



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA-UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO

AMÉLIA PINTO DAMASCENO

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Salvador
2009

AMÉLIA PINTO DAMASCENO

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATEGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem, apresentando ao Departamento de Ciências da Vida/ Colegiado de Enfermagem, da Universidade do Estado da Bahia, como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Liliane da Hora Montenegro

Salvador
2009

FICHA CATALOGRÁFICA – Biblioteca Central da UNEB
Bibliotecária : Jacira Almeida Mendes – CRB : 5/592

Damasceno, Amélia Pinto

Ações em saúde mental na Estratégia saúde da família : percepções dos profissionais de saúde / Amélia Pinto Damasceno . – Salvador, 2009.
31f.

Orientadora: Liliane da Hora Montenegro.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade do Estado da Bahia.
Departamento de Ciências da Vida. Colegiado de Enfermagem. Campus I. 2009.

Contém referências e apêndices.

1.Programa de Saúde da Família(Brasil). 2. Saúde mental - Brasil. 3. Política de saúde mental - Brasil. . Família - Saúde e higiene. I. Montenegro, Liliane da Hora. II. Universidade do Estado da Bahia, Departamento Ciências da Vida .

CDD: 362.2

AGRADECIMENTOS

Aos que participaram de minha vida, de forma direta, quero agradecer muito a minha mãe, Belarmina, e meu pai, Orlando, que nas horas difíceis, manteve firmemente a vontade de escolarizar os filhos, ao meu irmão, Juninho, cabe o agradecimento de apoio e carinho que sempre manteve comigo.

Ao meu namorado, Elmo, presente na longa caminhada desta graduação, suportando minha ansiedade e tensões exageradas. Meu obrigada e meu amor.

Aos professores que passaram por minha vida, que foram muitos, quero agradecer especialmente a primeira, Prof^a. Vera, ou Tia Vera, com a qual descobri o prazer de transformar as letras em sons. obrigada!

Na UNEB quero agradecer aos professores que despertaram o meu desejo de seguir pela Saúde Coletiva, em especial a Prof^a. Rhanes da Hora, Prof^a. Ana Paula Chancharulo e Prof^a. Cristina Campos. Aos que aumentaram o meu amor pela enfermagem e pelo cuidar humanizado: Prof^a. Tânia Bispo, Telma Oliveira, Ângela Lofiego, Liliane Albuquerque, Mary Gomes, Maristela Aragão, Tânia Barbosa. Meu agradecimento e respeito por todos esses anos de formação.

Também a minha orientadora Prof^a. Liliane da Hora que foi a principal colaboradora para a minha atual compreensão do campo da Saúde Mental.

À Lísias, amiga querida e decidida, por me mostrar que na vida podemos o quanto queremos.

Na sala, e na vida, as amigas Marla, Analu, Patrícia e Virginia, no convívio de cada dia, nas alegrias, ansiedades, “baixarias”, rodas de fofocas de cada dia. Amo vocês amigas!

E finalmente, agradeço a todos que me ajudaram direto ou indiretamente para o desenvolvimento desta monografia. Um MUITO OBRIGADA a todos vocês!

“A doença mental é um outro jeito de ser, não é o jeito normal com defeito”.
Isaías Pessoti

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REFERENCIAL TEORICO.....	10
2.1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE SAÚDE MENTAL.....	10
2.2 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: VÍNCULOS NECESSÁRIOS..	12
3 METODOLOGIA	21
3.1 TIPO DE PESQUISA	21
3.2 LOCAL DE PESQUISA	21
3.3 SUJEITOS DE PESQUISA	23
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
3.5 COLETA DE DADOS	24
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	24
4 RESULTADO E DISCUSSÕES	26
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERENCIAS	44
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APENDICE B – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	
ANEXO 1 - LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, sobre a percepção dos profissionais de saúde de um Programa de Saúde da Família em estar realizando ações em Saúde Mental, realizado em uma Unidade de Saúde da Família no município de Salvador-Ba. O objetivo geral é analisar a percepção dos profissionais do PSF no desenvolvimento de ações voltadas para Saúde Mental e em consequência tem-se os objetivos específicos: Verificar a existência de capacitação dos profissionais da ESF em Saúde Mental; Identificar ações existentes no PSF voltadas para a Saúde Mental; Conhecer a opinião dos profissionais acerca do PSF no desenvolvimento de ações voltadas para Saúde Mental da população; Identificar facilidades e/ou dificuldades da equipe do PSF ao desenvolver ações voltadas para a Saúde Mental. Os sujeitos da pesquisa foram 07 profissionais de saúde, dentre eles: médicas, enfermeiras, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados a partir de entrevista semi-estruturada com o auxílio de um gravador. O resultado apontou a falta de capacitação como um dos fatores chaves para o entrave para a incorporação da Saúde Mental na rede básica, foi constatado, também, que na Unidade estudada a assistência em saúde mental ainda está em processo de implementação e os profissionais referiram realizar ações, porém essas ações são centradas no atendimento individualizado, em medicalização e no especialista, percebemos que a grande maioria dos entrevistados concordam que a ESF deve trabalhar a saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Programa de Saúde da Família; Profissionais de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica realizada em vários países do mundo se sedimenta sobre os pressupostos da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a atenção básica, ou primária. Esta Reforma “parte da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesse nível de assistência, sem ter necessidade de ser referido a níveis especializados do sistema de saúde” (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007, p. 2375). Enfatiza ainda a importância do desenvolvimento de ações preventivas e promocionais da saúde mental que teriam, na atenção básica, o *locus* preferencial de desenvolvimento.

No Brasil o processo de desinstitucionalização teve início nos anos 80 com o desenvolvimento de uma política em favor da saúde mental, tendo como referência a desinstitucionalização italiana. A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do usuário, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social (MORENO, 1995 *apud* SCÓZ; FENILI, 2003).

A Política Nacional de Saúde Mental é amparada pela Lei Federal nº 10.216, lei esta que é substitutiva do Projeto de Lei original do Deputado Paulo Delgado, enviado 12 anos atrás, e que traz modificações importantes do texto original. A Lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, sua promulgação impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005). Deste modo, nos últimos anos, observa-se a multiplicação de iniciativas de implantação de serviços substitutivos que buscam construir uma rede assistencial na própria comunidade para,

conseqüentemente, haver uma natural redução de leitos para internação integral (CORBISIER, 2000).

No movimento da reforma psiquiátrica, o tratamento aos portadores de transtorno mental organiza-se em rede de assistência nos três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Alguns novos equipamentos são substitutivos do atendimento hospitalar como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas e o Hospital-dia, além de se prever ambulatórios especializados e inclusão da saúde mental no nível primário de atenção. Os CAPS são serviços comunitários de atenção diária, que oferecem assistência aos portadores de transtornos mentais e/ou dependentes químicos, e funcionam segundo a lógica do território (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

O termo 'doença mental' ou transtorno mental engloba um amplo espectro de condições que afetam a mente. Doença mental provoca sintomas tais como: desequilíbrio emocional, distúrbio de conduta e enfraquecimento da memória. Algumas vezes, doenças em outras partes do corpo afetam a mente. Outras vezes, desconfortos escondidos no fundo da mente, podem desencadear outras doenças do corpo ou produzir sintomas somáticos (BRASIL, 2002a)

Atualmente, considera-se que existe uma relação estreita entre transtorno mental e a exploração da força de trabalho, as condições insalubres dos ambientes, o viver na linha da miséria, o alto índice de desemprego, as relações desestruturadas das famílias, o estresse, a violência e a sexualidade mal resolvida como causas.

O transtorno mental traz às famílias intenso sofrimento, exigindo-lhes uma re-elaboração de sua dinâmica e estrutura. Tal quadro é agravado pela existência de crenças inadequadas acerca dos transtornos mentais, repercutindo no relacionamento familiar e também influenciando o próprio processo de assistência prestada (PEREIRA, 2003).

O conceito do termo Saúde Mental é amplo, pois apesar desse conceito está contido no tratamento do paciente com transtorno mental e sua reabilitação, também, se insere na prevenção e promoção da saúde, e prevenir e promover não se limita somente aos pacientes com transtorno mental, mas a população em geral (BRASIL, 2002).

O foco da Saúde Mental será a promoção de saúde, o reconhecimento precoce de problemas biopsicossociais que determinam alterações mentais e

comportamentais na população e o seu tratamento, compreendido como um plano terapêutico socialmente referenciado e construído visando a reabilitação e a reintegração social das pessoas em sofrimento mental. A perspectiva, portanto, é de saúde mental. Então, o campo da saúde mental está inserido no universo da saúde pública e para desenvolvê-lo é necessário incluí-lo no Sistema Único de Saúde (SUS) em seus diversos níveis, destacando-se, no nível primário, um dos seus espaços privilegiados de atuação: a ESF (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, com a atuação de equipes multiprofissionais na promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e na manutenção da saúde da comunidade adscrita, reafirmando e incorporando os princípios básicos dos SUS como a universalidade, descentralização, integralidade, equidade e participação da comunidade. A ESF é um projeto dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), condicionada pela evolução histórica e pela organização do SUS (BRASIL, 2008).

A reorganização das práticas de saúde pautadas pela ESF refere-se ao desenvolvimento de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como espaços, o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e ainda o acompanhamento dos serviços de referência, se necessário.

O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment* (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007p. 2377).

A reforma psiquiátrica, portanto, aponta para a integração das ações de saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS. Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família, que procura operacionalizar os princípios do SUS (destacando aqui a integralidade da assistência), oportuniza a efetivação dos princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica.

Assim a partir das considerações aqui levantadas, verificou-se o seguinte problema: A Saúde Mental tem sido objeto de ações específicas, dentro da ESF? E

para melhor compreender este problema, estabeleceu-se as seguintes questões norteadoras: Os profissionais da ESF possuem alguma formação/treinamento em saúde mental? Existem atividades desenvolvidas pela USF voltadas para a saúde mental? Qual a opinião dos profissionais da ESF em desenvolver ações voltadas para a Saúde Mental?

O interesse pelo tema surgiu a partir de estudos curriculares, na disciplina Enfermagem em Saúde Mental, sobre a Política Nacional de Saúde Mental, que objetiva reduzir progressivamente os leitos hospitalares psiquiátricos, através do fortalecimento dos serviços substitutivos na rede extra-hospitalar.

Outro fator relevante é em estudar a opinião dos profissionais sobre a possibilidade da ESF ser um elemento dinamizador na inserção e desenvolvimento de ações voltadas para a Saúde Mental, identificando sua conduta frente à Reforma Psiquiátrica, visto que existem estudos do Ministério da Saúde, Oficina de Inclusão de Ações de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família, para incorporar ações de saúde mental na atenção básica onde, segundo o relatório oficial da Oficina, o PSF contribuirá para alavancar este novo modelo, oferecendo melhor cobertura assistencial dos agravos mentais e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (BRASIL, 2002).

Essa pesquisa servirá para alertar as Universidades para que preparem seus estudantes para trabalhar a Saúde Mental dentro da ESF, pois a falta de preparo dos profissionais nesta temática poderá inviabilizar as ações.

A importância desta pesquisa é justificada pela grande relevância que representa o tema Saúde Mental, bem como a limitação de pesquisas relacionando essa temática com o Programa de Saúde da Família. A ESF pode tornar-se um efetivo instrumento na assistência ao portador de doença mental, bem como à sua família, pois é o serviço mais próximo da comunidade, dentro da rede extra-hospitalar. O trabalho traz contribuições à sociedade, estudantes e aos profissionais de saúde, por constituir-se em mais um meio de discussão dessa temática.

Assim, o objetivo geral é analisar a percepção dos profissionais da ESF no desenvolvimento de ações voltadas para Saúde Mental. E com o propósito de alcançá-lo, traçamos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Verificar a existência de capacitação dos profissionais da ESF em Saúde Mental.
- ✓ Identificar ações existentes na USF voltadas para a Saúde Mental.

- ✓ Conhecer a opinião dos profissionais acerca do desenvolvimento de ações voltadas para Saúde Mental da população;
- ✓ Identificar facilidades e/ou dificuldades da equipe da ESF ao desenvolver ações voltadas para a Saúde Mental.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Breves considerações sobre Saúde Mental

O doente mental é historicamente visto como um ser anormal, desde civilizações antigas era abandonado para morrer de fome ou por ataques de animais. Atualmente sabe-se que a causa da doença mental não é meramente biológica ou hereditária, mas, também, por causas psicossociais. Hoje, entende-se a necessidade de uma assistência adequada, com a finalidade de ressocialização do doente e de apoio adequado para este e para a família. Esta ressocialização é muito difícil, pois a doença mental ainda é estigmatizada e seu portador ainda é visto como anormal e causador de desordens sociais. A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade (SPADINI; SOUZA, 2006).

Segundo Spadini e Souza (2006), o doente mental era isolado do convívio familiar pois acreditava-se que a família e a sociedade eram estímulos negativos ao seu estado de saúde, Porém, hoje o entendimento é oposto, pois é notório que a família é peça chave para uma boa recuperação do portador de doença mental e este necessita de um tratamento onde o binômio família-sociedade é fundamental para estimular positivamente seu tratamento.

Para obter sucesso no tratamento, visto como fundamental e essencial ao paciente, é necessário que este reconheça, aceite e compreenda a doença. É necessário também trabalhar a comunidade contra preconceitos e estigmas ainda muito fortes no meio social.

Na década de 70, diante de inúmeras denúncias de violência e maus tratos aos portadores de transtornos mentais inicia-se o Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento reivindica melhores condições de higiene, mudanças de hábitos, além de melhorias nas condições de trabalho. O foco, antes da doença mental, passa a ser o de Saúde Mental tentando derrubar o estereótipo estigmatizador traçado pela institucionalização. E é através da desinstitucionalização que uma nova estratégia é traçada reduzindo o número de pacientes internados e criando serviços básicos para assistir esses pacientes (SPADINI; SOUZA, 2006).

Com a implantação da Reforma Psiquiátrica no país e, com ela, a reinserção do paciente psiquiátrico na família e na comunidade, o núcleo familiar vem, pouco a pouco, sendo considerado como unidade básica no processo de assistência. A família é responsável, na maioria das vezes, pelo apoio físico, emocional, social e psicológico ao seu familiar doente. Para cumprir seu papel de provedora, necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais que a orientem, tendo em vista os encargos advindos da convivência com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (PEREIRA, 2003).

É importante preparar a comunidade para aprender a cuidar do doente mental quando ele voltar para casa, possibilitando a manutenção do vínculo com a sociedade. Essa preparação serve de suporte, para as altas-licenças, já que serve de ensaio de como as relações serão estabelecidas e mantidas após alta; a comunidade poderá cuidar do portador de transtorno mental, criando condições para a sua assistência em seu meio social, buscando ajuda no hospital, dividindo responsabilidades e acolhendo a família que convive com o portador de doença mental (SANFORD; FARIAS, 2002)

Não basta diminuir leitos em manicômios é fundamental preparar a sociedade e a família para acolher ao ex-interno, cabe aos profissionais de saúde o esclarecimento da sociedade em relação ao portador de transtorno mental para diminuir preconceitos e estigmas, pois essa herança histórica do “louco” e da “loucura” acaba por dificultando sua ressocialização e frustrando todo um movimento.

O processo da desospitalização precisa ser amparado a um projeto eficiente de assistência alternativa com recursos técnicos/científicos suficientes, pois se somente a desospitalização acontecer o paciente psiquiátrico ficará sem assistência e essa ação será caracterizada como abandono (BANDEIRA; FREITAS; FILHO, 2007).

Cerca de 3% da população sofrem de transtornos mentais severos e necessitam de cuidados contínuos, 10 a 12% sofrem de outros transtornos mentais e precisam de cuidados em saúde mental, transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas atingem 12% da população (BRASIL, 2001). Sem a potencialização da rede básica ou atenção primária de saúde, para a abordagem das situações de saúde mental, não é possível desenhar respostas efetivas para o desafio da acessibilidade, porém é necessário uma articulação

efetiva e inventiva entre a rede de cuidados e outras políticas setoriais, como justiça, segurança pública, trabalho, educação, ação social. Sem esta articulação e cooperação intersetorial, um acesso efetivo à prevenção e ao tratamento não está assegurado (BRASIL, 2005).

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho (BRASIL, 2005).

2.2 Saúde Mental e Atenção Básica: vínculos necessários

Vive-se atualmente um período satisfatório para a transformação na Saúde Mental. É inegável que a vida humana, orientada para a saúde, seja utilizada numa articulação complexa de ações e a atenção no campo da Saúde Mental deverá entrar nessa articulação não sendo mais compreendida como restrita a uma especialidade ou instituição, mas se integra a uma rede complexa e dinâmica de ações da área da saúde e de outras áreas afins, inclusive as de características organizativa em torno de direitos e cidadania (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

A reforma psiquiátrica aponta para a integração das ações de saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS. Neste sentido, a estratégia de Saúde da Família, que procura operacionalizar os princípios do SUS (destacando aqui a integralidade da assistência), oportuniza a efetivação dos princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica OLIVEIRA, A; ATAÍDE; SILVA, 2004).

E nessa perspectiva que a Organização Mundial de Saúde recomendou, em 2001, determinadas ações, Oliveira; Vieira; Andrade (2006) enfatizou algumas como: O tratamento ser inserido na atenção primária; o acesso a medicamentos essenciais deve ser garantido; evitar as hospitalizações em hospitais psiquiátricos; inserir o paciente na comunidade com a educação em saúde para todos; formar e capacitar recursos humanos; criar uma rede de atenção com ações intersetoriais; monitorizar a saúde mental na comunidade (informação/ indicadores de saúde mental); apoiar a pesquisa na área de saúde mental.

Oliveira, Vieira e Andrade (2006, p. 20) deixam claro a afinidade entre a Estratégia Saúde da Família e Reforma Psiquiátrica ao afirmar que:

se complementam e caminham num mesmo sentido conceitual e operacional: autonomia e participação. Ambos definem o processo de saúde-doença de forma integral e apresentam novas formas de cuidado, que visam a melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir de um processo participativo.

A ESF vem se inserindo como uma ferramenta no trabalho da Reforma Psiquiátrica, pois possibilita maior aproximação entre usuário, família, profissionais e toda a comunidade. No entanto, estando a ESF ainda em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que muitas vezes dificulta a efetivação da assistência que tem o domicílio como espaço terapêutico.

O Manual de Enfermagem do PSF do Ministério da Saúde (2002) chama a atenção, não só do enfermeiro, mas de toda a equipe de saúde, para que percebam a importância da multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletiva, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar. Desta forma, o Manual chama atenção para a necessidade de uma visão mais ampla dos indivíduos assistidos pelas equipes da ESF, para que se promova uma atenção mais completa a estes. Considerando-se que cada equipe atende, em média, 1.200 famílias, e pensando-se em Saúde Mental de uma forma ampla, é muito pouco provável que, neste universo, não existam pessoas que necessitem de suporte em Saúde Mental.

Conviver e cuidar de pessoas com distúrbios mentais não é tarefa fácil, principalmente com famílias que são esclarecidas sobre a doença que seu ente desenvolveu e possivelmente terá por toda a vida. A falta de preparo para conviver com um familiar portador de transtorno mental, em muitos casos, dificulta o sucesso do tratamento e, muitas vezes, coloca em risco a própria saúde do cuidador visto que este é exposto a situação de estresse, devido a sobrecarga que lhe é atribuída, levando-o a esgotamento mental, níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão. Diante deste complexo cotidiano, as ações dirigidas à família de portadores de transtorno mental devem estruturar-se de modo a favorecer e

fortalecer a relação familiar/profissional/serviço, entendendo que o familiar é fundamental no tratamento dispensado ao doente mental (SPADINI; SOUZA, 2006).

É comprovado que a participação da família no tratamento ao doente mental e que essa participação trás melhorias para ambos. Nesse contexto a ESF precisa se engajar e compreender todo esse processo para oferecer apoio e orientações necessárias podendo assim traçar estratégias para ajudar o portador a ser participante ativo em sua vida e em seu processo terapêutico e para isso é extremamente necessário trabalhar junto ao doente e seus familiares na compreensão da doença.

A falta de assistência ao doente mental dentro da Estratégia Saúde da família coloca em xeque os princípios do SUS e estes necessitam serem praticados cotidianamente, em especial a acessibilidade e a equidade. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) sintetizou como “princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica/saúde da família: promoção da saúde; território; acolhimento, vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários”.

A ESF necessita se comprometer pela assistência integral à saúde das pessoas da sua área adscrita, e isso implica incluir a assistência à saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2005).

Segundo Bandeira, Freitas e Filho (2007), pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde sobre diversos aspectos da ESF dentre eles o impacto do programa na saúde da população constataram que no que se refere a mortalidade infantil houve uma redução de 42% de óbitos infantis no período de 1990 a 2002 em que o PSF já tinha sido implantado. No período seguinte, entre 2002 e 2004, queda de 14,69% da mortalidade infantil foi observada nas regiões assistidas pelas equipes do PSF, principalmente em relação aos óbitos associados à diarreia e a infecções respiratórias. Segundo os mesmos autores citando pesquisas de Mano e Pierin (2005), onde foram estudados dois grupos de hipertensos, um assistido pela ESF outro não, eles observaram que o grupo assistido pela ESF apresentou uma diferença significativa na pressão sanguínea o que não ocorreu com o outro grupo,

apesar de ter inicialmente apresentado valores superiores de pressão, o grupo assistido pela ESF, no final do estudo, apresentou valores inferiores ao do grupo assistido pelo serviço tradicional de saúde. Essas pesquisas nos chamam a atenção para a notável importância da ESF na saúde pública e o seu não aproveitamento dentro da Saúde Mental, pois a ESF poderia trabalhar sobre a detecção de sintomas, informações e orientações e encaminhamento para outros serviços.

Alguns autores têm apontado a necessidade específica de inclusão de ações de saúde mental na atenção primária, algumas experiências vêm sendo desenvolvidas nesse sentido em todo o Brasil.

No Projeto Qualis/PSF começaram capacitando as equipes de saúde mental e saúde da família, iniciando pelos ACS, intervindo nas famílias em maior dificuldade e a responsabilidade do andamento do processo terapêutico recairia em ambas as equipes. A equipe de saúde mental era volante e atuava em parceria com diversas Unidades de Saúde da Família, nessa experiência do Projeto Qualis/PSF o paciente seria toda a família (LANCETTI, 2000).

Em Camaragibe-Pe a experiência de aproximação da Saúde Mental com o Programa de Saúde da Família foi realizada a partir de demandas da comunidade por consultas psiquiátricas e psicológicas, segundo Casé (2000) alguns fatores foram decisivos para alavancar essa aproximação, como: o perfil dos gestores com experiência na área da saúde, sanitaristas com história no movimento popular; a continuidade da equipe de trabalho de uma gestão para outra; e a decisão política de desenvolver ações de saúde e cidadania com respeito aos direitos do cidadão... . vêm sendo desenvolvidas nesse sentido em todo o Brasil, em condições muito diversificadas, desde regiões metropolitanas da Região Sudeste, até em cidade do interior da Região Nordeste do País. Sob o risco de comprometer a integralidade das ações de promoção à saúde, enfatizamos a afirmativa de que a saúde mental é o fiel da balança que permite avaliar o grau de integralidade e de diferenciação das ESF dos demais modelos de assistência à saúde. O trabalho em Camaragibe desenvolveu-se com as Oficinas de Capacitação antes mesmo da inserção de serviços especializados em saúde mental.

A estratégia de iniciar as ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família, antes de investir na criação de serviços especializados como NAPS, CAPS ou Lares Abrigados, reverte uma lógica. O foco da atuação de saúde mental em Camaragibe prioriza o lugar e o momento em que surgem as primeiras dificuldades e

necessidade de cuidados: a comunidade e a família (CASÉ, 2000, p. 133-134).

Em Cabo de Santo Agostinho-PE, diferentemente de Camaragibe o Programa de Saúde Mental já contava com NAPS, ambulatório de psiquiatria e emergência. Foi através Projeto Estação Comunidade que a equipe de saúde mental iniciou suas ações articulados com o PSF, capacitando 23 equipes. Após a capacitação foram feitos encontros sistemáticos e regulares com as equipes isoladamente, inicialmente a proposta era de encontros mensais mais percebeu-se a importância e necessidade de um maior número de reuniões de capacitação, o que não estava sendo incorporado devido ao número reduzido da Equipe de Saúde Mental em comparação a grande demanda das Equipes do PSF. Após discussões ficou definido que a proporção seria de um técnico de Saúde Mental para quatro equipes de PSF com a frequência mensal de orientação (CABRAL *et al*, 2000). Com essa associação com o PSF Cabral *et al* (2000), define que “O ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, mediante a criação e mobilização dos diversos espaços coletivos no seio da comunidade”, percebendo a perspectiva de mudanças nas práticas de saúde. Outra ação importante realizada pelo Projeto Estação Comunidade foi a construção de um instrumento de notificação de saúde mental que permitisse delinear o perfil epidemiológico de cada área, visto a precariedade de indicadores de Saúde Mental na Atenção Básica.

No Vale do Jequitinhonha- MG uma das regiões mais pobres do mundo onde ocorrem problemas crônicos de miséria, fome e o caos da seca, viu-se a necessidade de uma atenção especializada na área de saúde mental e então criou-se o Programa de Saúde Mental (PROSAM) que priorizava, entre as demandas sociais, a saúde preventiva, descartando o aspecto eminentemente curativo. Foram visitadas as famílias com membros identificados como portadores de sofrimento mental, com o aumento da capacidade de tratamento, também foi criada uma “moradia assistida”, retirando das ruas pessoas sem tratamento nem abrigo (SILVA *et al*, 2000). O que ficou estabelecido foi um trabalho de Atenção Básica, organizado a partir do Consórcio Intermunicipal e um NAPS, com a abrangência de 105.500 habitantes. Depois da plena instalação do PSF, o trabalho continuou na forma de “[...] intercâmbio entre o profissional especializado em saúde mental e a equipe do PSF, que visa a procurar a melhor forma de conduzir o tratamento” (SILVA *et al*., 2000, p. 165).

Outras regiões também iniciaram a experiência de articular ações de Saúde Mental no PSF como em Sobral – CE e Campinas – SP.

Os profissionais da ESF necessitam reconhecer que os problemas de saúde derivados da clientela adscrita é de sua inteira responsabilidade sejam eles de ordem biológica ou psicossocial, e é necessário que a visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico da clientela no PSF depende da atitude dos profissionais em reconhecer essas manifestações como objetos de seu trabalho na atenção primária. Possibilitar a identificação quantitativa e qualitativa dessas pessoas pode ser o primeiro passo nesse sentido (OLIVEIRA, A., 2004). Em experiências relatadas por Lancetti (2000), ficou claro que as pessoas com transtornos mentais precisam ser acolhidas, assistidas e com isso ter a sua qualidade de vida melhorada por meio de ações implementadas pelas ESF.

A ESF não poderá limitar sua ação somente ao paciente e sua família, este programa tem a responsabilidade de acolher a população adscrita orientando para queixas e dúvidas de saúde mental.

Ações de inclusão do doente mental na comunidade também são feitas ao capacitar e incluir os ACS no processo de busca e acompanhamento de casos, pois além deste pertencer a equipe da ESF, o ACS é um morador da comunidade e a conhece, podendo ser um vizinho ou um parente de um portador de transtorno mental. Essas ações feitas direta ou indiretamente servirá, a longo prazo, para mudar o modelo de atenção médico-psiquiátrica para o modelo de atenção psicossocial, calcado nos princípios da promoção da saúde e da reabilitação psicossocial (OLIVEIRA, A., 2004).

É necessário salientar a importância da comunhão de esforços entre ESF e serviços substitutivos, pois acredita-se como Lancetti (2000) que a saúde mental é essencial a ESF porque a doença mental não ocorre separada da saúde física. Outro fato é a singularização do atendimento na ESF; o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, assim, o vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os profissionais nem sempre estão preparados.

A ESF, como porta de entrada do SUS, deve buscar resgatar as singularidades de cada usuário, principalmente do doente mental, investindo em seu tratamento, não só na medicação como única forma de controle, mas em seu potencial como ser humano singular e protagonista de suas melhorias, o PSF deve

auxiliar na formação de laços sociais e apostar na força do território como alternativa para a reabilitação social (BRASIL, 2009).

A reforma psiquiátrica, apesar dos diversos avanços evidenciados tanto em nível local quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Um desses pontos é a qualificação do cuidado e da formação profissional, bem como um imaginário social calcado no preconceito/rejeição em relação à loucura (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

O pré-conceito formado acerca dos transtornos mentais, junto com os doentes, é muitas vezes formado por uma falta de conhecimento determinada pelo distanciamento, exclusão, periculosidade, acomodação e determinismo que vêm influenciar posturas, delinear percursos e determinar a assistência prestada nessa área (PEREIRA, 2007). Nessa perspectiva, a equipe da ESF tem um papel central na construção de um novo modelo de cuidado, em particular na área de saúde mental.

É necessário uma preparação eficiente dos profissionais de saúde da ESF para melhor assistir aos pacientes com transtornos mentais e dar suporte a seus familiares cuidadores, visando uma participação ativa e responsáveis dos pacientes em seu tratamento diminuindo assim possíveis abandonos em sua terapêutica evitando possíveis re-hospitalizações (BANDEIRA; FREITAS; FILHO, 2007).

No processo de efetivação da ESF e, com ele, de uma nova possibilidade de assistência integral à saúde, voltada às necessidades dos diferentes sujeitos, a assistência em Saúde Mental configura-se como real desafio. A equipe da ESF precisa estar preparada para lidar com o sofrimento psíquico, cuidar das dificuldades sentidas e superá-las.

Para a resolução desta problemática, a equipe da ESF poderá solicitar a Secretaria de Saúde (níveis municipais, estaduais, federal) capacitação dos seus profissionais como requisito básico para o atendimento das demandas apontadas (SCÓZ; FENILI, 2003). Esta capacitação segundo Casé (2000) deve envolver um planejamento no qual sejam delineadas as seguintes ações: - pesquisa e estudo de campo em área piloto, - oficinas de sensibilização das equipes do PSF, - monitoração sistemática das ações, - elaboração de uma proposta de atenção a saúde mental.

Sobre a capacitação em saúde mental para a rede básica de saúde é necessário normalizar e realizar programas de capacitação em saúde mental para todas as equipes da ESF. O ideal é que esta capacitação ocorra em parceria com as Universidades e órgãos do SUS, de forma a garantir o desenvolvimento de uma prática de saúde com integralidade e a incorporação destas equipes à rede de saúde mental. Segundo Felisbino e Ribeiro (2000) esta capacitação deverá contemplar tanto aspectos técnicos, relativos à promoção da saúde, assistência, reabilitação social, abordagem da família, quanto àqueles relativos à humanização das práticas, relacionadas à mudança de concepção dos temas comunidade e sofrimento psíquico.

A instituição CAPS, também poderá ser inserida nas capacitações das equipes, assumindo assim sua parte de responsabilidade na administração e centralidade dos atendimentos no território. Deve, além de capacitar, supervisionar as equipes de atenção básica e outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007).

Na lógica da rede, Saúde da Família-CAPS, em saúde mental os CAPS passam a dar apoio matricial às equipes de Atenção Básica. O apoio matricial é um arranjo organizacional que viabiliza o suporte técnico em áreas específicas para as equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Nesse arranjo, a equipe de saúde mental compartilha alguns casos com as equipes de Saúde da Família. Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e também na forma de supervisão e capacitação. Essa rede estabelecida pela articulação entre as políticas de saúde mental e de atenção primária à saúde visa ampliar e tornar mais eficazes as intervenções dos dois campos (BRASIL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), uma outra forma de implementar a Saúde Mental no PSF é através do apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), onde cada NASF deve ter, pelo menos, um profissional de Saúde Mental. Essa mudança na atenção à Saúde Mental será direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários, com base no território.

Trata-se de mudança na concepção e na forma de como deve se dar o cuidado: o mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente, para que seja possível a retomada de sua história de vida e de seu processo de adoecimento. Aliado a isto adota-se a concepção de que a produção de saúde é também produção de sujeitos (BRASIL, 2009, p. 01)

Segundo Cury e Galera (2006) as dificuldades das equipes da ESF não se limita somente em lidar com o sofrimento humano, mas, também, limitações administrativas. Ainda, segundo o mesmo autor, o cotidiano dos profissionais do PSF é bastante trabalhoso, dividindo-se em aspectos administrativos e assistenciais. Neste processo nem sempre há tempo disponível para grupos de estudos e debates sobre novas formas de tratamento e assistência a grupos específicos, como é o caso dos doentes mentais.

As condições de saúde da família são relatadas de forma sistemáticas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), para o Ministério da Saúde, a partir das fichas pertencentes ao PSF. A ficha A diversas siglas correspondentes a diversos tipos de particularidades envolvendo a saúde de cada indivíduo assistido pelo programa, sendo elas: ALC, alcoolismo; CHA, chagas; DIA, diabetes; HA, hipertensão arterial; GES, gestação; HAN, hanseníase; TB, tuberculose; DEF, deficiência; EPI, epilepsia e DME, distúrbio mental. Porém, a sigla DME não pode ser cadastrada no SIAB, por não conter espaço específico para sua notificação nesse sistema, dificultando o levantamento do número de famílias com portadores de doença mental atendidos nas áreas de cobertura pelo PSF. Os dados de saúde mental deveriam ser incorporados nos sistemas de informação existentes para garantir o conhecimento da realidade epidemiológica e social e incentivar estudos epidemiológicos e pesquisas na área de saúde mental.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa está muito associada ao paradigma naturalista que “ênfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida, coletando e analisando materiais narrativos subjetivos” (POLIT, 2004, p. 30).

As pesquisas exploratórias têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições, envolvendo levantamento bibliográfico, entrevista e análises de exemplos (Gil, 2002).

Nas pesquisas descritivas o objetivo principal é a descrição de características de determinada população ou fenômeno ou, então, estabelecer relações sobre variáveis. A coleta de dados é feita através de técnicas padronizadas (questionários, observação) (GIL, 2002). A pesquisa descritiva objetiva, também, descrever, observar e documentar os aspectos da situação (POLIT *et al*, 2004).

3.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF), com 5 anos de fundação, no município de Salvador-Ba e pertencente ao Distrito Sanitário de Brotas. A USF consiste em duas equipes, que abrange cerca de 6.000 habitantes.

O quadro de Recurso Humano é formado por 25 profissionais: 02 médicos clínicos, 02 enfermeiras, 04 auxiliares de enfermagem, 02 dentistas, 01 auxiliar de consultório dentário, 07 Agentes Comunitários de Saúde, 04 agentes de portaria, 02 auxiliares de serviços gerais, 1 auxiliar administrativo.

São oferecidos atendimentos médico, odontológico e de enfermagem, para a demanda programada e, em menor escala, para demanda aberta. As consultas não seguem um cronograma específico para cada dia da semana, com exceção do exame preventivo, realizados pelas enfermeiras, que ocorrem às quartas-feiras, pela manhã e às quintas-feiras, à tarde. Os demais tipos de consulta são dependentes da demanda apresentada. Assim, uma enfermeira pode atender, em um mesmo turno,

situações de Pré-Natal, Planejamento Familiar, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, por exemplo. Essa situação gera algumas dificuldades no atendimento, porém a comunidade é resistente à mudanças na organização por tipo de demanda.

Os serviços da sala de procedimentos, curativos, vacina e farmácia são abertos à demanda espontânea, no horário comercial (08h – 12h e 13h – 17h). Outro procedimento disponível para a comunidade é a vacinação contra raiva animal e coleta do “barbeiro”, realizada pelo agente de portaria capacitado.

A USF possui todos os Programas de Saúde implantados, exceto o Controle da Hanseníase, são eles: Atenção à saúde da mulher, Atenção à saúde da criança, Atenção à saúde do adulto/idoso, Programa controle da tuberculose. Além dos programas, a Unidade possui alguns grupos como: Grupo de diabéticos e de Hipertensão, ambos são coordenados por profissionais de uma Faculdade Privada, Grupo de relaxamento, Grupo de gestantes, Grupo de controle do tabagismo.

O gerenciamento da unidade é de responsabilidade de uma comissão gerencial formada por profissionais da unidade, utilizando rodízio entre as equipes. Na data da pesquisa a comissão gerencial estava formada por uma odontóloga e uma enfermeira.

Adotou-se a USF mencionada como campo de pesquisa, pois esta foi o campo onde desenvolveu-se o Estágio Curricular Supervisionado I, possibilitando uma maior proximidade com os profissionais de saúde e por esta Unidade já possuir práticas e discussões em Saúde Mental em conjunto com um CAPS e uma Faculdade acerca de um ano.

3.3 SUJEITOS DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada com profissionais da unidade referida de nível médio e superior, da Estratégia Saúde da Família. De um total de 18 profissionais de saúde, apenas 7 aceitaram responder ao questionário, os outros 11 se recusaram alegando falta de tempo, falta de vontade, falta de benefícios para participar.

Dos 7 entrevistados, 6 eram mulheres e 1 homem. Em relação ao nível de escolaridade, 4 possuem nível superior, 2 nível médio e 1 nível técnico. No que se refere ao tempo de profissão os que possuíam nível médio tinham 5 anos de

profissão, os profissionais de nível superior possuem 20, 24, 13 e 6 anos de formação e o profissional de nível técnico possui 6 anos de profissão.

Preservando o anonimato dos participantes, cada profissional foi identificado por números de acordo com a ordem das entrevistas, sendo P1 o primeiro entrevistado e P7 o último entrevistado, sua formação será informada somente no quadro abaixo:

Identificação	Profissão	Tempo de formação
P1	Médica	24 anos
P2	Agente Comunitário de Saúde	5 anos
P3	Enfermeira	13 anos
P4	Enfermeira	6 anos
P5	Médica	20 anos
P6	Auxiliar de enfermagem	6 anos
P7	Agente comunitário de Saúde	5 anos

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Sociedade Mantenedora de Educação Superior da Bahia, no dia 19 de janeiro de 2009, obtendo parecer favorável em 15 de junho de 2009 (ANEXO 1).

Respeitando a dignidade humana, os pesquisados assinaram o termo de Consentimento livre e esclarecido (APENDICE A), após receberem informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, etc, autorizaram sua participação voluntária na pesquisa, conforme estabelecido pela Resolução 196/96.

Ainda segundo a Resolução 196/96, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá prever instrumentos que permitam a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo, também, a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Deverá respeitar também uma série de valores (culturais, sociais, morais, religiosos e éticos) (BRASIL, 1996).

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados dos sujeitos da pesquisa foi realizada nos meses de junho e julho de 2009, através de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE B) gravada e transcrita posteriormente pelo entrevistador/pesquisador para análise. O instrumento foi composto por questões (APÊNDICE B) que visavam atender aos objetivos da pesquisa. As questões de pesquisa abordaram itens como: Opinião acerca da capacitação em saúde mental para o desenvolvimento de ações nessa temática; Ações desenvolvidas em Saúde Mental na USF; Facilidades e/ou dificuldades no desenvolvimento de ações em Saúde Mental; Opinião dos profissionais sobre a USF desenvolver ações voltadas para a Saúde mental.

Para a realização da coleta de dados foi realizado um convite individual e direto a cada profissional de saúde, explicando o objetivo da pesquisa e que a mesma era parte fundamental no processo de obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e, após seu aceite em participar da pesquisa, foi esclarecido todos os procedimentos que compreendem este estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sem seguir padrões rígidos ou pré-determinados, o pesquisador procurou desenvolver uma postura aberta, na qual a pesquisa se transforma em experiência vivencial.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Após a realização da coleta de dados, as entrevistas foram transcritas na íntegra, digitadas e enumeradas a fim de preservar o anonimato dos pesquisados. Em seguida seguiu-se com a leitura exaustiva das respostas com o objetivo de categorizar os achados.

A real finalidade da análise dos dados, independentemente do tipo de pesquisa a ser desenvolvida, é organizar, fornecer estrutura e obter significados dos dados pesquisados (BECK; HUNGLER; POLIT, 2004). A fase de análise não tem uma fase específica e isolada, pois segundo Deslandes *et al* (1994) durante a fase de coleta de dados a análise já poderá estar ocorrendo.

Para uma análise de dados mais eficiente é necessário estar atentos a três obstáculos: À ilusão do pesquisador em ver as conclusões de imediato; o envolvimento do pesquisador com os métodos e as técnicas a ponto de esquecer os

significados presentes em seus dados; e por fim, a dificuldade que o pesquisador pode ter em articular as conclusões que surgem dos dados concretos com conhecimentos mais amplos ou mais abstratos. Esses obstáculos podem ser sobrepujados a partir de uma maior fundamentação e conhecimento por parte do pesquisador (DESLANDES *et al*, 1994)

- De acordo com Polit *et al* (2004), os quatro processos primordiais para a análise dos dados qualitativos, e que serão seguidos nessa pesquisa, são:
- Teorização, distribuição sistemática dos dados;
- Síntese, momento de triagem dos dados e reunião de suas peças;
- Recontextualização: maior desenvolvimento da teoria, a fim de que seja explorada sua aplicabilidade a outros ambientes ou grupos;
- Compreensão, onde foram empreendidos esforços para dar sentido aos dados.

Para a categorização dos achados utilizou-se os três princípios de classificação propostos por Minayo *et al* (1994), primeiro foi estabelecido um único princípio de classificação, dessa maneira todas as categorias foram formadas a partir de trechos das respostas dadas pelos sujeitos ao questionamentos relativos a saúde mental na ESF. O segundo princípio diz respeito à exaustividade, ou seja, qualquer resposta poderia ser incluída em uma das categorias do conjunto e o terceiro princípio, corresponde ao fato de que uma mesma resposta não poderia ser incluída em uma de uma categoria, ou seja, eram mutuamente exclusivas.

Finalmente realizou-se uma leitura exaustiva das categorias com o objetivo de validá-las articulando com o referencial teórico visando responder as questões da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentaremos as categorias e subcategorias que emergiram das falas dos profissionais de saúde e que buscamos articular com a literatura a respeito da temática estudada

CATEGORIA 1: IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.

Dos sete informantes questionados sobre a importância da capacitação para que se desenvolvam ações em Saúde Mental na ESF, quatro acharam importante a capacitação e três relataram que não viam necessidade. A partir das respostas, a categoria 1 foi subdividida em duas sub-categorias: os que achavam importante a capacitação e os que não achavam importante.

IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003, p. 5) “para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas na atenção básica, é fundamental a capacitação destas equipes”, pois como afirma *Munari et al*, (2008), ainda somos formados segundo o modelo contraditório da Reforma Psiquiátrica onde a doença mental se define por irracionalidade, periculosidade, desordem e acabamos valorizando a instituição asilar, o isolamento terapêutico e o tratamento focado na individualidade e na identificação das anomalias sociais.

“Eu vou mais adiante, digo que a capacitação é fundamental, pois tem muita gente aqui na unidade que acha que trabalhar com doente mental é simplesmente distribuir medicamento controlado”. (P7)

A capacitação em saúde mental para os profissionais da atenção básica é estabelecida como prioridade pela Organização Mundial da Saúde, direcionando para a modificação das condutas terapêuticas a partir da antecipação da detecção dos casos, cessando prematuramente o processo de adoecimento, incluindo em seu planejamento abordagem dos determinantes dos transtornos mentais como: drogas, pobreza, desemprego, sexo, desastres. **As equipes da atenção básica devem estar habilitadas para assumir o tratamento dos transtornos mentais mais comuns de suas áreas adstritas (MUNARI ET AL, 2008)**

“Acho, e proponho já que esse trabalho seja feito o mais rápido possível diante da necessidade que sentimos de estarmos mais preparados para atender essa demanda”. (P5)

“Eu pelo menos não tenho tanta facilidade de lidar com paciente com problema mental e por isso a capacitação é tão importante já que eu quase não trabalhei com esse tema na graduação”. (P4)

“Uma vez fui abordada por uma cadastrada de minha área que me pedia pelo amor de Deus para ajudar ela, pois ela já não sabia mais o que fazer com o filho que estava surtado. Eu não pude fazer nada, me vi de mãos atadas”.(P7)

O que percebemos em alguns dos entrevistados é que a demanda em saúde mental é grande, porém há uma deficiência no atendimento devido, principalmente, a falta de preparo dos profissionais em dar um atendimento de qualidade para tais usuários. Emerge um sentimento de frustração e uma imensa vontade em se qualificarem, pois muitos acham que descumprem a ética do cuidar por não saberem fazer segundo os princípios da Reforma Psiquiátrica e sentem-se angustiados ao defrontar com situações humanamente e afetivamente exigentes, como logicamente o são problemas que envolvem a temática da saúde mental.

A problemática da formação dos profissionais não é limitada somente a atenção em saúde mental e esse quesito chama a atenção pela complexidade que envolve um profissional não preparado em dar conta das demandas da ESF que é um meio dinamizador na identificação de problemas de saúde, planejamento, execução e avaliação nas ações de saúde. Portanto a reforma psiquiátrica sugere a reestruturação dos dispositivos de saúde para a reinserção social dos portadores de transtorno mental.

NÃO IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO

Para Munari (2008) os profissionais de saúde estão mergulhados em um saber histórico e social e para transformá-lo é necessário dispor de dispositivos capazes de modificar saberes “absolutos” construídos ao longo do processo histórico, refletir sobre esses saberes perante a demanda atual para reconstruí-los, arriscando novas formas de fazer saúde.

“Além de trabalhar aqui no PSF eu também trabalho no Hospital Psiquiátrico, então... Eu não preciso de capacitação devido a minha experiência”. (P6)

“Não acho muito, eu acho importante a capacitação de saúde mental mais para profissionais que demonstram interesse em trabalhar com esse tipo de cliente”. (P3)

A fala deste profissional nos remete a importância de rever a forma como os portadores de saúde mental são tratados ou se são tratados. Ou seja, a capacitação da equipe de saúde passa por uma questão fundamental: que é quebrar os preconceitos que estão presentes no coletivo quando falamos em transtorno mental. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o profissional da ESF deverá dar assistência de qualidade a todos os usuários do serviço de saúde. Desassistir o doente mental, através do argumento da falta de perfil, poderá ser caracterizado como uma ação preconceituosa.

Em diversos estudos relatados por Lancetti (2000) foi relatado que as capacitações com os profissionais de saúde de nível médio e superior resultaram em um novo olhar a respeito da atenção em saúde mental, com quebras de preconceito e ações pró-ativas na comunidade, mudança de postura em relação ao paciente com transtorno mental e mudança nas abordagens, com outros pacientes que não possuíam transtorno. Assim concordamos com Caixeta e Moreno (2008, p. 185) quando elas dizem:

É necessária à capacitação dos profissionais para atender ao usuário em sofrimento psíquico permitindo que esta nova forma de aprender ocorra em um cenário em que as práticas cotidianas e os saberes trazidos pela equipe sejam a base da aprendizagem significativa onde os conhecimentos teóricos mobilizem a capacidade formadora permitindo ao sujeito transferir o conhecimento adquirido para outras situações que ocorram na unidade.

Há um consenso entre os autores citados nesse trabalho sobre a necessidade de ampliar e aperfeiçoar a capacitação de recursos humanos para a realização de ações de saúde necessárias para lidar com as questões relacionadas a saúde mental. Essas capacitações devem, necessariamente, incluir na definição de sua metodologia, uma harmonia com os princípios da Reforma Psiquiátrica formando profissionais com uma visão crítica.

CATEGORIA 2: AÇÕES DESENVOLVIDAS NA USF VOLTADAS PARA A SAÚDE MENTAL.

Ao serem questionados se a USF desenvolvia alguma ação em saúde mental a resposta unânime foi que existiam ações voltadas para a Saúde Mental. A partir das respostas da primeira pergunta surgiu necessidade de questionar quais eram essas ações o que rendeu diversas respostas.

“As ações são muito iniciantes sabe, porque é com ajuda de um grupo de psicólogos inicialmente da Faculdade e agora da psicóloga do CAPS... Desenvolvendo ações de saúde com alguma parte da saúde mental que é ligada a esquizofrenia e com os dependentes químicos”.(P1)

Percebe-se que as equipes da ESF recebem apoio tanto de uma instituição de ensino superior como do CAPS onde fazem um atendimento em conjunto e específico. Nesse atendimento são priorizados casos de transtornos mentais severos e o uso abusivo de álcool e drogas.

Vecchia (2006) citando Alves e Guljor (2003) chama a atenção para a ambulatorização da demanda que é um dos riscos que se pode correr nesse processo, onde a USF serviria de porta de entrada para um espaço de triagem para a atenção especializada, ou ainda, limitando-se a uma clínica focada na patologia.

Além das ações de discussão de casos a ESF juntamente com suas parcerias deveriam priorizar: egressos de internações psiquiátricas, vítimas de violência doméstica, estratégias de redução de danos nos grupos de riscos e também na população geral, estratégias de difusão de uma cultura anti-manicomial e anti-segregadora, ações grupais inserindo o portador de transtorno mental em um grupo já existente na USF, trabalhar o vínculo familiar (BRASIL, 2003).

Um dos apoios necessário para a ESF em Saúde Mental recomendados pelo Ministério da Saúde é o Apoio Matricial. Esse apoio constitui uma disposição organizacional que visa dar suporte técnico em áreas específicas às equipes da ESF. A equipe responsável por esse suporte compartilha casos com a equipe da ESF sendo ambas as equipes co-responsáveis pelos casos, as discussões seriam conjuntas, as ações seriam com a inclusão da família no tratamento (BRASIL,2003).

“Sim. Nós temos uma parceria junto com a FBDC que tem psicólogas que trabalham com essas pessoas que tem esse tipo de deficiência aqui na Unidade. Desenvolvem trabalho de artesanato e outras coisas mais...” (P2)

O trabalho de Saúde Mental relatado acima visa a promoção da saúde e a prevenção dos casos já identificados, apoiando num conjunto de ações que visa o melhoramento da reconstrução da cidadania plena. Porém, para Lancetti (2001), os trabalhos em grupos específicos para portadores de sofrimento psíquico é importante, mas o mais importante é a inserção desses pacientes a grupos já existente como o grupo de hipertensos, diabéticos, obesos, tabagismo, não sendo necessária a formação de grupos específicos para estes usuários.

“A gente tem um trabalho feito com a equipe toda e com psicóloga do CAPS também que trabalha principalmente assim: ela faz a visita domiciliar, estuda o caso, essa visita é feita acompanhada pelos médicos e enfermeiras, e esses pacientes são acompanhados por ela durante o tratamento, ela faz os encaminhamentos que sejam necessários. Ela articula estratégias que possam tá assim...melhorando a condição desses pacientes, como medicamentos e consultas e são os ACS que apontam esses pacientes”. (P3)

Esse relato merece destaque, pois nos deixa claro que há uma prática da clínica tradicional na USF. Para Lancetti (2000) estas ações são consideradas como dispositivos já conhecidos e tradicionais que deveriam ser evitadas na USF com a finalidade de evitar o processo de alienação da demanda que acaba na cronificação dos pacientes e dos próprios dispositivos de atenção.

Para que possa criar um maior vínculo de confiança entre os portadores de transtorno mental, a família e a equipe da ESF, é necessário uma maior aproximação da USF com esses usuários, essa aproximação é construída a partir das visitas domiciliares. Para Lancetti (2000) a visita domiciliar possibilita o conhecimento a cerca da vida dos usuários da ESF, podendo assim traçar ações embasadas nas reais condições de vida do portador de transtorno mental, bem como na identificação das relações familiares.

As ações de Saúde mental devem se fundamentar nos princípios do SUS concomitantemente com os princípios da Reforma Psiquiátrica buscando criar redes de cuidados com base no território apoiados na intersetorialidade e em outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem ter como princípios a reabilitação psicossocial, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a desinstitucionalização e a promoção da cidadania construindo conseqüentemente a autonomia dos usuários e familiares (BRASIL, 2003).

“Desenvolvemos ações em saúde mental...Agora ta tendo uma junção do PSF com o CAPS que é exatamente por isso para dar o suporte a unidade e ta tratando e acompanhando esses pacientes com transtornos mentais”.(P4)

O conceito de Saúde Mental se mistura com o de doença mental, onde as ações referidas estão somente centradas nos paciente com transtornos mentais deixando de se preocupar com a prevenção e promoção de saúde não só limitadas ao paciente com transtorno mental, mas a população de maneira geral (BRASIL, 2002). A ESF deve se engajar na desconstrução das práticas clássicas e ineficazes para um saber fazer coletivo e eficiente, promove a inclusão de novos conceitos e sentimentos pelos profissionais de saúde. “É preciso mudar o foco da doença para a vulnerabilidade de grupos populacionais a determinados fatores de risco” Munari *et al* (2008).

É necessária a criação de estratégias inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas na esfera da promoção da saúde para que se integre e implemente ações no nível da atenção básica, valorizando e explorando o uso de espaços públicos de convivência e de produção de saúde para que estimule a prática de modos de viver não-violentos cultuando a paz. Essas estratégias deverão ser criadas com articulação com outros setores governamentais ou não, incentivando o lazer, a música, o esporte e a educação (MUNARI *et al*, 2008).

“Desenvolvemos ações, porém muito simplistas... como eu te falei anteriormente, eu não tenho muita base para trabalhar a saúde mental, então o que eu faço é apoiar a médica da minha equipe no que ela precisar e eu souber resolver, já pensei em montar um grupo mas não me sinto competente, não fico a vontade. Não é a mesma coisa que montar um grupo para gestantes”. (P4)

A entrevistada acima relata que para tornar suas ações em saúde mental mais eficiente é urgentemente necessário a capacitação. Essas ações poderiam não ser somente resumidas em criação de grupos de sintomas, mas aqueles que busquem trabalhar com a autonomia do usuário do serviço, tendo sempre uma retaguarda dos serviços especializados para casos de maior dificuldade.

Uma das principais necessidades da USF é a Educação Permanente para a capacitação de toda a equipe, com essa capacitação os profissionais certamente mudará seu foco da doença mental para o da saúde mental. Nessa dimensão a inclusão de treinamentos específicos no campo da Saúde Mental, assim como os existentes para Dengue, Tuberculose, AIDPI, trariam importantes idéias, estratégias definidas, pré-conceitos quebrados, conceitos elaborados, redes de apoio e linguagem similar e coesa entre os profissionais de saúde (SOUZA, 2007).

“Desenvolvemos ações de encaminhamento, de identificação de caso, da nossa coragem de ficar mais aberta para poder enfrentar os pacientes que necessitam desse apoio, a família que precisa ser apoiada, a família que precisa ser esclarecida. Não é fácil sabe?” (P1)

Verificando o conjunto de ações em Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes, há um notável despreparo na maioria dos entrevistados, porém verificamos que há uma certa incorporação do princípios da reforma psiquiátrica brasileira ainda que de forma fragmentada indicando ser um campo favorável para a promoção da atenção à saúde mental em base comunitária. Um trabalho em Saúde Mental deverá priorizar ações de promoção, prevenção e continuidade dos casos já em tratamento partindo da lógica extra-mural e cidadania plena (SOUZA, 2007)

Para a qualificação da equipe de saúde é necessário a inclusão de técnicas que aprimorem ou qualifique esses profissionais para o conhecimento técnico-científico que abrange o raciocínio clínico transportado para a realidade dos problemas vividos pelos portadores de transtorno mental e sua família, suas subjetividades, seus determinantes de adoecimento, utilizando como princípios a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária (MUNARI, *et al.*, 2008).

A partir do modelo Psicossocial, onde os fatores políticos e biopsicossociais são considerados os determinantes das doenças, uma ação importante no campo da Saúde Mental é que a clínica tradicional perderia seu *status* e o portador de transtorno mental passaria a ser o protagonista do seu próprio tratamento, incluindo a família como um dos alicerces (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007).

Vários autores (BRASIL, 2002; LANCETTI, 2000; PEREIRA, 2003; SANFORD, 2002; SPADINI, 2004) concordaram na afirmativa que a família é extremamente importante no tratamento ao portador de transtorno mental e isso

reforça a idéia que é fundamental a preparação do profissional de saúde da ESF para trabalhar com essa família, dando-lhes apoio, acolhimento e incluindo-os em ações e projetos terapêuticos.

CATEGORIA 3: FACILIDADES E/OU DIFICULDADES EM TRABALHAR A SAÚDE MENTAL NA USF

Ao questionar aos informantes sobre as dificuldades e facilidades em trabalhar a saúde mental na USF apenas um entrevistado informou só haver dificuldades e outro entrevistado revelou haver somente facilidades mas os outros cinco entrevistados referiram tanto facilidades quanto dificuldades, então esses resultados foram sub-divididos em duas sub-categorias: as facilidades em trabalhar a saúde mental na USF e as dificuldades.

FACILIDADES EM TRABALHAR A SAÚDE MENTAL NA USF

*“A gente já consegue falar disso aqui e ter com quem falar, na minha opinião, e analisar, por que antes ninguém vinha nos dar apoio. Eu achei muito boa essa parceria ta vindo aos pouquinhos, sinto que é preciso ter alguém que pense dessa forma, uma única pessoa pensando dessa forma é difícil né?”
(P1)*

“Nas reuniões de sexta-feira, quando a psicóloga vem e faz levantamento de casos, as pessoas ficam mais confortáveis, já conseguem falar daquilo, é muito bom” (P1)

O apoio de uma equipe especializada traz um conforto para a equipe de saúde da ESF, pois é um forma de compartilhar a responsabilidade em se tratando de uma temática muito pouco discutida anteriormente. Essa equipe poderá distinguir as demandas que precisarão de um atendimento mais especializado ou talvez um encaminhamento para o CAPS da região ou uma ação oferecida pela própria equipe

da unidade básica. A partir daí é mais fácil evitar prática que leva a psiquiatrização e concomitantemente promover as ações em saúde de forma equânime garantindo um atendimento de qualidade e promissor (MARIANA, 2006).

O apoio dado na organização da saúde mental na ESF em Campinas foi denominado de Apoio Matricial que se caracteriza em criar uma assistência integrada com a desconstrução do encaminhamento. O Apoio Matricial é responsável em criar uma rede de cuidados e integrar as ações dos diversos profissionais que irão se responsabilizar juntos pelos projetos terapêuticos. Apesar do apoio ser dado por equipes especializadas em Saúde Mental, o Apoio Matricial almeja superar a lógica da especializada e do diagnóstico firmado e fragmentado, almeja também excluir o sistema das guias de referência e contra-referência produtores de inúmeros encaminhamentos demonstrando a “des-responsabilização” dos profissionais de saúde em relação a promoção da saúde (MARIANA, 2006).

O Apoio Matricial é um arranjo que possibilita que o profissional de saúde mental esteja junto com os profissionais das Equipes de Referência, visando conceder-lhes conhecimentos técnicos da saúde mental e auxiliá-los para que estejam mais capazes de acolher o sofrimento psíquico (MARIANA, 2006, p. 63)

Para Mariana (2006) o especialista em saúde mental é indispensável em diversos casos em que a demanda necessita de um atendimento mais incisivo como na medicação psicotrópica, na terapia ocupacional e em outras atividades exclusivas aos profissionais especializados.

“Nós temos uma equipe de saúde que trabalha com essas pessoas, que se envolve né? Abraça mesmo essas pessoas que tem esses problemas. As psicólogas estão nos apoiando, nos ajudando, acho que estamos caminhando no rumo certo”.
(P2)

Os profissionais especialistas em saúde mental, que dão apoio as unidades básicas de saúde, devem ofertar conhecimentos que antes eram tidos como exclusivos da área da psiquiatria, é uma harmonia e uma troca de saberes e experiência de equipes interdisciplinares que servirão para lidar com a subjetividade dos usuários (MARIANA, 2006).

“Não tenho dificuldade, inclusive a médica da minha equipe gosta muito e isso facilita, então eu não tenho dificuldade. A facilidade é por conta do suporte que a médica da equipe dá ela gosta e então facilita”. (P4)

Tal profissional busca se apoiar no saber-poder médico, porém na maioria das vezes o saber médico acaba se enveredando pro lado contrário a Reforma Psiquiátrica, onde é valorizado o modelo de atenção médico-psiquiátrica e este acaba por ambulatorizando a demanda.

“Um das minhas facilidades é que eu sou uma das adeptas para lhe ser sincera, para lhe deixar bem claro que dentro do programa da saúde da família tem que ter a saúde mental, não é possível mais recuar, não é possível viver nessa ilusão de que nós temos um paciente que ta aqui no nosso nariz de manhã e de tarde, todos os dias e ele passa por essa exclusão do próprio profissional por ignorância”. (P1)

DIFICULDADES EM TRABALHAR A SAÚDE MENTAL NA USF

“Falta uma consciência mais clara para as pessoas em relação a saúde mental, estou tentando mostrar que tudo é saúde mental. Não é aquele que ta ali babando com a cara “feião” que é saúde mental, mas uma coisa que envolve...mais ampla”.(P1)

Abordar a temática de Saúde Mental na USF não é somente desenvolver ações ligadas a pessoas com transtornos mentais, pode-se abordar Saúde Mental nos grupos de hipertensos que muitas vezes só se fala da redução dos níveis pressóricos, alimentação e atividade física, nos adolescentes que não percebe a importância do uso de preservativos pois acham “careta” usar a camisinha, o paciente com tuberculose que se sente excluído da comunidade e até mesmo de sua família e acaba abandonando o tratamento. Todos esse casos se beneficiariam com a qualificação das equipes da ESF em relação a Saúde Mental.

*“Tem uma cultura terrível do preconceito da Saúde Mental”
(P1)*

Os profissionais que trabalham na USF devem assumir um novo posicionamento em relação a saúde mental, é necessário primeiro a desmistificação da loucura dentro da unidade de saúde e uma perspectiva de um novo saber na promoção da saúde para a partir daí trabalhar com a comunidade a desconstrução das práticas manicomiais (MUNARI *et al.*, 2008).

“Eu tenho todas as dificuldades porque não gosto de saúde mental e se eu tiver mesmo que trabalhar com saúde mental só se for indiretamente por que diretamente eu não tenho condições. E em relação as facilidades eu não vejo, só vejo dificuldades” (P3)

Esse depoimento mostra a dificuldade de entendimento do significado de saúde mental, pois ele não reconhece que trabalhando a escuta em uma consulta de pré-natal, agendando visitas a um usuário que tem dificuldades de acesso a unidade básica, conversando com adolescentes sobre gravidez, ele está realizando ações diretas em saúde mental.

É necessário que este profissional esteja sensibilizado para não desconstruir as ações positivas já incutidas nos portadores de transtornos mentais e sua família, é necessário, também, que o atendimento humanizado e a escuta qualificada seja incluídos na rotina dos profissionais de saúde da uSF, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva.

Uma das dificuldades no trabalho dos profissionais de saúde com o portador de sofrimento mental é o lidar com o lado emocional, pois o contato com o paciente com transtornos mentais traz uma sobrecarga aumentando seus anseios, refletindo negativamente em seu trabalho e até mesmo em sua saúde. A capacitação desses profissionais deverá adentrar nesse aspecto, elaborando alternativas para minimizar essas dificuldades, agindo na relação paciente/profissional/família, uma das estratégias para tirar a sobrecarga dos profissionais é incluir mais a família na atenção ao portador de transtorno psíquico estimulando a compreensão da doença, a adesão as medicações e o reconhecimento dos sinais preventivos da crise (MUNARI *et al.*, 2008).

“A minha dificuldade é a falta de capacitação, tem coisas que a gente não sabe e se a gente fosse capacitado poderíamos ajudar melhor a desenvolver o nosso trabalho. Nós nunca recebemos nenhum curso, nem palestra, os governantes e coordenadores precisam tomar providências”. (P2)

“A maioria aqui não se sente preparado, falta um programa específico para realizarmos esse trabalho com embasamento”. (P1)

A partir das falas anteriores percebe-se o quão urgente é a capacitação dos profissionais para atender ao usuário em sofrimento psíquico e sua família, pois apesar das dificuldades advindas da falta de capacitação há uma vontade em dar assistência ao portador de transtorno mental, embora que precariamente. A urgência da capacitação se traduz pelo cenário fértil da USF exposta, onde as práticas da clínica tradicional deverá dar lugar a essa nova forma de aprender e trabalhar a saúde mental que permitirá ao profissional utilizar o conhecimento adquirido em outras situações que ocorrerá na Unidade.

“como eu te falei a sensação que eu tenho é que como eu tenho essa fala toda em defender a saúde mental no PSF, que parece que eu resolvo tudo, mas não é, que abracei tudo, fico sobrecarregada, e fica um sintoma pra mim, não sei se é até um sintoma de saúde mental (risada)”. (P1)

“não é fácil nos reunir também, é uma resistência incrível”. (P1)

Pinto (2004) verificou essa mesma dificuldade relatava pelo entrevistado acima em relação a participação das reuniões, principalmente nos profissionais de nível superior, as queixas eram devido a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo, mas com o passar dos meses e do trabalho realizado a presença dos profissionais tornaram freqüentes e as posturas se tornaram ativas e não se resumiram somente nos problemas de saúde mental, mas em todas as atividades desenvolvidas na unidade de saúde.

Capacitar os profissionais da ESF para o trabalho em saúde mental é um grande desafio, pois é necessário desconstruir saberes históricos segregadores e

para isso é necessário um suporte especializado com uma supervisão e apoio interdisciplinar. Porém a rede de serviços que serviria de apoio para os profissionais do PSF, como os CAPS e NAPS, são insuficientes e seus profissionais, muitas vezes, não possuem preparo para então preparar o profissional da ESF.

“as pessoas acham um papo chato que nunca resolve as coisas. Existe uma cultura ansiosíssima de achar que ... ‘poxa não estou vendo resultado na saúde mental’, mas eu já vejo resultado”. (P1)

O relato acima nos remete, novamente, a prática da clinica convencional que os portadores de transtorno mental possuíam um sintoma e os profissionais de saúde buscavam um alívio imediato através de altas doses de medicações. A dificuldade, constatada através da fala de P1, da resistência às práticas terapêuticas que exigem mais tempo, competência e criatividade dos profissionais na dimensão emocional e social do paciente. Essa resistência às práticas terapêuticas está intimamente ligada ao despreparo do profissional, pois seu modo de ação é traduzido como as causas biológicas serem as únicas responsáveis pelo desenvolvimento de um transtorno psíquico e a cura através da intervenção medicamentosa.

Outra dificuldade surgida durante as entrevistas foi no que diz respeito aos fatores relacionados à gestão dos serviços de saúde dentro da rede básica, especificamente na Estratégia Saúde da Família.

“É difícil manter uma estratégia sem que haja um comprometimento dos gestores, sem que haja uma equipe para nos apoiar, é muito complexo”. (P1)

Trabalhar a Saúde Mental é uma atividade complexa e exige dos gestores comprometimento para formular políticas públicas viáveis para o entendimento e a ação. Trabalhar a Saúde Mental em nível da ESF é aperfeiçoar e valorizar os recursos já disponíveis, porém é necessária a criação de tecnologias inovadoras que priorizem os grupos vulneráveis, como crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e que sejam centradas na ideia da promoção da saúde, da subjetividade do sujeito e da cidadania. Trabalhar a Saúde Mental na ESF é um caminho para o fortalecimento do SUS.

“Eu acho que para o PSF poder trabalhar a saúde mental deveria incluir uma equipe aqui dentro, paralela as equipes que já existem, com psicólogos, psiquiatras e assistente social, por que não tenho tempo e não tenho perfil para esse cuidado”.(P3)

A discriminação de alguns profissionais em relação ao cuidado ao portador de transtorno mental é um dos problemas encontrados na USF pesquisada, e possivelmente, não é restrita a essa Unidade, para o entrevistado acima há outras prioridades a serem trabalhadas dentro da ESF e ele associa ações em Saúde Mental como sendo restrita aos portadores de transtorno mental e, ainda, um total desconhecimento da proposta de trabalho do PSF e da legislação vigente a respeito da reforma psiquiátrica.

A dimensão dos problemas de saúde mental é reconhecida pelas Políticas de Saúde e seus cuidados não deverão ser centrados em ambientes, que privem a liberdade e autonomia dos sujeitos, ou ser exclusivos de especialistas. É preconizado a descentralização dos serviços, a integração do cuidado em redes básicas de saúde, a capacitação de profissionais não especializados e o apoio para a participação da família e da comunidade (NUNES; JUCÁ; VALENTIN, 2007).

Para Munari *et al.* (2008) um dos entraves em trabalhar a saúde mental, pensando e agindo na promoção da saúde é a falta de capacitação, é necessário ampliar a capacidade de intervenção das equipes, criar estratégias para as intervenções nas famílias e comunidade e incluir nessas estratégias ações para que os profissionais possam superar seus medos em relação ao cuidado com o portador de sofrimento psíquico.

“Eu acho que para o PSF desenvolver ações em Saúde Mental deveria existir no município equipes para dar apoio e suporte para os PSF quando estes precisassem, nós aqui somos privilegiados por que temos três psicólogas mas essa realidade daqui não é a mesma das outras unidades” (P5)

Vecchia (2006) *apud* Brasil (2001) valida o trecho acima, quando afirma que para a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é necessário criar equipes especializadas para dar suporte e apoio as equipes da ESF/PACS, essas

equipes de suporte seriam volantes com a proporção mínima de uma equipe para cada cinco equipes da rede básica, como já existe no Projeto Qualis/PSF, ou um profissional de saúde mental de referência para cada duas equipes de rede básica, porém essas equipes especializadas priorizariam os casos graves e ficando a encargo da ESF as ações de prevenção e promoção em saúde mental.

“Eu acho que deveria existir um programa específico, com manuais para facilitar o nosso trabalho, como os programas de Hanseníase, Hipertensão” (P4)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) as secretarias estaduais de saúde tem a responsabilidade de dar subsídios para o trabalho em saúde mental como fornecer capacitação, elaborar materiais didáticos que subsidiem o trabalho dos profissionais de saúde. No trecho de entrevista acima existe um noção sobre a deficiência de recursos operacionais e teóricos para trabalhar a saúde mental no contexto da USF, e de modo generalizado percebe-se a inexistência de estratégias para o trabalho em Saúde Mental, estratégias essas que incorpore ações individuais e coletivas de promoção, prevenção, redução de danos, educação em saúde e reabilitação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo foi possível uma maior aproximação com a realidade da Saúde Mental na atenção básica, foi também possível uma maior percepção de quanto conhecimento os profissionais de saúde da USF pesquisada possuem acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira e a partir desse conhecimento perceber a necessidade de um maior apoio por parte dos gestores, tanto locais quanto a nível nacional. Pode-se comprovar que o programa deve ser considerado como um componente chave de uma rede de atendimento ligados a saúde mental, mas é necessário traçar medidas para direcionar a caminhos para as ações ligadas a Saúde Mental.

Através deste estudo foi possível verificar a inexistência de capacitações dos profissionais da USF em Saúde Mental. Ficou claro que há uma necessidade iminente em investir nos recursos humanos para o desenvolvimento de habilidades capazes de trabalhar as demandas relacionadas a subjetividade, a promoção da autonomia dos usuários, aos vínculos. Percebemos ainda a de enfoque na educação permanente dos profissionais para a transformação da cultura manicomial e, nesse processo, efetivar a revisão de valores, de condutas, de princípios e de ética.

Considerando que um dos objetivos deste estudo foi identificar ações existentes na ESF direcionadas para a saúde mental, observamos que na USF estudada a assistência em saúde mental ainda está em processo de implementação e os profissionais referiram realizar ações, porém essas ações são centradas no atendimento individualizado, em medicalização e no especialista. As práticas em Saúde Mental na USF em questão está muito ligado a clínica convencional, porém percebe-se que há uma potencialidade no desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde, pois verificou-se que a maioria dos profissionais envolvidos acreditam nas mudanças que o PSF pode proporcionar ao usuário rumo à construção de sua cidadania.

Percebemos que a grande maioria dos entrevistados concordam que a ESF deve trabalhar a saúde mental, deixando de excluir o portador de transtorno mental, sua família e a comunidade. Os entrevistados reconhecem a grande demanda da comunidade coberta pela ESF em receber assistência em Saúde Mental, seja relacionados ao grupos de riscos, aos pacientes já em tratamento e a comunidade que segrega e estigmatiza o portador de sofrimento psíquico.

Este estudo pode mostrar as facilidades e dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde na tentativa de desenvolver ações em Saúde Mental em meio a um ambiente que não favorece ações eficazes devido, principalmente, a falta de capacitações. A introdução da Saúde Mental na ESF deverá acontecer diante da vontade dos próprios profissionais em rever seus conceitos, envolvimento e compromisso, pois os empecilhos em trabalhar essa temática ligados a falta de perfil em trabalhar com os paciente portadores de transtornos mentais, podem uma conduta de desconstrução de práticas manicomiais, segregadoras e preconceituosas.

No ambiente da rede básica, onde existe uma diversidade de cultura e condutas, enfatizamos a extrema necessidade de investimento na capacitação dos profissionais, capacitação essa de responsabilidade das Secretárias de Saúde e das instituições de nível superior, e da criação de recursos operacionais e teóricos que possam subsidiar as ações em Saúde Mental.

Acreditamos que o grande desafio da rede básica, em especial da ESF, é buscar e conquistar a cidadania dos portadores de transtorno mental em parceria com profissionais especializados a partir de ações de caráter individual e coletivo com familiares, comunidade e os portadores de transtorno mental. É necessário a (des)construção da práticas vivenciadas para um atendimento humanizado, eficaz, a partir de discussões em nível municipal envolvendo Universidades, usuários, profissionais, conselhos de saúde e a comunidade e em nível federal com a criação de ações eficazes para obtenção de profissionais mais capacitados não apenas tecnicamente, mas humanizados, capazes de mudar práticas manicomiais encravadas na cultura brasileira.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2ª Ed. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Documentação e Informação. **Legislação em saúde mental**. Brasília, 2001.

_____. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem**: cadernos do aluno saúde mental. Brasília, 2002.

_____. **Relatório final da Oficina de Inclusão de Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família**. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Mimeo. 2003.

_____. **NBR 6023**: Informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 15287**: Informação e documentação – projeto de pesquisa – Apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, 2005

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 2001**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 abril 2008

_____. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 20 fev. 2009

BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; FILHO, J.G.T.C. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56 n.1, p. 41-47, 2007.

CABRAL, B. Estação Comunidade. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 12, p. 137-154.

Caixeta CC, Moreno V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, cidade, v. 10, n. 01, p. 179-188, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v1n1/v10n1a16.htm>> acessado em 05 jan. 2009

CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface como programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 11, p. 121-136.

CORBISIER, C. A. Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In: AMARANTE, P. (Org.) **Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000. pp. 279-300

CURY, Camila Fernanda Meirelles Ramos; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set./dez. 2006.

DESLANDES, Suely Ferreira. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FELISBINO, J. E; Ribeiro I. M. Oficina de capacitação para implantação de equipes de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 53 (nº esp), p. 139-42, 2000.

FRANCO, Luiza; LANCETTI, Antônio. Quatro observações sobre as parcerias. **SaúdeLoucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 103-107, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LANCETTI, Antônio. Síntese Metodológica. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúde Loucura: Saúde Mental e Saúde da Família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 10, p. 117-120.

MUNARI, D.B *et al.* Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, cidade, v. 10, n. 03, p. 95-784, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>> acessado em 05 jan. 2009

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde Mental na Atenção Básica: UM ESTUDO HERMENÊUTICO-NARRATIVO SOBRE O APOIO MATRICIAL NA REDE SUS-CAMPINAS (SP)**. 2006. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p.2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, A.G.B.; ATAÍDE, I.F.C; SILVA, M.A. A invisibilidade dos problemas de Saúde Mental na Atenção Primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 13, n. 04, p. 618-624, 2004.

OLIVEIRA, A. G. B.; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. 1. ed. São Paulo: Olho D'água, 2006. 72 p.

PAIM, Jairnilson Silva. Saúde da família: espaço de reflexão e contra-hegemonia. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, p.143-145, 2001.

Pereira, M. A. O. A. **Reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção**. 2003. Tese (livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

Pereira, M. A. O. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista Escola de**

Enfermagem USP, São Paulo, v.4, n. 41 p. 567-572, 2007. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp> Acesso em: 05 abril 2008

POLIT, Denise, *et al.* **Fundamento de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANFORD F. M. S; FARIAS F. L. R. Cuidando da comunidade: um espaço a ser construído pelo enfermeiro psiquiátrico para a reinserção do doente mental. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL; 2002, Ribeirão Preto. **Resumos**. Ribeirão Preto: Scala; 2002. p.80.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 5, n. 2 p. 71-77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> acesso em 07 abr 2008.

SILVA, M.C.F, *et al.* Saúde Mental e Programa de Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **SaúdeLoucura**: Saúde Mental e Saúde da Família. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. cap. 13, p. 155-166.

SOUZA, A.J.F. *et al.* A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 04, p. 5-391, 2007.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 7-123, 2006. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/>>. Acesso em: 04 mar. 2009

PINTO, J.C.S.G. **A Saúde Mental na Atenção Básica**. 2004. 211f. Monografia (Pós-graduação em Saúde Pública) – Universidade Estácio de Sá, Macaé, 2004.

VECCHIA, M.D. **A Saúde Mental do Programa de Saúde da Família**: Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2006

VENTURINE, E. O sal e as árvores - o que é fundamental não é só fechar, em vez disto é abrir. In: **Anais do I Encontro Internacional de Reabilitação Psicossocial**. Erechim (RS); Brasil; 2001. Erechim (RS): ABRAPSO; 2001



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

OBJETIVO GERAL: Analisar a percepção dos profissionais da ESF no desenvolvimento de ações voltadas para Saúde Mental

LOCAL DE PESQUISA: Unidade de Saúde da Família

PESQUISADORA: Amélia Pinto Damasceno

ORIENTADOR: Liliane da Hora Montenegro

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com profissionais de saúde da Unidade de Saúde da Família. Para tanto, gostaríamos de contar com sua participação respondendo um instrumento contendo um conjunto de questões que visam identificar e estudar ações existentes no PSF, voltadas para Saúde Mental. O conjunto de questões compreende itens de dados referentes aos aspectos que indiquem a possibilidade do PSF vir a ser uma ferramenta para se trabalhar a saúde mental, dando assistência ao portador da doença e sua família; dados que identifiquem a existência de capacitação dos profissionais em saúde mental; e a opinião dos profissionais a cerca desta temática.

A sua participação não envolve nenhum custo ou risco para sua pessoa, assim como nenhuma interferência nas suas atividades. Sua identidade será mantida no anonimato. Você tem toda a liberdade de recusar sua participação. Caso aceite participar, você poderá, a qualquer momento, obter informações sobre o andamento desta pesquisa e também retirar o seu consentimento mesmo que tenha antes se manifestado favorável. Será garantido o sigilo das informações por você fornecidas. (CNS, 1996).

Eu, _____, tendo sido informado (a) dos objetivos da pesquisa “Ações do programa de saúde da família em saúde mental: percepções dos profissionais de saúde” concordo em participar da mesma, respondendo a uma entrevista, auxiliada por um gravador, aplicada pela estudante de enfermagem Amélia Pinto Damasceno,

Autorizo o uso das informações para fins de redação, divulgação e publicação de artigos científicos relativos a esta pesquisa. Estou ciente de que os dados serão tratados de forma confidencial, sem divulgação da fonte e de que poderei desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações por mim prestadas sem que eu seja submetido (a) a qualquer penalização. Aceito, livremente, participar da pesquisa, conforme os termos acima apresentados.

Salvador, ____/____/____.

Pesquisado (a)

Amélia Pinto Damasceno
Pesquisadora – 9936 4124



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - CAMPUS I
CURSO ENFERMAGEM - BACHARELADO**

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE PESQUISA - ENTREVISTA SEMI-
ESTRUTURADA**

PESQUISA: AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:
PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

OBJETIVO: Analisar a percepção dos profissionais da ESF no desenvolvimento de
ações voltadas para Saúde Mental

ESTUDANTE: Amélia Pinto Damasceno

ORIENTADORA: Liliane da Hora Montenegro

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Profissão: _____

Tempo de formação: _____

Tempo de atuação no PSF: _____

2 QUESTÕES DE PESQUISA:

1. Você acha importante ser capacitado em saúde mental para desenvolver suas ações no cotidiano de trabalho?
2. Existem atividades desenvolvidas pela ESF, voltadas para a saúde mental? Quais?
3. Existe alguma dificuldade/facilidade da USF em estar desenvolvendo ações em saúde mental?
4. Qual sua opinião em relação a ESF constituir-se uma estratégia para trabalhar a saúde mental?

ANEXO 1 - LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



SOCIEDADE MANTENEDORA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA BAHIA LTDA

Rede de ensino



FUNDADAÇÃO DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS

Comitê de Ética em Pesquisa

Salvador, 15 de junho de 2009

CEP/PARECER 0827-2009

L. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

REGISTRO: 827
DATA DA ENTRADA: 19/01/2009
REFERÊNCIA: 1º Parecer
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof.ª Liliane da Hora Montenegro
PESQUISADORES: Amélia Pinto Damasceno
INSTITUIÇÃO: UNEB
CURSO: Enfermagem

TÍTULO DA PESQUISA: Ações do programa de saúde da família em saúde mental: Percepções dos profissionais de saúde.

OBJETIVO: Estudar ações existentes no PSF, voltadas para Saúde Mental.

2. PARECER DO RELATOR (A)

O projeto apresenta tema relevante e proposta metodológica de acordo com os princípios da resolução 196/96, CNS. Recomendo aprovação.



SOCIEDADE MANTENEDORA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DA BAHIA LTDA.

Rede de ensino



FUNDAÇÃO DE TECNOLOGIA E CIÊNCIAS

Comitê de Ética em Pesquisa

3. PARECER DO CEP

Apresentado a este Comitê para análise ética, segundo a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Cópia do projeto arquivado em nossa secretaria. Após apresentação pelo relator e discussão pelos Conselheiros e projeto foi considerado:

<input checked="" type="checkbox"/>	Aprovado
<input type="checkbox"/>	Com pendência -60 dias para encaminhar o que foi sugerido.
<input type="checkbox"/>	Reprovado

Atenciosamente,

DR. M. VESNADIGURSKY
Coordenador do Comitê de Ética