



PRPG | Pré-Reitoria de Pós-Graduação
PIBIC/CNPq/UFPG-2009

SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

Thaliny Batista S. de Oliveira¹; Helena Karolyne A. Guedes²; Francisca Bezerra de Oliveira³

RESUMO

A integração entre as ações de saúde mental e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamental para o processo de inclusão do usuário com sofrimento psicossocial à sociedade. Esta pesquisa busca uma reflexividade acerca das ações desenvolvidas no CAPS II e na ESF, no município de Cajazeiras – PB, objetivando verificar a existência da comunicabilidade entre esses campos da saúde, bem como se existe acolhimento e reinserção do usuário na família e comunidade. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: observação, diário de campo e entrevista semi-estruturada, tendo como participantes da pesquisa os profissionais das ESF e do CAPS II. Observou-se que ainda não há articulação entre as equipes de saúde da família e de saúde mental, o que resulta na concentração de cuidados ao usuário no CAPS; a equipe da ESF não desenvolve ações que promovam o acolhimento e o vínculo ao usuário e os profissionais do CAPS promovem práticas sem articulá-las a rede básica. Entretanto é perceptível o desejo de ambas as partes pela existência real dessa integração. Torna-se fundamental a implementação de políticas públicas municipais que promovam a interação entre saúde mental e rede básica de atenção.

Palavras-chave: reforma psiquiátrica, rede básica de saúde, saúde mental

MENTAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: A NECESSARY ARTICULATION

ABSTRACT

The integration between the actions of mental health and of the Family Health Strategy (FHS) is fundamental to the process of inclusion of the user with psychosocial suffering regarding society. This research seeks reflexivity about the actions developed at CAPS II and at the FHS, in Cajazeiras County – PB, aiming to verify the existence of communicability between these health fields, as well as if there is reception and reinsertion of the user in the family and in the community. It is an exploring study with qualitative approach. The instruments utilized in the data collection were: observation, field diary, and semi-structured interview, having as participants of the research the professionals of the FHS and CAPS II. It has been observed that there is no articulation yet between the family health and the mental health equipments, what results in the concentration of care to the user at CAPS; the FHS equip does not develop actions which promote the reception and the link to the user and the CAPS professionals use to promote practices without articulating them to the basic net. However, it is perceptible the desire of both parts for the real existence of this integration. It becomes fundamental the implementation of municipal public policies which promote the integration between mental health and the basic net of attention.

Keywords: psychiatric reform, basic net of health, mental health

¹ Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, UFPG, Cajazeiras, PB, E-mail: thalinysarmento@yahoo.com.br

² Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, UFPG, Cajazeiras, PB, E-mail: karolynearruda@hotmail.com

³ Enfermeira, Professora. Doutora, Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, UFPG, Cajazeiras, PB, E-mail: oliveirafb@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é ancorada pela Lei nº 10.216/01, promulgada em 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, direcionando a saúde mental para um novo modelo assistencial. Dentre os direitos estão: o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; tratamento humanizado e com respeito, tendo interesse exclusivo de beneficiar a saúde, dispondo-se a alcançar a recuperação do paciente através de sua inserção na família, comunidade e trabalho. Além disso, essa lei permite à pessoa ser tratada em ambiente terapêutico, por meio de tecnologias de cuidado eficazes e preferencialmente, em serviços comunitários de saúde, tendo como finalidade a sua reinserção social (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica tem como palavra chave a desinstitucionalização compreendida como a construção de novos conceitos e práticas em saúde mental, com ênfase no usuário, família e comunidade. Articula-se a esse contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que trabalha nessa mesma perspectiva, incorporada no cotidiano da comunidade, objetivando a prevenção de doença, a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente.

Esse novo modelo de assistência em saúde mental tem estimulado a discussão de muitas estratégias vinculadas a este campo, na busca de desenvolver ações de promoção da saúde, garantindo a atenção ao sujeito em todos os seus aspectos, por meio da articulação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e ESF. A ESF foi criada em 1994, pelo Governo Federal, é considerada uma das formas de atenção primária em saúde, tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial biomédico - centrado na doença e no tratamento -, para um modelo com foco na saúde do sujeito (AMARANTE, 2007).

De acordo com Silveira (2007), o conceito de território presente na ESF, estabelece uma forte interface com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com seus princípios de territorialização e responsabilização pela demanda. Isto possibilita um novo paradigma em saúde mental, em que o usuário é considerado um ator social importante no processo do tratamento, objetivando a construção de novas subjetividades e a inclusão social. Para garantir essa inclusão é necessário o vínculo entre a comunidade, os novos serviços em saúde mental e as equipes de saúde da família, integrando um sistema que fortalece o atendimento e possibilita o envolvimento do usuário no seu contexto social.

A equipe de saúde da família passa a agir de forma mais abrangente, sendo responsável não só pela assistência ao paciente, família e sociedade, como também pela atuação frente à identificação precoce e agravamento dos transtornos psíquicos. Essas situações são vivenciadas através das visitas domiciliares, reuniões grupais, atendimento familiar ou individual (COIMBRA, 2005). Contudo, sem o suporte das equipes de saúde mental essas ações ficam difíceis de serem desenvolvidas.

Ao contrário do que se imagina, a ESF deve trabalhar não só com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (pré-natal, diabetes, hipertensão, tuberculose, entre outros), mas com a totalidade de assistência que lhe é permitida, por meio de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis. Torna-se relevante a efetivação da promoção e tratamento da saúde mental ao nível de atenção básica, uma vez que essa articulação, possivelmente, proporcionará redução na demanda dos usuários aos serviços substitutivos, promoverá a sua reinserção no contexto da comunidade, bem como proporcionará a escuta e o vínculo com a família e o sujeito em sofrimento mental. No entanto, existem alguns obstáculos que dificultam essa articulação, como: a falta de profissionais capacitados, a ausência de grupos de apoio (pastorais, comunidades de bairro, grupos terapêuticos), além das dificuldades dos usuários em encontrar na rede básica a assistência em saúde mental. Neste sentido, faz-se necessário à capacitação dos profissionais da ESF para lidar com pacientes em sofrimento psicossocial.

Como afirmam Andrade et al. (2007) é pela inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica que será possível encontrar um caminho para superar o problema da acessibilidade neste campo da saúde. Organizar esta modalidade de cuidado ao paciente com transtorno mental na ESF deve ser uma prioridade, uma vez que irá produzir uma atenção integral, contínua e de qualidade (DIMENSTEIN et al., 2005).

Com a institucionalização da ESF na maior parte dos municípios do país, a atenção básica viu-se obrigada a promover sua integração com a saúde mental. Para isso, foram criadas as Equipes Matriciais de Referência em saúde mental, que consistem na formação de uma rede de apoio por parte desses profissionais à rede de atenção básica. As equipes Matriciais ainda estão em construção, elas representam um fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolve tanto as equipes de saúde mental com a da atenção básica, e deverá ser uma das prioridades no que diz respeito à integralidade do sujeito (BRASIL, 2007).

Porém, o nível de informação das equipes da ESF acerca dos assuntos relativos a esta área da saúde ainda é baixo. Outro problema é a resistência de alguns profissionais à inserção das ações de saúde mental na unidade, pois estas são vistas como um aumento da demanda de trabalho (CASÉ, 2001). A maioria das equipes não está capacitada para atender essa demanda, atribuindo esse papel aos psiquiatras e psicólogos.

Para isso, é fundamental que se promova uma capacitação que prepare os profissionais para o atendimento e acompanhamento dos sujeitos com transtornos mentais. Essa capacitação deve ocorrer em uma via de mão dupla, onde faz necessária a Equipe de Saúde Mental aprender com as equipes de saúde

da família, principalmente quanto ao funcionamento da unidade e suas atividades, como também sobre a comunidade, seus costumes, hábitos e modos de vida.

Nesse sentido, Reinaldo & Rocha (2002) reforçam a importância da visita domiciliar, concebendo-a como um instrumento de re-inserção do usuário na família. Esta pode ser realizada pelos agentes de saúde, enfermeiros, médicos e outros profissionais. Durante as visitas, a equipe deve traçar um plano, com objetivos e metas de apoio ao usuário e a família, principalmente aquele paciente egresso de longas internações psiquiátricas. As visitas de enfermagem são direcionadas a orientação do usuário e da família sobre o transtorno mental, enfatizando o auto cuidado, o uso de medicações, entre outros aspectos. A equipe da ESF deve agir de forma intersetorial, buscando articulação com outros setores da sociedade.

O plano de inclusão de ações de saúde mental na atenção básica propõe iniciar o trabalho na ESF com a elaboração de um Plano Municipal de inclusão da Saúde Mental na Rede Básica, que deve ser apresentado inicialmente ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizando, em seguida, reuniões com as Equipes de Saúde da Família (PINTO, 2002).

Este autor através de sua experiência com transtornos graves na atenção básica propõe a formação de Equipes Volantes de Saúde Mental. Primeiro, a Equipe volante deverá conhecer a realidade da ESF, posteriormente, deverá haver uma discussão dos casos concretos que são atendidos pela equipe e a partir de então, serão realizadas ações de capacitação das equipes da ESF.

Os municípios que apresentem até 200 mil habitantes devem possuir para cada nove equipes de saúde da família uma equipe de saúde mental, composta de no mínimo: um psiquiatra ou clínico geral capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental. Embora nem todos os municípios possuam esses novos modelos de assistência como os CAPS, é necessário existir a parceria das unidades básicas de saúde e os serviços de outras localidades, garantindo um atendimento mais abrangente e qualificado (BRASIL, 2002).

Diante do exposto é necessário instigar e aprofundar debates e reflexões sobre os saberes e práticas na saúde mental que estimulem essa interlocução com a atenção básica e a integração do usuário na família, comunidade e trabalho.

Esta pesquisa objetiva identificar a existência de uma comunicabilidade entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), no município de Cajazeiras - PB, bem como se existe o acolhimento e reinserção do usuário na família e comunidade. Desta forma, também é relevante apontar neste estudo todas as atividades desenvolvidas pelo CAPS II, identificando como agentes efetores do processo de construção da cidadania desses indivíduos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa.

Para Minayo (2003), A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações de natureza diferente da pesquisa quantitativa, que lida com variáveis, dados matemáticos, equações, estatísticas.

Esta pesquisa teve como cenários de estudo 14 unidades que compõem a rede básica de saúde e o CAPS II do município de Cajazeiras – PB. A cidade de Cajazeiras é considerada a 6ª maior cidade do Estado da Paraíba, com uma população estimada em 56.481 habitantes (2004), predominantemente urbana (77%). Está localizada no Oeste Paraibano, distando 476 km de João Pessoa. Em relação ao setor saúde, especialmente a atenção básica, esta cidade apresenta atualmente 14 Estratégias de Saúde da família, sendo 11 na área urbana, 02 no perímetro rural e 01 no distrito de Divinópolis.

No campo da saúde mental, Cajazeiras dispõe de uma Clínica Psiquiátrica com 20 leitos credenciados pelo SUS, desde a década de 70; um CAPS II destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, atendendo cerca de 45 pacientes em regime intensivo e semi-intensivo, criado em outubro de 2001; um CAPSad para tratamento de usuários de álcool e outras drogas, atendendo 35 usuários intensivo e semi-intensivo, criado em março de 2006, e um CAPSi destinado ao tratamento de crianças e adolescentes, criado em fevereiro de 2009.

Os sujeitos desta pesquisa foram os enfermeiros que compõem as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os profissionais de nível superior do CAPS II, do município de Cajazeiras - PB. A opção por entrevistar apenas os profissionais e não incluir a perspectiva dos usuários deve-se ao desejo de privilegiar as ações, as concepções e as condutas destes atores sociais em relação à saúde mental. Foram entrevistados 13 dos 14 enfermeiros que compõem as UBS, pelo fato da Unidade de Saúde da Família do Sítio Boqueirão encontrar-se interditada, por consequência das fortes chuvas que caíram na região. Do total dos entrevistados, 12 (90%) eram do sexo feminino e 01 (10%) do sexo masculino. Apenas 06 (46,15%) dos 13 enfermeiros fizeram pós-graduação *Lato Sensu*. A idade variou de 24 a 48 anos, todos com tempo médio de serviço nas unidades de apenas três meses. Este fato é decorrente de um período de transição política, que implica em mudança de gestor municipal e conseqüente alteração no quadro dos profissionais. No CAPS II, foram entrevistados 05 sujeitos: uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma psiquiatra, uma enfermeira e a atual coordenadora do serviço.

Os dados qualitativos mostram as condutas adotadas pelos enfermeiros e pelos profissionais do CAPS II, no que diz respeito à interação destes serviços, bem como as ações de saúde mental desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família.

Inicialmente, foi feita uma solicitação para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP, do Centro de Saúde de Tecnologia Rural da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. O projeto que resultou nesta pesquisa teve parecer favorável sob número de protocolo 47/2007. Ademais, tomou-se o devido cuidado em omitir quaisquer informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

Para a coleta de dados foram utilizados múltiplos instrumentos: observação de situações reais dos usuários no CAPS II; diário de campo para registrar as observações realizadas. Além disso, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais do CAPS II e da ESF, com as seguintes questões que nortearam as falas em direção aos objetivos da pesquisa: Existe acolhimento a pessoa com transtorno mental nesta unidade de saúde? Quais são as modalidades de atenção e cuidado disponibilizados por esta unidade de saúde às pessoas em sofrimento psicossocial? Fale sobre as formas de encaminhamento dos usuários com queixas neuropsiquiátricas que buscam a rede básica de saúde. Qual a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e como se dá a integração com o CAPS local? Como se dá a articulação com a ESF?

O método de análise utilizado para se trabalhar as informações obtidas do processo de construção de dados foi a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo das narrativas dos entrevistados justifica-se por sua pertinência à análise do material produzido por meio das entrevistas semi-estruturadas, por ser “rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples” (BARDIN, 1977, p. 153). Para preservar a identidade dos profissionais, foram usados identificadores para a enumeração das entrevistas, por exemplo, E₁, E₂, E₃...E₁₃, em relação aos enfermeiros da ESF e E_{1 CAPS}, E_{2 CAPS} ... E_{5 CAPS}, para designar os profissionais do CAPS II.

A partir das leituras e (re) leituras do texto produzido pelas entrevistas realizadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família e do CAPS II emergiram os seguintes temas: Falta de interação entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família; Medicalização e fragmentação das ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Falta de interação entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família

O desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, como por exemplo, os CAPS, assinalam o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de muitas cidades do país se dedicarem ao processo de desinstitucionalização e resgate da identidade e vida da pessoa em sofrimento psicossocial, esta ainda não é uma situação real quando analisada pelo aspecto da assistência. É bem verdade que muitos compreendem a necessidade da articulação entre esses serviços como fator relevante para a melhoria do atendimento e alcance dos objetivos que são definidos pelos princípios fundamentais do Sistema de Saúde (integralidade, universalidade, equidade, descentralização, resolutividade, hierarquização, regionalização e participação popular).

A atenção básica é considerada porta de entrada para o Sistema de Saúde, inclui-se nessa atenção ações em saúde mental, na busca de resgatar a singularidade do usuário, investindo no seu tratamento e prognóstico, rompendo com a lógica de que a doença é sua identidade e que a medicação é a única solução. Sua concepção está fundamentada na formação de laços sociais e no conceito de territorialização como alternativa para reabilitação social. Neste sentido, percebemos uma convergência entre os princípios da saúde mental e da atenção básica. Entretanto, estes princípios ainda precisam ser colocados em prática pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2009a).

O quadro a seguir demonstra o que foi discutido anteriormente, em relação a falta de interação entre a ESF e a saúde mental, por meio do CAPS II.

Tabela 1: Entrevista aplicada aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Entrevista	Acesso ao CAPS:		Encaminhamento:	
	Fácil	Difícil	CAPS	Clínica Psiquiatra
E ₁	X		X	
E ₂	X		X	
E ₃	X		X	
E ₄	X		X	
E ₅	X		X	
E ₆	X		X	

E ₇	X		X
E ₈	X		X
E ₉	X		X
E ₁₀		X	X
E ₁₁	X		X
E ₁₂	X		X
E ₁₃	X		X

Diante do exposto, percebe-se que no município de Cajazeiras - PB ainda não existe uma articulação entre saúde mental e a rede básica de atenção. Este fato pode ser atribuído à falta de capacitação dos profissionais da ESF no campo da saúde mental, observado através da dificuldade destes em atender as demandas dos indivíduos em sofrimento psicossocial, como demonstra a fala a seguir:

“No momento não está tendo nenhuma articulação. Eu penso que isto se deve a esta transição política. Os profissionais estão passando por uma fase de adaptação, conhecendo o serviço. Existe gente aqui que ainda não conhece a dinâmica do serviço.” (E_{1 CAPS})

Este depoimento revela uma prática comum em muitos municípios brasileiros. O problema em questão é a mudança constante dos profissionais que compõem as equipes, tanto das ESF, como dos CAPS. Isto demonstra a falta de interesse de gestores locais na efetivação de concursos públicos que garantam a permanência dos profissionais nas suas funções. Desta forma, constata-se que investimentos públicos não estão sendo aproveitados de forma satisfatória, pois à medida que novas equipes são criadas o Governo tem a precisão de capacitá-las, para que estas possam atuar eficazmente de acordo com as necessidades daqueles usuários.

Outro fato a ser destacado é a falta de compromisso dos profissionais da ESF em realizar o acompanhamento do paciente até os serviços substitutivos.

“Através do encaminhamento médico o paciente procura o CAPS para atendimento.” (E₃)

Neste depoimento, observa-se mais uma vez a inexistência da parceria entre a ESF e o CAPS, exceto pelo fato do primeiro encaminhar o usuário para ser atendido no segundo serviço referido. É bem perceptível a ausência dessa integração quando o profissional afirma que o “paciente procura” o serviço para o atendimento, ficando ao cargo deste e de sua família essa responsabilidade.

“Não tenho nenhum contato com o CAPS.” (E₁)

“O paciente vem para consulta onde é encaminhado direto para o CAPS através da referência e lá ele é assistido.” (E₅)

Estas falas reforçam a ausência da interação entre os serviços, explicitada pela falta de interlocução não só dos serviços, como também dos próprios profissionais. No entanto, verifica-se o anseio de alguns profissionais por essa articulação, fazendo-os apontar esse fato como uma condição de melhoria da assistência e garantia da integralidade do sujeito.

“Pra alcançarmos o objetivo da reinserção social daqueles marginalizados e excluídos, há séculos necessitamos’ desenvolver um trabalho articulado numa rede. A ESF faz parte dessa rede, como recurso da comunidade é um forte aliado na luta por uma consciência psiquiátrica extramuros e o mais próximo da família possível.” (E_{1 CAPS})

Desta forma, percebe-se a intenção de alguns profissionais em desenvolver essa parceria, colocando-a como estratégica para a melhoria da qualidade da assistência e uma possível reinserção social, o que também é enfatizado na seguinte entrevista:

“A responsabilidade compartilhada pode produzir uma forma de co-responsabilização pelos casos, favorecendo ainda mais a (re) inserção social do usuário do CAPS na família e comunidade.” (E_{2 CAPS})

Convém salientar que um certo vínculo é percebido entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e o CAPS. Isto fica explícito na seguinte fala:

“Os ACSs estão sempre procurando o CAPS para realizar visitas domiciliares na busca de casos de cárcere privado e maus tratos com o usuário.” (E_{3 CAPS})

Nesta narrativa percebe-se que as ações desenvolvidas pelos ACSs estão resumidas à busca dos casos de usuários que estão sofrendo algum tipo de agressão ou estão encarcerados no domicílio. Contudo, essas atuações não são suficientes para a promoção do vínculo: usuário-família-comunidade.

Medicalização e fragmentação das ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da ESF

A Política Nacional de Saúde Mental propõe novas práticas de saúde mental na ESF, substitutivas ao padrão tradicional. Essas ações estão voltadas para a não medicalização ou psiquiatrização do sujeito, mas para uma assistência integral que atenda este e suas necessidades. Com isto, faz-se necessário a articulação da rede de cuidados, objetivando alcançar essa integralidade que constituiu um método de atividade voltada para a esfera da vida do indivíduo (BRASIL, 2009b).

Os princípios fundamentais desta articulação são: acolhimento, vínculo e responsabilização, território, promoção da saúde, integralidade, reabilitação psicossocial, participação da comunidade, promoção da cidadania dos usuários, intersectorialidade, multiprofissionalidade e organização da atenção à saúde da rede.

O acolhimento tem como proposta inverter a concepção da organização e do funcionamento do serviço de saúde, sendo este organizado de forma que nele seja centrado o usuário. Verifica-se que a palavra acolhimento possui como sentido receber, aceitar, tomar consideração, atender, ter atenção, dar crédito, escuta, entre outros. Esses significados nos dão a idéia de inclusão, de inserção. Ao lado dele está o vínculo, que é percebido como união, aliança, bom relacionamento, interação, reciprocidade, possibilitando uma visão de autonomia e cidadania (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Este quadro aponta para falta de acolhimento e cuidados específicos no campo da saúde mental.

Tabela 2: Entrevista aplicada aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Entrevista	Há acolhimento?		Há cuidados específicos em saúde mental?		Há grupos temáticos em saúde mental, nesta unidade de saúde?	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
E ₁		X		X		X
E ₂		X		X		X
E ₃		X		X		X
E ₄		X		X		X
E ₅	X			X	X	
E ₆		X		X		X
E ₇		X		X		X
E ₈	X			X		X
E ₉	X			X		X
E ₁₀		X		X		X
E ₁₁		X		X		X
E ₁₂		X		X		X
E ₁₃		X		X		X

Segundo Schimith & Lima (2004), o vínculo existente entre os usuários e os serviços de atenção, amplia o vigor das ações de saúde e favorece sua participação no processo de tratamento. Entretanto, este vínculo ainda não é uma realidade aplicada no município de Cajazeiras/PB. Além disso, foi observada a fragmentação do atendimento ao sujeito em sofrimento psicossocial. Este fato é demonstrado quando o paciente ao procurar a ESF realiza uma consulta prévia e através da referência, a equipe encaminha para o CAPS, onde então será assistido de forma mais especializada. Essa situação é enfatizada nas entrevistas a seguir:

“O portador de transtorno mental geralmente comparece a UBS para a consulta médica, para a prescrição de sua medicação, então não há interação da equipe com o paciente e não há nenhuma modalidade de cuidado ou acolhimento disponível.” (E₃)

“Qualquer distúrbio que aparece, a família leva para a clínica psiquiátrica.” (E₁₀)

A fala do profissional entrevistado revela que o acolhimento e a escuta do sujeito são pouco explorados pela equipe desta Unidade de Saúde da Família. Também é notório uma crença do profissional no paradigma médico psiquiátrico, no qual o hospital psiquiátrico é o principal local de tratamento do sujeito que sofre. Por outro lado, pode-se observar enfermeiros empenhados em favorecer o acolhimento em algumas ESFs:

“Tem acolhimento. Esses pacientes são bem acolhidos, da mesma forma que os outros.” (E₅)

“Existe acolhimento sim, a gente recebe o paciente, escuta suas queixas, e só depois encaminha para o médico se for preciso.” (E₉)

Neste caso, o acolhimento e a escuta são importantes por constituírem uma estratégia que busca oferecer algum tipo de resposta a todos os pacientes que procuram as unidades de saúde, possibilitando assim, um cuidado integral, diminuindo a demanda dos usuários aos serviços substitutivos.

É no acolhimento que os profissionais de saúde conhecem e escutam o usuário, suas queixas, definem o tipo de atendimento na ESF ou encaminham para outro serviço, se for necessário. O acolhimento deve ser entendido como uma prática que possibilita uma relação entre os profissionais e o usuário que está precisando de cuidado, de diálogo. Assim, é de responsabilidade dos profissionais da ESF prestar atendimento integral a todas as pessoas que estão inseridas no território adscrito.

“As modalidades são básicas, havendo atendimento com o médico, enfermeiro e odontólogo.” (E₅)

“Aqui não há nenhum cuidado específico.” (E₃)

“Não há modalidades de atenção aqui na unidade. Nós apenas distribuimos medicamentos e orientamos que o paciente vá para o CAPS.” (E₉)

As narrativas apontam uma forte tendência à terapêutica que privilegia a medicação do doente, procurando aliviar apenas os sintomas.

“Não teve até agora nenhum caso na unidade, mas não existe nenhuma modalidade de atenção.” (E₁)

“Eu acho que o enfermeiro não tem nada haver com esse problema e não tem nada a fazer diante de um problema de saúde mental, quem deve resolver é o CAPS.” (E₁)

Esta última fala pontua uma ausência de um planejamento e da implementação de ações direcionadas para a atenção em saúde mental na rede básica. Aliado a isso, existe o preconceito em relação a pessoa com transtorno mental, que é percebida como uma figura estranha e instabilizadora da rotina de trabalho. É bem visível a falta de recursos humanos qualificados e capacitados para o trabalho em saúde mental na grande maioria das equipes das ESFs.

Essas considerações reforçam uma tendência para a psiquiatrização e medicalização dos pacientes em sofrimento psicossocial.

Quanto ao planejamento das ações de saúde mental pelos enfermeiros das ESFs, podemos notar que o atendimento gira em torno das consultas individuais, com foco na doença e não no sujeito que sofre. Além disso, esse atendimento é realizado pelo médico e o enfermeiro não desempenha nenhuma ação, havendo uma ausência de ações que visem à integralidade, contrapondo assim, os conceitos de vínculo e território.

Outro fato que chama atenção é a assistência centrada na internação psiquiátrica e na medicalização dos sintomas, sendo uma prática freqüente, a indicação de benzodiazepínicos, claramente expressa na fala do profissional:

“O portador de transtorno mental geralmente comparece a UBS para a consulta médica e para a prescrição de sua medicação.” (E₉)

De acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, deve haver uma interação entre ESF e o CAPS. Porém, a realidade do município de Cajazeiras é bem diferente.

“Não há atendimento específico, mas os básicos. Quando o paciente com transtornos mentais chega à unidade, é feito seu atendimento e depois ele é encaminhado para o CAPS, pois só existe essa forma de acompanhamento.” (E₄)

As ações programáticas (ou seja, os programas instituídos pelo Ministério da Saúde) são os únicos presentes nas unidades, sendo que na maioria delas, não existe nenhuma forma específica de atendimento à pessoa com transtorno mental.

Os profissionais do CAPS quando entrevistados sobre os acompanhamentos e encaminhamentos dos usuários na ESF, afirmam que:

“Por ser recente a estadia aqui no CAPS, as possíveis ações de saúde mental que poderiam ser desenvolvidas, ainda estão mais na teoria.” (E_{4 CAPS})

Quando indagados sobre o acompanhamento de algum usuário em tratamento no CAPS na ESF “Não existe nenhum acompanhamento e nunca encaminhamos os usuários para a atenção básica, exceto para receberem atendimento odontológico ou outros serviços médicos.” (E_{4 CAPS})

Essas falas revelam a necessidade da capacitação tanto dos profissionais do CAPS como da ESF, devendo ocorrer em via dupla e recíproca. É a ausência de qualificação e a falta de apoio das três esferas de Governo (Federal, Estadual e Municipal) que provocam distância entre as ações das duas estratégias de atenção em saúde. Os profissionais revelam o desejo de realização de cursos de capacitação em saúde mental.

“Estamos esperando a capacitação em saúde mental para iniciarmos as ações no PSF” (E₃) Apesar dos profissionais da ESF do município de Cajazeiras – PB ainda não desenvolverem ações integradas com a saúde mental e estarem fundamentados no modelo médico biológico (medicalização e fragmentação do sujeito em sofrimento psicossocial), alguns desses profissionais deixam explícitos nas entrevistas a necessidade de atuar de forma eficiente e competente nesta área do saber.

No tocante as atividades desenvolvidas com os usuários de saúde mental no CAPS II, torna-se relevante citarmos as principais atividades desenvolvidas no CAPS II local.

Tabela 3: Atividades realizadas no CAPS II da cidade de Cajazeiras – PB

Atividades realizadas	Datas
Desjejum/Medicação	Diária
Acolhimento e reflexão	Diária
Grupo operativo	Diária
Oficina terapêutica	Segunda/Terça
Almoço	Diária
Higiene Bucal/Repouso	Diária
Medicação	Diária
Grupo psicoterápico	Segunda/Quinta
Oficina livre	Diária
Oficina de autocuidado	Segunda
Atividade extra CAPS	Terça/Quinta/Sexta
Atividade Terapêutica	Quarta
Comemorações: carnaval, páscoa, dia das mães, São João e São Pedro, dia dos pais, aniversário do	Anualmente nas referidas datas comemorativas.

CAPS, Natal, dentre outras.	
Atendimento psicológico e psiquiátrico	Diária
Assistência de Enfermagem	Diária

Fonte: Relatório anual de atividades 2009.

Diante das atividades acima expostas, compreende-se que o CAPS II de Cajazeiras – PB realiza ações referentes ao indivíduo e ao grupo dentro do próprio serviço. Entretanto, devido a ESF não apresentar nenhuma modalidade específica aos usuários em sofrimento psicossocial, estas tarefas acabam se concentrando no CAPS o que acarreta uma maior sobrecarga de trabalho para estes profissionais. Isso leva muitas vezes a uma diminuição da eficácia da assistência. Essa situação foi enfatizada na entrevista abaixo:

“Devido a essa assistência ser feita apenas no CAPS II, a demanda aumenta, contudo a nossa carga horária de trabalho permanece a mesma, isso acaba prejudicando o nosso trabalho, que não ocorre da forma como gostaríamos... algumas vezes eu fico mais tempo do que o meu expediente, mas eu não posso fazer isso sempre porque outros profissionais ficam me esperando para encerrarem seu trabalho, ou seja, prejudica os pacientes e nós também não podemos ficar nessa superlotação.” (E₅ CAPS)

O interesse em promover uma assistência integral é visível, mas estas ações são dificultadas pela ausência da articulação entre os serviços de saúde, o que acarreta um aumento do número de usuários para ser atendido no CAPS II local. Dessa forma, a integralidade da assistência é impedida de acontecer devido não só ao tempo, mas também a redução do sujeito a um ser em adoecimento orgânico.

CONCLUSÕES

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde vem estimulando a inclusão de políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica direcionadas aos problemas de saúde mental e aos usuários, enfatizando a criação de equipes nessa rede de atenção ancorada aos profissionais da saúde mental.

Apesar de todos os impulsos que a Reforma Psiquiátrica tem gerado, principalmente quanto à construção de novos conceitos e formas de lidar em saúde mental, muitos profissionais, especialmente os enfermeiros, ainda possuem na sua prática a lógica da exclusão - baseada em teorias psiquiátricas reducionistas e organicistas - daí a importância da discussão dessas teorias que devem estar direcionadas para a compreensão do sofrimento psicossocial do sujeito. Em saúde mental o mais importante é a pessoa que sofre. Por isso, há necessidade dos profissionais desse campo do saber conjugarem esforços e estabelecerem parcerias com projetos e programas da sociedade, como é o caso da Rede de Atenção Básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental uma vez que converge para a proposta de assistência baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Por meio desta estratégia de atenção busca-se fortalecer o acolhimento, o vínculo e a escuta, resgatando a relação profissionais/usuários, através de uma relação humanizada. Por sua proximidade com famílias e comunidade, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso e abuso de álcool e outras drogas, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica, pacientes egressos de internações psiquiátricas e outras formas de sofrimento psicossocial.

Com a atenção em saúde mental na ESF haverá uma maior integralidade da assistência ao sujeito com transtornos mentais, pois a ESF é a porta de entrada para o Sistema de Saúde. A interlocução entre os CAPS e a atenção primária, em especial - com a ESF - amplia o potencial desse dispositivo de atenção como agenciador de novos modos de cuidado, que possa paulatinamente diminuir a demanda de usuários aos CAPS, desafogando estes serviços, bem como o recurso da internação psiquiátrica.

É visível a necessidade da articulação entre a ESF e o CAPS II do município de Cajazeiras – PB. A ESF mostra-se uma tecnologia a ser melhor explorada enquanto ferramenta de atenção comunitária em saúde mental, pois os princípios e diretrizes do SUS parecem não ser compreendidos ou defendidos pelos profissionais de enfermagem do município. Os enfermeiros em sua maioria trabalham com conceitos psiquiátricos fundamentados no modelo biológico - centrado na doença, na medicalização, - evidenciando a necessidade da ruptura com esse paradigma de atenção, ainda hegemônico nas ações de enfermagem oferecidas na ESF, por meio de cursos de capacitação em saúde mental.

A capacitação permanente das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental, em especial dos enfermeiros, constitui-se o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde, do exercício profissional a partir de uma nova abordagem do processo saúde-doença, com enfoque na saúde da família - tomando-a como parceira no tratamento - e na construção de redes de apoio e integração. Desse modo, a formação permanente da força de trabalho é imprescindível para a transformação do processo de trabalho no sentido da efetivação do SUS.

Esta pesquisa buscou contribuir com reflexões acerca do cuidado em saúde às pessoas em sofrimento psíquico e seu processo de (re) inserção social, assim como a necessidade da implementação de políticas públicas municipais que promovam articulação entre saúde mental e atenção básica.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pela bolsa de Iniciação Científica, bem como à UFCG pela oportunidade do ingresso ao programa PIBIC.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2007.

ANDRADE, S. R., BUCHELE, F., GEVAERD, D. Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde em Brasil. **Rev. Enfermeira Global**, 2007. Disponível em: <www.um.es/eglobal.com.br> Acesso em 10 de agosto de 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF; conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão: Departamento de Atenção Básica 1998-2002**. Brasília, 2002.

_____. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Relatório de Gestão 2003-2006. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Editoria do Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção básica**. Brasília, nov. 2009a.

_____. **Atenção Básica**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1>. Acessado em 08 de julho de 2009b.

CASÉ, V. Saúde mental e sua interface com o Programa de Saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: **Saúde e Loucura** 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

COIMBRA, V. C. C. et al. A atenção em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, nº 1, vol 7, 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista.htm> Acessado em 20 de maio de 2009 p. 113-117.

DIMESTEIN, M. Demanda de Saúde Mental em Unidades de Saúde da Família. **Revista Mental**, Barbacena, vol 3, nº 5, nov. 2005, p. 33-42. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso> Acessado em: 20 de junho de 2009.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, nº 17, p. 287-301, mar-ago, 2005.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

PINTO, J. C. S. G. **A Abordagem aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica**. Trabalho apresentado na I Oficina de Capacitação de Supervisores em Saúde Mental para o Programa de Saúde da Família, em Itaipava, RJ, em 15 e 16 de abril de 2002.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. vol. 4, nº 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acessado em: 12 de dezembro de 2008.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, nº 6, p.1487-1494, nov-dez, 2004. Disponível em: <<http://www.fao.org>>. Acesso em: 01 de julho de 2009.

SILVEIRA, D. P. da; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo.int.php?id.>> Acessado em 15 de outubro de 2008.