



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Rodrigues Arce, Vladimir Andrei; de Sousa, Maria Fátima; da Glória Lima, Maria
A práxis da Saúde Mental no âmbito da estratégia da saúde da Família: contribuições para
a construção de um cuidado integrado

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 2, abril-junio, 2011, pp. 541-560

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838232011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado

I ¹ Vladimir Andrei Rodrigues Arce, ² Maria Fátima de Sousa, ³ Maria da Glória Lima I

Resumo: Este artigo, originado de um estudo quali-quantitativo, buscou analisar as práticas de Saúde Mental na atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família de Brazlândia, no Distrito Federal, quanto a seus potenciais e limites para o cuidado integral aos sujeitos em situações de sofrimento mental na atenção primária. Foram realizadas entrevistas com os profissionais da ESF que participaram de capacitação em Saúde Mental. Para análise do material empírico, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciaram que a população encontra dificuldade de acesso ao cuidado em Saúde Mental, por não haver uma rede de apoio estruturada. Verificou-se baixa capacidade de resolutividade no âmbito da Saúde da Família, uma vez que as ações desenvolvidas privilegiam consultas ambulatoriais médicas e encaminhamentos para internações, o que evidencia tanto a concepção biomédica ainda hegemônica nas práticas, quanto a desarticulação de uma rede para a garantia do cuidado integral. Esses resultados remetem também ao debate da qualificação das equipes da ESF em saúde mental, de modo que efetivamente reconheçam e usufruam da potencialidade do vínculo estabelecido entre equipe e usuários/famílias.

1 Mestre em Ciências da Saúde (UnB); bacharel em Fonoaudiologia (UFMG); especialista em Saúde Coletiva: Educação em Saúde (UnB) e especialista em Saúde Mental (UnB). Endereço eletrônico: vladimir.arce@hotmail.com

2 Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB; pesquisadora e coordenadora do Núcleo de Estudos de Saúde Pública, Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da UnB (NESP/CEAM); enfermeira; doutora em Ciências da Saúde (UnB). Endereço eletrônico: fatimasousa@unb.br

3 Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB; pesquisadora do NESP/CEAM; enfermeira; doutora em Enfermagem (USP/Ribeirão Preto). Endereço eletrônico: limamg@unb.br

► **Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária; Saúde Mental.

Recebido em: 29/04/2010.
Aprovado em: 21/04/2011.

Introdução

As políticas públicas de Saúde Mental no Brasil têm buscado ampliar a rede de cuidados às pessoas que sofrem de transtornos mentais, tanto em relação à criação de serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2003), quanto na inserção de novas práticas no cotidiano das equipes de Atenção Primária (BRASIL, 2005). Tais ações se fundamentam a partir da experiência da luta antimanicomial pela desinstitucionalização, tendo como eixo norteador o deslocamento do centro de atenção da instituição para a comunidade, onde práticas e concepções são transformadas buscando-se não a cura, mas a produção de vida, de modo a reconstruir o sujeito histórico que o modelo tradicional reduziu e simplificou (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 1990).

A inserção de práticas de Saúde Mental na Atenção Primária evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios. Recentemente, com a implantação dos NASFs – Núcleos de Apoio à Saúde da Família –, vislumbra-se a possibilidade de se ter profissionais de Saúde Mental nessas equipes (BRASIL, 2008), ficando evidente a intenção política de se afirmar a Saúde Mental sob o foco da responsabilidade que deve ser compartilhada com as equipes de Saúde da Família.

Numa perspectiva histórica, ressalta-se que a ESF surgiu para atender ao núcleo familiar a partir de um novo modelo de Atenção Primária, descentralizando os serviços de acordo com as reais necessidades da população, as quais se manifestam como prioridades (SANTOS, 2000). A partir de 1998, a Saúde da Família começou a se expandir, buscando avançar na proposta de regionalização da assistência como estratégia para hierarquização e fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS (HEIMANN; MENDONÇA, 2005). Buscando garantir o acesso, compreendido como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, famílias, comunidades, gestores e equipes da ESF, permeada pelo vínculo e corresponsabilidade (SOUSA, 2007), fez-se necessário um modelo de atenção à saúde integral e familiar capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, no âmbito da política pública, sob uma ética social, coerente com os princípios da equidade, integralidade e universalidade, o que justifica o atual debate acerca da inserção da Saúde Mental na ESF.

A noção de integralidade aprofunda esta análise, quando entendida como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, que habilita os sujeitos a engendramentos novos arranjos sociais e institucionais em saúde, e que se articula com o cuidado. Por sua vez, toma-se a noção de cuidado como uma ação integral, com significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito, a partir de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008).

A partir destes diferentes conceitos, percebe-se que o cuidado aos sujeitos com transtornos mentais no âmbito da ESF representa um campo fértil para a afirmação da integralidade do cuidado à Saúde Mental, demandando aos profissionais das equipes a construção de práticas que corroborem tais pressupostos.

Saúde mental nas práticas das equipes da Estratégia Saúde Família: invenção cotidiana

Ao afirmar o direito à saúde tendo em vista os princípios do SUS, torna-se necessário que a Estratégia Saúde da Família seja frequentemente repensada, de modo que sua estrutura passe a incorporar ações que favoreçam um modelo de clínica ampliada na Atenção Primária, pautada no respeito às singularidades do sujeito (CUNHA, 2005). A adscrição da clientela em base territorial é um dos princípios operacionais da gestão do processo de trabalho na ESF, fazendo com que o vínculo e a continuidade do cuidado coloquem os profissionais sempre em contato com questões relacionadas à Saúde Mental (VECCHIA; MARTINS, 2009), instigando a equipe de Saúde da Família a ter papel central na construção de um novo modelo de cuidado, devendo estar preparada para lidar com o sofrimento psíquico (PEREIRA et al., 2007). Nesse sentido, a Saúde da Família, por atuar com a lógica da desinstitucionalização com ênfase no vínculo, constitui-se em uma estratégia adequada para trabalhar a Saúde Mental na Atenção Primária, podendo contribuir decisivamente para diminuição das internações hospitalares psiquiátricas (SOUZA et al., 2007).

A Organização Mundial da Saúde, por meio da Declaração de Caracas (BRASIL, 2002), ao defender a ideia de que a atenção psiquiátrica convencional não é compatível com uma atenção comunitária, integral, descentralizada e participativa, postula que a reestruturação da atenção psiquiátrica por meio da

Atenção Primária permite a promoção de modelos alternativos centrados nas comunidades e em suas redes sociais, em conformidade com os direitos humanos. Tanaka e Ribeiro (2009) ressaltam o potencial da Atenção Primária em detectar queixas relativas ao sofrimento psíquico a partir de uma escuta qualificada, bem como em oferecer tratamento na própria Atenção Primária, ou encaminhar para serviços especializados. Em relação ao processo saúde-doença houve uma desconstrução e a invenção de cuidado antimanicomiais, territorializados, para as quais deve ser direcionada a assistência. Segundo Vecchia (2006), uma rede de novos serviços passou a ser construída, nela se enfatizando a produção de saúde e de subjetividades. Nesse sentido, a família tem seu papel ressignificado, não mais sendo afastada em prol de um sistema asilar, mas sendo entendida como fundamental no processo de cuidado.

Nunes, Jucá e Valentim (2007) identificaram os princípios da integralidade e da participação social, além das propostas de ampliação do conceito de saúde-doença, da interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações, como questões que orientam tanto o modelo psicossocial da Saúde Mental quanto a Estratégia Saúde da Família. Esta última funcionaria como um importante articulador da rede de Saúde Mental, buscando superar o modelo hospitalocêntrico, de forma a centrar o cuidado na família. Entretanto, a implementação de ações de Saúde Mental na Saúde da Família ainda está em processo de consolidação, uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde mental, a ser explorada e mais bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Na perspectiva de afirmar a importância da ampliação da Atenção Primária, caracterizada pela implementação de ações de Saúde Mental na rotina das equipes de Saúde da Família, este artigo tem como objetivo analisar as práticas dos profissionais das equipes de Saúde da Família da regional de Brazlândia, Distrito Federal, em relação às ações desenvolvidas no cuidado à Saúde Mental, com vistas a compreender seus potenciais e limites.

Caminhos metodológicos

Esta pesquisa é de natureza quali-quantitativa, de acordo com referenciais de Minayo (1993) e Lefèvre, Lefèvre e Marques (2007). O cenário pesquisado é a regional de Brazlândia, Distrito Federal, cidade localizada a 59 quilômetros de

Brasília, com população estimada em 53 mil habitantes, sendo 77% urbana; 5% da população têm 60 anos ou mais e 39,5% têm entre zero e 17 anos (IBGE, 2000). Em 2000, segundo dados do Plano Diretor de Regionalização do DF, de 2005, o Índice de Desenvolvimento Humano da cidade era equivalente a 0,761, um dos menores do DF. Em relação à Estratégia Saúde da Família, seis equipes atuam na cidade, estando cadastradas 3564 famílias, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), consultados em setembro de 2008.

O universo desta pesquisa foi definido pelo fato de a regional apresentar sua rede de Atenção Primária estruturada pela ESF e, sobretudo, por esses profissionais terem sido capacitados para atuar em Saúde Mental, foco de interesse desta pesquisa.

Foram sujeitos do estudo os profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família da regional pesquisada. Como critério de inclusão, selecionaram-se profissionais que haviam realizado o curso de Capacitação em Saúde Mental, promovido pela Coordenação de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (COSAM/SESDF). Foram excluídos deste universo os sujeitos que atuam na Atenção Primária do território pesquisado há menos de um ano, assim como os que estavam licenciados ou que não estavam disponíveis para realizar a entrevista no período de coleta de dados, que ocorreu entre os dias 25 de agosto e 19 de setembro de 2008.

Foram entrevistados 28 profissionais de níveis médio e superior. Entretanto, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, obteve-se uma amostra final de 26 profissionais, sendo duas enfermeiras, cinco técnicos e auxiliares de enfermagem, um técnico de higiene dental, um auxiliar de consultório dentário e 17 agentes comunitários de saúde. As entrevistas foram realizadas por um único pesquisador, no local de trabalho dos profissionais, com dia e horário pré-agendados.

Como técnica de investigação, realizaram-se entrevistas semiestruturadas, e como instrumento de coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista, que buscava conhecer como os profissionais resolviam demandas de Saúde Mental, como a Unidade Básica de Saúde da Família se organizava para acompanhar nas famílias os indivíduos com transtorno mental e quais os limites e os potenciais identificados pelos profissionais nos processos do cuidado integral aos indivíduos com transtorno mental. Foram realizadas gravações na íntegra, com uso de aparelho gravador digital, seguidas de gravação do conteúdo coletado. De forma

a complementar a coleta de dados, utilizou-se diário de anotações, preenchido por meio de observação do pesquisador durante o trabalho de campo.

Para análise do material adotou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, o DSC, por meio do uso do *software* QualiQuantsoft, desenvolvido especificamente para a análise do discurso por meio do DSC (LEFÉVRE; LEFÉVRE; MARQUES, 2007). A título de análise dos dados e diante da heterogeneidade profissional dos sujeitos da pesquisa, definiram-se como um Sujeito Coletivo os profissionais das equipes de Saúde da Família, sendo o Discurso produzido por este Sujeito Coletivo a construção a ser analisada e discutida neste artigo.

Os resultados apresentados visam caracterizar o que de mais relevante se observou na proposta de se analisar as práticas em Saúde Mental das equipes de Saúde da Família de Brazlândia. Os resultados são apresentados de acordo com as questões problematizadoras propostas por este estudo, sendo explicitadas neste artigo somente as Categorias de Ideias Centrais mais frequentes nas respostas dos sujeitos entrevistados. Fragmentos dos DSCs, elaborados a partir de Expressões-Chave das falas dos entrevistados, são apresentados de modo a compor a apresentação dos resultados.

As entrevistas foram realizadas após leitura e concordância dos sujeitos com o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi disponibilizado em duas vias. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES DF), sob o protocolo de número 129/08.

As práticas das equipes da Estratégia Saúde Família na Saúde Mental: análise dos fragmentos da realidade

Ao se analisar a demanda em Saúde Mental no contexto da Atenção Primária de Brazlândia, verificou-se que há grande necessidade de ações de cuidado, sendo que 8% do total de atendimentos prestados no Centro de Saúde têm alguma relação com transtornos mentais, segundo dados estatísticos coletados no centro de saúde da regional. Segundo os profissionais da ESF, há demanda reprimida, com casos de usuários que chegam a esperar por mais de um ano por uma consulta médica, evidenciando uma priorização do cuidado no âmbito médico-ambulatorial, com frágil rede de apoio, sobretudo pela própria equipe de Saúde da Família, cujas práticas serão aprofundadas a seguir.

Na primeira questão problematizadora, “*se há demandas reprimidas em Saúde Mental, como você resolve essa situação?*”, percebem-se duas principais ações em relação aos usuários que demandam cuidado em Saúde Mental na unidade de Saúde da Família. A primeira delas é encaminhar diretamente para outra unidade ou serviço de saúde, devido à inexistência de oferta de quaisquer ações específicas para estes usuários na ESF. O trecho do DSC abaixo demonstra como se dá esse processo:

quando eu me deparei com esses pacientes, a gente fica de pés e mãos atadas, porque a gente não pode fazer muita coisa, é complicado, né? O primeiro passo meu é marcar a consulta para o médico especializado nessa área, psiquiatra. Eu vou mandando encaminhamento, à medida que vai abrindo vaga eles vão encaixando. A gente procura encaminhar pro centro de saúde, e a gente encaminha a pessoa, ou a mãe, ou o parente, com as próprias pernas pra que eles marquem, lá em Brazlândia mesmo. Se não é aqui, tem que ir pro Hospital psiquiátrico São Vicente de Paula, né? Então fica realmente a desejar, fica realmente solto. Eu sempre digo para procurar as universidades, que sempre tem o pessoal que está se formando, eles atendem.

A segunda ação revela uma tentativa da equipe em lançar mão de conversas e orientações, para usuários e familiares, possibilitadas pelo vínculo estabelecido por meio das visitas domiciliares, buscando amenizar de alguma forma o sofrimento dos sujeitos que apresentam algum transtorno mental. Tal ação tem um limite, sendo quase sempre seguida de encaminhamento para a marcação de consulta na Psiquiatria.

A gente percebe que isso acontece muito na comunidade. A única coisa que a gente pode fazer é conversar. A gente não tem condições aqui. Primeiramente nós conversamos com o paciente, aqueles que estão em situações mais graves, nós levamos ao médico. Na verdade a gente tenta minimizar. Não é, na minha opinião, resolver. A única coisa que eu posso fazer é conversar com a pessoa, né? Quando chega o paciente a gente tenta orientar, aconselhando com relação à medicação, e à forma que está se conduzindo esse tratamento, acompanhar pra ver até onde ela pode resolver seus problemas, da maneira que a gente aprendeu. A gente vai embromando um pouquinho, né? Vai tentando amenizar. Se ela não conseguir, a gente intervém tentando encaminhar pro posto de saúde, marcar uma consulta com o médico especialista. A gente tenta e fica perguntando cadê a consulta, cadê a consulta?

Tal constatação demonstra que a equipe percebe que há grande demanda por cuidados em Saúde Mental no âmbito da ESF, não estando preparada para acolher e acompanhar de forma organizada os usuários da Atenção Primária, mesmo tendo a equipe passado por uma capacitação específica na área. Desse modo, a atuação em sua maioria se restringe a identificar e encaminhar os

casos, não havendo uma responsabilização da equipe pelo acompanhamento do sofrimento mental dos sujeitos pertencentes àquela área de cobertura do programa. Entretanto, há relato de que a equipe se esforça por conseguir a marcação de consulta psiquiátrica, prática constante em seu trabalho. Tal prática é descrita na literatura. Entretanto, outras, que poderiam também ser desenvolvidas, não o são. Estas seriam atividades educativas em saúde, realização de grupos operativos e terapêuticos, atividades de prevenção e promoção da saúde mental, que politizam a saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento mental, além de práticas intersetoriais de desenvolvimento do exercício da cidadania (VECCHIA, 2006; NUNES; JUCÁ; OLIVEIRA, 2007).

A falta de oferta de ações em Saúde Mental contraria o que Santos (2000) e Heimann e Mendonça (2005) pontuam como objetivo da ESF, devendo esta, segundo os autores, atender ao núcleo familiar de forma a garantir a oferta de serviços de acordo com as reais necessidades da população, o que não é observado em relação aos problemas de saúde mental da comunidade pesquisada. Portanto, o acesso à Saúde Mental também é dificultado.

O fato de não haver profissionais especializados em Saúde Mental é apontado como dificultador do processo de trabalho, o que parece justificar a ação de quase sempre se encaminhar os casos de Saúde Mental tanto para o ambulatório do Centro de Saúde quanto para o hospital psiquiátrico São Vicente de Paulo. A equipe reconhece que sua vinculação direta com profissionais da Saúde Mental poderia contribuir muito para a inserção de ações de cuidado aos transtornos mentais na ESF, embora neste momento privilegie em seu discurso a necessidade única do médico. Observa-se, deste modo, que a capacitação em Saúde Mental, embora tenha possibilitado aos profissionais uma melhor identificação dos casos, deve se expandir e propiciar aos profissionais a apropriação de ferramentas de intervenção no âmbito da Atenção Primária, visando maior autonomia da equipe em relação à implementação de ações voltadas para os usuários com transtornos mentais.

A proposta apresentada pela equipe coincide com a recomendação do Conselho Nacional de Saúde (2001), que propõe a inserção de profissionais de Saúde Mental como referências para as equipes da ESF. Entretanto, percebe-se a necessidade de superação da racionalidade médica ainda hegemônica nas ações de cuidado, que exige uma ruptura com antigos padrões assistenciais (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

Embora a noção de cuidado especializado seja centrada na figura do médico, percebe-se que a equipe busca inserir os usuários com transtornos mentais em diferentes equipamentos da sociedade, como estratégia de cuidado em saúde, transparecendo também nesse discurso uma noção de que existe um processo social envolvido na questão da Saúde Mental, não sendo esta, portanto, pautada exclusivamente na concepção biomédica, o que ilustra a fala seguinte:

Às vezes no caso pode ocasionar de estar faltando alguma participação familiar, tentar encaixar ele em algum grupo social, alguma prática de esporte, porque aqui a gente sabe que tem várias, é..., atividades, que eles podem estar fazendo pra amenizar o problema deles. As meninas até falam assim que eu ando demais, falo demais, pergunto demais, e tudo que é lugar que eu ando eu faço amizade e pego telefone e tudo, né?

Uma vez pontuado isso como ação da equipe de Saúde da Família, tal afirmação coincide com o que Brêda et al. (2005) propõem, ou seja, deve ser proposta da ESF a garantia do direito à cidadania do usuário, por meio de investimento em políticas públicas de saúde que ofereçam uma atenção pautada no respeito e na subjetividade dos atores envolvidos neste processo.

Na segunda questão problematizadora, “*como a Unidade Básica de Saúde da Família se organiza para acompanhar nas famílias os indivíduos com transtorno mental?*”, nota-se uma coerência do discurso com o apresentado na questão anterior. Em ambos se percebe a falta de oferta de ações em Saúde Mental para a comunidade, sendo que nesta questão, dentre aqueles em que a equipe acompanha, busca-se suprir a demanda por meio de orientações aos familiares e aos usuários. Essas orientações possuem duas características básicas, sendo a primeira delas a preocupação em promover uma melhor qualidade de vida ao usuário, como exposto no fragmento do DSC a seguir:

Na visita domiciliar, diretamente nas casas mesmo, o que a gente faz é explicativo, conversar, mais um apoio moral. Se a pessoa está no quarto a gente entra, conversa, ela me recebe bem por me conhecer há anos. A gente tenta resolver através do diálogo, por enquanto, falando que ela tem que ocupar o tempo, né? Que ela tem que se distrair, fazendo um crochê, uma horta.

As demais orientações relatadas pela equipe se restringem a informar usuários e familiares como e onde podem conseguir atendimento, já que pela ESF não há oferta, como vemos no trecho a seguir:

Casos que a gente vê assim extremos que a família realmente não tem condição, a gente tenta ajudar, buscar, encaminhar, mas assim, como não existe lugar pra se

tratar aqui dentro de Brazlândia, com exceção do médico do posto, a gente tenta orientar mesmo as famílias ir buscar fora. Em casos mais graves mesmo, a gente pede pra procurar o clínico no pronto-socorro. Aqui mesmo na unidade a gente não tem muito que fazer não.

Tais atitudes da equipe demonstram que não há uma rede de cuidados estabelecida no território que tenha a ESF como articuladora, ficando a cargo do paciente procurar e se inserir em outros equipamentos de saúde que forneçam alguma ação referente à demanda apresentada, mesmo em serviços de outros níveis de atenção. Esta postura difere do que Nunes, Jucá e Valentim (2007) afirmam, pois para os autores a ESF deve funcionar como importante articuladora da rede de Saúde Mental. A partir da constatação da ausência de oferta de serviços na atenção primária frente à existência de demanda, observou-se que os dados coletados diferem do que Sousa (2007) afirma ser o papel da ESF, uma vez que princípios como a integralidade e a universalidade não são observados quando analisamos a questão da Saúde Mental.

Além disso, transparece no discurso da equipe a falta de recursos e de apoio para a construção de atividades para os usuários, o que preocupa, tendo em vista ser esta uma equipe capacitada para o cuidado em Saúde Mental. Outro dado importante nesse discurso diz respeito à definição de risco adotada pela equipe, que embora seja uma ferramenta de organização adotada frente à escassez de vagas no serviço de psiquiatria, representa uma atitude que pode futuramente contribuir para o estabelecimento de uma rede de cuidado, à medida que casos entendidos como mais graves são encaminhados preferencialmente a serviços que demandem maior complexidade do cuidado, como nos mostra o trecho a seguir:

Alguns casos mais extremos a gente já fez discussões de caso dentro da equipe, pra definir, até de uma maneira errônea, qual o paciente que está tendo mais necessidade, sendo que de um modo geral todos têm também o direito desse atendimento. E aí conta com o médico, quando dá, encaminhando para o Centro de Saúde.

Este discurso demonstrou a importância do estabelecimento de redes de cuidado, que poderia contar neste território com o apoio de uma equipe matricial em Saúde Mental, uma vez que a população da cidade não corresponde ao quantitativo mínimo necessário para a implantação de um CAPS. Essa conduta de estabelecimento de riscos corrobora a proposta de Nunes, Jucá e Valentim (2007), que a associam à necessidade de se aproximar dos conceitos de vigilância,

desenvolver atividades de prevenção e promoção da Saúde Mental, politizando a saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento.

O entendimento que a equipe tem como atitude errônea definir prioridades no atendimento não pode ser refletido fora de seu contexto, ou seja, o fato de não haver uma rede de cuidado estruturada acaba por impor à equipe a decisão, sobretudo ética, de qual usuário poderá usufruir de um serviço, o que não representa necessariamente uma afirmação do princípio da equidade, uma vez que este princípio também prevê cuidado à necessidade do sujeito que não é avaliado e concebido como um caso grave, o que não ocorre.

Na terceira questão problematizadora, *“aponte os potenciais e os limites nos processos do cuidado integral aos indivíduos com transtorno mental”*, serão apresentados e discutidos os DSCs separadamente, sendo primeiro os potenciais e posteriormente os limites.

Em relação aos potenciais, nota-se que o vínculo promovido pelo fato de a ESF representar um cuidado territorializado à saúde da população, viabilizado por meio das visitas domiciliares, caracteriza o principal potencial identificado pela Equipe de Saúde da Família, como se pode observar no fragmento abaixo do DSC da equipe:

A gente tem um potencial muito grande que é a nossa presença mesmo na casa dessas famílias, as visitas, atuar dentro da família, a gente pode identificar a pessoa, laços da família, pessoas mais chegadas do paciente, pode ajudar tipo a fazer um grupo familiar, uma ajuda total na família, conversar bastante, porque às vezes o problema pode estar é na família. A gente tem todas as informações, esse embasamento que pode ajudar no diagnóstico e no tratamento do paciente. O vínculo direto é a grande sacada do Saúde da Família, ter acessibilidade à família. Essa integração assim de você estar ali presente em todos os meses, passar e conversar, e até mesmo o paciente que tava lá isolado e agora começa até perceber que alguém se importa por ele.

O DSC acima demonstra que as ideias da Equipe corroboram as pontuações de Pereira et al. (2007), Souza et al. (2007) e Vecchia e Martins (2009). Tal dado demonstra como a ESF pode contribuir de maneira decisiva na construção da Atenção Psicossocial ao usuário portador de transtornos mentais, uma vez que o cuidado integral em parceria com a família reflete a proposta de desinstitucionalização e territorialização do cuidado em Saúde Mental.

Acrescenta-se a este achado a importância do conhecimento demonstrado pela equipe em relação às necessidades da comunidade, que também pode ser

entendido como um potencial para a construção de dados epidemiológicos que garantam a implantação e implementação de ações pautadas na realidade sanitária daquele território.

Outra questão presente no DSC foi a demonstração de motivação dos profissionais em relação às necessidades dos usuários, mesmo sem condições de atendê-las:

O que facilita é a nossa disposição, boa vontade, força de vontade de querer ajudar essas famílias, porque mesmo sem o tratamento, sem o médico, a gente buscar ajudar as famílias. A única coisa que a gente tem é a vontade de trabalhar. Cada um faz o máximo de si, se unindo a gente mesmo, às vezes com gasto nosso mesmo. A gente interessa pelo paciente, faz o que pode, acaba se identificando e tendo um pouco de compaixão, ficando de mãos atadas, sem poder fazer muito por eles.

Tal discurso demanda duas importantes reflexões acerca da motivação e da disponibilidade da equipe em relação ao usuário. Se por um lado demonstra o compromisso da equipe com a população, representando um fator que realmente contribui para a qualidade do cuidado em Saúde Mental proposto pelos profissionais da ESF, por outro revela que diante de um panorama de desestruturação da rede de cuidado, esse compromisso da Equipe, que deveria ser um fator entre tantos, passa a ser entendido como o único existente neste processo, denunciando, portanto, a carência de serviços e de ações em Saúde Mental para a população.

Segundo Reinaldo (2008), para que o trabalho seja desenvolvido, deve-se priorizar a qualificação do atendimento na Atenção Primária por meio da capacitação dos trabalhadores e do suporte matricial. Entretanto, verificou-se neste estudo que uma capacitação pontual pode se mostrar ineficiente, pois não permite aos profissionais operarem uma mudança concreta do modelo de atenção afinado com a política de Saúde Mental. Chama atenção também a pouca vontade política dos gestores, caracterizada pela falta de serviços ou de profissionais de apoio às equipes da ESF, revelando baixo investimento político no fortalecimento da Atenção Primária.

Essa falta de estrutura, que pode ser física, de materiais, e até de recursos humanos, dificulta a realização de ações em Saúde Mental. Pela análise dos fragmentos do discurso, essa estrutura não diz respeito à ideia de construção de uma unidade com alta densidade tecnológica, mas sim em relação a requisitos básicos para o desenvolvimento de quaisquer ações, tanto de prevenção e promoção, quanto de reabilitação da saúde. O fragmento a seguir explicita tal ideia:

A pessoa que precisa realmente de um tratamento ali, todo dia, ou que dá uma crise, a gente não tem como resolver aquele problema de imediato. Nós não temos espaço de trabalho, precisaríamos de salas adequadas, amplas. O nosso postinho não tem como acolher, você está vendo como ele é bem precário. A gente queria fazer uma semana de trabalho, pra pessoa se sentir útil, né? Mas não tem como. Então é falta de estrutura e de lá de cima mesmo, né? Se a gente tivesse condição de trabalho, facilitava muito.

Outro ponto importante a ser discutido é a relação de dependência que a equipe algumas vezes estabelece entre a dificuldade de se ofertar cuidado em Saúde Mental e a falta do profissional médico. Em determinados momentos, passou-se a ideia de que o cuidado aos transtornos mentais dependia unicamente do médico, em detrimento de uma concepção de trabalho em equipe:

A gente não pode resolver muito, porque não temos o profissional médico na unidade, a gente fica limitado realmente. A maioria dos pacientes estão sem avaliação médica há muito tempo, só na base da troca da receita. Os encaminhamentos a gente não consegue marcar. Falta um médico que trate do problema, porque só tem um em Brazlândia. A dificuldade maior é de conseguir uma consulta e principalmente medicamento.

O discurso acima ainda reflete, segundo Buchele, Borges e Coelho (2006), a permanência do modelo de Atenção Primária em Saúde Mental centrado no médico, o que, de acordo com Brêda e Augusto (2001), evidencia o processo de medicalização dos sintomas dos sujeitos, que ainda persiste no trabalho. Entretanto, parece haver coexistência de concepções, com menções também à necessidade de se ter uma equipe interdisciplinar de referência para a área, no âmbito da Atenção Primária, muitas vezes exemplificado por meio da necessária implantação de um CAPS na regional:

A equipe incompleta é um limite. Não tem enfermeiro, não tem médico aqui. Isso frustra, pois não tem como dar continuidade ao tratamento. A falta de profissionais pra estar ajudando a gente é um limite. Se aqui dentro de Brazlândia tivesse um centro só especializado pra eles, por exemplo, um CAPS... A falta de uma referência realmente pra eles terem um acompanhamento de fato. Como não tem médico, não tem psiquiatra, não tem psicólogo, é complicado, a pessoa não vive só de remédio, a pessoa vicia. Estão querendo abrir um CAPS, se abrisse eu acho que melhoraria bastante. Mas a gente já encontra essa barreira aí, fala, fala e fica no papel. A gente tem vontade de desenvolver um trabalho e tudo, mas infelizmente não tem o recurso humano necessário, que é a equipe, não tem.

O discurso apresentado condiz com a proposta do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que postula que as ações de Saúde Mental na Atenção Primária devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas, devendo existir nessa relação a noção de território,

organização de atenção em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial e interdisciplinaridade. Além disso, condiz com a proposta de que a ESF deve encaminhar para os CAPS os casos que realmente precisam de uma atenção mais especializada, responsabilizando-se por realizar parcerias e construir uma rede que sirva de base para uma mudança estrutural no cuidado com a Saúde Mental (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Também nesse fragmento de discurso, é possível perceber que a falta de uma equipe de referência em Saúde Mental é sentida pela Equipe da ESF como fator dificultador do trabalho, sendo que experiências de Apoio Matricial (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009) já existem e podem contribuir para o compartilhamento da responsabilidade pelos casos, permitindo-se evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização do sofrimento, promovendo a equidade e o acesso.

Por fim, percebe-se que o discurso da equipe ora apresenta elementos de uma Atenção Psicossocial, ora explicita a ideia de que o cuidado aos transtornos mentais deva ser essencialmente médico. Nota-se, portanto, que ainda não há uma clareza da equipe em relação a como deve ser o cuidado integral ao usuário que demanda atenção na área, e isso pode representar um obstáculo ao estabelecimento de uma rede de atenção em Saúde Mental. Tais achados são semelhantes aos que Brêda et al. (2005) encontraram em seu estudo, dificultando a construção da atenção psicossocial no âmbito da Atenção Primária.

Os limites evidenciados por esta pesquisa podem ser enfrentados com o Apoio Matricial, considerando que parte deles está relacionada ao processo de formação/capacitação dos profissionais, o que pode ser observado em diversas experiências de integração entre Saúde Mental e Saúde da Família no Brasil (ARCE; SOUSA, 2010). O matriciamento permite uma retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, tais como as Equipes de Saúde da Família (CAMPOS; DOMITTI, 2007), mediante reflexão e discussão dos casos complexos e reais no cotidiano profissional, com a identificação das necessidades dos usuários e familiares e avaliação de intervenções mais viáveis e efetivas, a partir do contexto psicossocial do território.

Este apoio possibilitaria ampliar o alcance e fortalecer as ações de cuidado em saúde mental no território, sob responsabilidade dos profissionais da equipe de referência e da equipe matricial, dos usuários e da família, imbricados no processo

de promoção da saúde, onde cada sujeito tem uma competência singular na tomada de decisão para a realização do cuidado e produção de saúde, direcionados pela integralidade (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010), potencializando a capacidade dos profissionais para uma escuta e acolhimento qualificados.

O Apoio Matricial em saúde mental e os NASF permitem o fortalecimento das competências e habilidades dos profissionais da ESF, e devem ser considerados para a realidade estudada na perspectiva da Educação Permanente em Saúde, que segundo Ceccim (2005) visa a transformar o trabalho, concebendo a saúde enquanto lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Estas ferramentas contribuem para a definição técnica de quais ações de Saúde Mental devem ser implantadas no território, de modo a efetivar politicamente uma rede de cuidados, considerando os diferentes momentos de saúde e do adoecimento psíquico.

Portanto, a educação permanente permite enfrentar alguns dos limites evidenciados nos discursos, sobretudo em relação às capacitações pontuais e descontextualizadas, às dificuldades de identificação das situações de sofrimento psíquico, à lógica do encaminhamento, à submissão e à centralidade no profissional médico e a não organização da demanda no território.

Caminhos possíveis para as práticas de cuidado integral em saúde mental nas equipes da ESF

Ressalta-se a necessidade de se realizar estudos com equipes completas, uma vez que nesta pesquisa isso não foi possível. Ainda assim, os resultados demonstraram a importância de se aprofundar e construir novos conhecimentos acerca das experiências de inserção da Saúde Mental na ESF, a partir das consonâncias observadas nos limites e nas potencialidades do Distrito Federal com outras realidades brasileiras.

Dialogando com os objetivos desta pesquisa, percebeu-se que as equipes de Saúde da Família apresentam potencial para o cuidado em Saúde Mental, devido, sobretudo, ao vínculo que estabelecem com as famílias, essencial para a atenção psicossocial. A disposição demonstrada pelos profissionais também facilita o avanço técnico e político desta proposta.

As ações das equipes devem ser ampliadas, mas outras ações que extrapolam sua governabilidade também devem ser viabilizadas, como o investimento dos

gestores em equipamentos de saúde preconizados por diversas políticas públicas. A integração com um CAPS, tendo em vista que o quantitativo populacional da cidade está próximo ao mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde, ou até mesmo com um NASF sob a perspectiva do Apoio Matricial, poderia promover uma mudança na realidade observada, sem sobrecarga para as equipes. Para tanto, faz-se necessário que estas estejam completas e possam trabalhar com todas as suas possibilidades, integradas em uma rede de cuidados, evitando que a desestruturação do serviço contribua para o sofrimento psíquico dos sujeitos e de suas famílias.

Por fim, constata-se concepções e práticas contraditórias e por vezes incompatíveis com a atenção psicossocial no cotidiano dos profissionais e dos serviços. Assim, devem-se realizar capacitações que evitem centralizar a estratégia pedagógica no conteúdo, contextualizando-as do mundo real do trabalho, em busca da integralidade do cuidado, mesmo diante de uma rede de serviços fragilizada territorialmente. Estas devem visar à qualificação técnica e política dos profissionais na ótica da educação permanente, em um processo contínuo de supervisão, que pode ser concebido nos moldes do Apoio Matricial, facilitado pela própria COSAM em parceria com gestores e trabalhadores da Atenção Primária e usuários, buscando uma corresponsabilização pela criação e consolidação de uma rede de cuidados.

Busca-se, desta forma, habilitar os profissionais a realizarem uma análise concreta da demanda em Saúde Mental a partir de conhecimentos de cunho epidemiológico, além de torná-los aptos transformem o espaço da Unidade Básica de Saúde da Família em espaço privilegiado de cuidado dos transtornos mentais, não se reduzindo à definição de diagnóstico e encaminhamento para outros níveis de atenção. Isso posto, faz-se necessário repensar e redimensionar os processos educativos desenvolvidos na realidade estudada, que se mostraram frágeis para dar conta da complexidade do tema.

Os resultados desta pesquisa nos mostram que os diferentes atores envolvidos neste campo devem trazer para seus cotidianos o debate acerca das possibilidades e dos limites que envolvem a construção do cuidado integrado na Atenção Primária, de modo a promover qualidade de vida e resgatar o direito à saúde dos usuários portadores de transtornos psíquicos. Sobretudo os profissionais da ESF, pois ao entendermos que a articulação da Saúde Mental com a Saúde da Família representa um campo vivo de reflexões e ações, evidencia-se como necessário e

oportuno que aqueles profissionais assumam seu protagonismo na direção da garantia do acesso, por meio do acolhimento, do vínculo e da corresponsabilização, reafirmando a proposta da desinstitucionalização, construindo assim novos caminhos possíveis para a prática do cuidado integral.

Referências

- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Práticas de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão das potencialidades e dos limites para a construção de um cuidado integrado. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*, Brasília, v. 4, n. 1, p. 33-41, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. In: _____. *Legislação em Saúde Mental*. 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 11-2.
- _____. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: CNS, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Circular Conjunta n. 01/03, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde Mental/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 10 set 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, 25 jan 2008.
- BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.
- BRÊDA, M.Z. et al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio-jun 2005.
- BUCHELE, D.L.P.L.; BORGES, V.F.; COELHO, E.B.S. A interface da Saúde Mental na Atenção Básica. *Cogitare enferm*, v. 11, n. 3, p. 226-33, 2006.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.
- CUNHA, G.T. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2005. (Saúde em Debate; 162).
- FIGUEIREDO, M.D.; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129-138, 2009.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. de (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008. p. 39-58.

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M.H. A Trajetória da Atenção Básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

JUCÁ, V.J.S.; NUNES, M.O.; BARRETO, S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, 2009.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A.M.C.; MARQUES, M.C.C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e organização. *Ciência. Saúde Coletiva*, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=622>. Acesso em: 08 set 2008.

MIELKE, F.B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, p.900-907, 2010 .

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NUNES, M.; JUCA, 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, 2007.

PEREIRA, M.A.O. et al. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, p. 567-572, 2007.

REINALDO, A.M.S. Saúde Mental na Atenção Básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 12, n. 1, p. 173-178, 2008.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

SANTOS, B.R.L. O PSF e a enfermagem. *Rev Bras Enfermagem*. v. 53, n. esp, p. 49-53, 2000.

SILVEIRA, D.P., VIEIRA, A.L.S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009.

SOUSA, M.F. Saúde da Família e os conceitos necessários. V. 1. In: _____. *Programa Saúde da Família no Brasil*. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: EdUnB. p. 39-56.

SOUZA, A.J.F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm*, Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, 2007.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009 .

VECCHIA, M.D. *A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe*. 2006. 106p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2006.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, 2009.

Abstract

Mental Health Praxis within the Family Health Strategy: contributions to build an integrated care

This paper, originated in a quali-quantitative study, attempted to analyze the practices of Mental Health in Family Health Strategy teams from Brazlândia, Federal District, Brazil, concerning their potential and limits for delivering integral care to people with mental distresses in primary care. Interviews were conducted with the professionals who were trained in Mental Health. The analysis employed the method of the Discourse of the Collective Subject. The results showed that the population has limited access to mental health care, due to the lack of structured support network. There was also low capacity to solve mental health problems in the context of FHS, since the actions developed emphasize outpatient appointments and referrals to medical admissions in hospitals, what shows both the still hegemonic biomedical conception in the practices, as the dismantling of a network to ensure integral care. These results lead to the debate of qualifications of the FHS teams in mental health, in order to recognize and enjoy the potential of the bond established between teams and users/families.

► **Key words:** Family Health Strategy; Primary Care; Mental Health.