transtorno mental, assim como de outras patologias, é essencial a orientação para o paciente e toda família, pois o conhecimento é outro fator facilitador da compreensão e aceitação da patologia e também da adesão ao tratamento”. (ESTEVAM et all, 2011)

Em alguns casos é necessário voltar o tratamento para a família, pois sem a ajuda da família o acompanhamento do paciente não flui. Então, a família deve receber atenção sendo orientada em sua relação com o paciente durante o processo de tratamento, recebendo apoio e orientação.

“É necessário que o cuidador seja foco de atenção dos profissionais do serviço de saúde tanto quanto o portador de transtorno, e que se estabeleça um serviço capaz de satisfazer às reais necessidades da família, como unidade de cuidado”. (ESTEVAM et all, 2011)

“[...] a gente(ACS) fica ali batendo martelo, e quando a gente vê que já ta indo demais, indo demais e não ta conseguindo, ai a gente puxa a família. “Oh, vamos deixar de tratar ela agora e tratar a família, porque se não não vai ter jeito” (ACS2)

“A família é vista não só como grande aliada, mas também como necessitada de cuidado por parte dos profissionais de saúde.”
(ESTEVAM et all, 2011)

6) Você tem algo a mais a dizer?

Ao final de cada entrevista foi perguntado a cada ACS se eles gostariam de acrescentar algo que não tivesse sido perguntado, essa seria uma “zona livre” de expressão, sem um direcionamento a partir de uma questão pré-concebida. E justamente nesse momento que surgiram temas que não se encaixam em nenhuma das categorias previstas, mas que são de extrema relevância para compreensão do objeto de pesquisa.

O ACS 3 relata a vivência com a violência no âmbito do trabalho. Afirmando que esta violência é um dos fatores sociais que contribui para o desenvolvimento de uma psicopatologia, como o transtorno do pânico, trazendo prejuízos na vida social da pessoa. Isto se relaciona ao conceito de Bauman, sobre o processo da produção social do medo que foi discutida durante o 1º capítulo deste estudo.

“[...] tem ACS da minha equipe que o filho dela não pode ver polícia, não pode ver caverão, porque ele já entrou em pânico por causa dos tiros, porque ele sabe que vai ter tiro. Então, muita gente que trabalha, que mora, quando ver alguma movimentação diferente já começa a entrar em pânico, que vai ter um confronto, vai ter um tiroteio, que vai ter confusão, que vai ter operação. Então eu acho que contribui, essa violência contribui muito. A pessoa não consegue dormir, porque você não sabe que horas que vai ter tiro, se sua casa fica de frente para onde você sabe que vai passar as balas, você tem que dormir fora, em outro lugar, no chão da cozinha ou no chão do banheiro e você não dorme, porque você ouve tira a noite toda fica com medo da polícia entrar na sua casa, porque a polícia não tem lei na comunidade, a polícia entra hora que quer, então aí você acaba não tendo uma qualidade de sono, de vida, você não vive.”(ACS3)

Os ACS estão expostos a situações de intensa tensão, pelo fato de que na maioria das vezes eles moram no território onde trabalham, vivenciando a realidade da comunidade. O fato de estes profissionais terem um vínculo maior com a comunidade os torna mais vulneráveis do que o restante da equipe. Existe uma linha de contradição muito grande, pois os mesmo profissionais que estão ali para poder promover saúde e prevenir doença a população da comunidade, são os que adoecem pelo estresse daquela realidade, às vezes pela incapacidade de ajudar e esse estresse causa uma ineficiência no resultado do trabalho, gerando o ambiente de trabalho um lugar desconfortável. (GOMES et all, 2009)

“essa ineficiência do sistema e essa ausência desse tipo de trabalho que me fez a dois anos atrás fazer uma pós-graduação em saúde e segurança do Trabalhador, para poder ver quais os mecanismos que eu poderia tá desenvolvendo dentro da onde eu trabalho e ajudar a mim e as outras pessoas que trabalham comigo e aí eu comecei a tentar mobilizar as pessoas que exercem algum tipo de trabalho voltado para qualidade de vida no trabalho e principalmente do ACS, porque o médico e enfermeiro por ele terem uma orientação, assim mais técnica eles conseguem se automedicar e se autoprescrever, uma classe ajuda e o outro, e o ACS e o técnico eles ficam ali jogados, eles ficam mais vulneráveis e são as pessoas que estão mais ligadas diretamente a comunidade, então o que acontece: você conhece hoje um pacientes sadios, bem, normal, e de repente aquele paciente que tava bom, que você conhece, que você pegou um afeto, um carinho, um vínculo, adocece e a gente não tá preparado para esse adoecimento para essa perda, pras mortes, então em um processo da minha vida eu tinha 15 pacientes acamados e conforme eles foram adoecendo mais eu fui adoecendo junto e eu não tive esse olhar cuidadoso, não tive esse cuidado mental, não tive esse cuidado com o meu emocional, então eu engordei 54kg aqui, porque eu fui me angustiando e fui descarregando em comida, doces e besteiras, então, isso me deu um problema de saúde e hoje eu tenho vários problemas por conta do excesso de peso que eu tive[...]agora a gente tem uma terapia que a gente faz, não é terapia não, é um trabalho chamado auricoloterapia que faz um furo no ouvido da gente[..]os agentes comunitários de saúde ficam angustiados, porque não tem voz e querem fazer mudar, então que acontece. Agora essa mesmo pessoa que faz a auricoloterapia ,nessas auricoloterapia a gente começamos a falar tudo isso, o desgaste e tudo mais e ai ela começou a fazer um outro tipo de trabalho, que é a reflexão humana, que ela fez nas mãos, e amanhã ela vai fazer nos pés de cada um” (ACS3)

Dessa forma, não é o cargo de ACS que gera estresse e sofrimento, mas sim as condições e relações no local do trabalho. É importante que se crie um vínculo entre as equipes e um espaço democrático para que todos que ali trabalham e utilizam do serviço possam ser ouvidos e acolhidos, expressando seus pensamentos e opiniões, e essa troca entre comunidade, os profissionais e gestores de saúde contribuem para criação de estratégias de melhoria de condições de trabalho e qualidade do cuidado em saúde da população. (2007 apud URSINE et all, 2010)

Considerações Finais

Ao término desta pesquisa podemos considerar que os diagnósticos de casos de transtorno do pânico são comuns na sociedade por conta da influência de fatores sociais que também contribuem para o seu desenvolvimento. A fragilidade dos vínculos, a incerteza e insegurança do mundo contemporâneo são propícias para a eclosão deste tipo de transtorno.

Apesar da precarização dos vínculos de trabalho e das condições nem sempre favoráveis no cotidiano das redes de atenção, o modelo de saúde conta com dispositivos que podem ofertar um cuidado integral a esses casos, como o NASF dando apoio aos ACSs e equipe básica, as rodas de terapia comunitária, as interconsultas, entre outras estratégias de cuidado.

Nem sempre os fatores sociais, como a violência, são percebidos e identificados como causadores dos sintomas. Muitas vezes as pessoas ao redor daquele que sofre não atribuem a um contexto vivido pela pessoa o surgimento dos sintomas, mas acreditam que se trata de “fita, manha, frescura”.

Por outro lado, percebemos que o ACS tem um papel estratégico e em localizar casos que precisem de um cuidado e encaminha- los para rede se saúde para que tenham acesso aos serviços de saúde, embora este profissional necessite de apoio para desenvolver suas ações durante o acompanhamento, e ele que fortalece as relações possibilitando a entrada desses casos na unidades.

Referências Bibliográficas:

AMARANTE, Paulo. Das Psiquiatrias Reformadas Às Rupturas Com A Psiquiatria. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio De Janeiro: ED.Fiocruz, 2007.

ATHIÉ, Karen *et all*. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1079-1102, 2014.

BASILIO, Márcio Pereira. **Tempos Líquidos**. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 23, p. 438-449, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222010000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222010000100016>.

BAUMAN, Zygnunt. **Confiança e medo na cidade**. Rio de Janeiro. Zahar, 2005.

BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. **Transtorno do pânico: diagnóstico e tratamento**. **Rev. Bras. Psiquiatria.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 86, Mar. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000100023>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf> > Acesso em: 26/10/ 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1383057504_NASF_set2013.pdf > Acesso em: 26/10/ 2016

CARVALHO, Marcele Regine de; NARDI, Antonio Egidio; RANGE, Bernard. **Comparação entre os enfoques cognitivo, comportamental e cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de pânico**. **Revista de Psiquiatria**

Clínica. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 66-73, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832008000200004>.

CARVALHO, Maria Cecília. Saúde Mental na Atenção Básica. In: JORGE, Marco Aurélio; CARVALHO, Maria Cecília; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. **Políticas e cuidados em saúde mental:** contribuição para prática profissional. Rio de Janeiro. ED. Fiocruz,2014.

ESTEVAM, Michelle Caroline et al . **Convivendo com transtorno mental:** perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 679-686, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300019>.

GOMES, Karine de Oliveira et al . **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família:** reflexões estratégicas. *Saude soc.*, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 744-755, Dec. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>.

JORGE, Marco Aurélio; CARVALHO, Maria Cecília; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. **Políticas e cuidados em saúde mental:** contribuição para prática profissional. Rio de Janeiro: ED. Fiocruz,2014.

JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, fev. 2009. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100023>.

KNAPP, Paulo. Transtorno de pânico. In: MANFRO, Gisele Gus & HELDT, Elizeth & SHINOHARA, Helene. **Terapia cognitiva na prática psiquiátrica**. Artmed Editora, 2009.

MACHADO, Felipe Rangel & FONSECA, Angélica Ferreira & BORGES, Camila Furlanetti. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: JORGE, Marco Aurélio; CARVALHO, Maria Cecília; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. **Políticas e cuidados em saúde mental: contribuição para prática profissional**. Rio de Janeiro: ED. Fiocruz, 2014.

MARI, Jair de Jesus & BARROS, Régis Eric Maia & TUNG, Teng Chei. Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental brasileira. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol. 32 (Supl II) out 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do pânico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. (2009).

SCHECHTMAN, Alfredo & ALVES, Domingos Sávio. A Organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, Marco Aurélio; CARVALHO, Maria Cecília; SILVA, Paulo Roberto Fagundes. **Políticas e cuidados em saúde mental: contribuição para prática profissional**. Rio de Janeiro: ED. Fiocruz, 2014.

MENEZES, Lucianne Sant'Anna de. Pânico e desamparo na atualidade. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 193-202, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982005000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Apr. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982005000200003>.

SILVA, Ana Lúcia da Costa. **Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da 1101 depressão: uma estratégia em saúde mental no PSF de Petrópolis**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2010.

TRAVASO, R. **Apostilo do curso de práticas grupais em saúde**, 2016.

URSINE, Bárbara Lyrio; TRELHA, Celita Salmaso; NUNES, Elisabete de Fátima Polo Almeida. **O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família:** uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 35, n. 122, p. 327-339, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200015&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>.

VALENÇA, Alexandre Martins. Transtorno do pânico: Aspectos psicopatológicos e fenomenológicos. **Revista Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, Ano 3, nº.4, p.6-10, jul/ago. 2013.

Roteiro de entrevista com os Agentes Comunitários de Saúde

- 1- O que você entende por transtorno do pânico?
- 2- Como as pessoas com TP acessam o serviço de saúde?
- 3- Como é feito o diagnóstico e identificação dos casos de T.P ?
- 4- Como lidam com elas?
- 5- Como são as suas condições de trabalho?
- 6- Qual apoio é oferecido para que possam atender esses casos de T.P?
- 7-Como é a construção do vínculo nesses casos?
- 8- Quais são as estratégias terapêuticas adotadas?
- 9- Quais são mudanças observadas no usuário após o início do acompanhamento?
- 10-Existe mais alguma coisa que você considere importante sobre o cuidado oferecido a essas pessoas?