



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL DO SEMIÁRIDO
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO NO CAMPO
CURSO DE TECNOLOGIA EM GESTÃO PÚBLICA**

HÉLIA MARIA DE SOUSA

**A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SUMÉ-PB**

SUMÉ-PB

2013

HÉLIA MARIA DE SOUSA

**A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SUMÉ-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade de Educação do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido, sob orientação do(a) Prof. Ms. José Irialdo Alves O. Silva.

**SUMÉ – PB
2013**

S725a Sousa, Hélia Maria de.

A atenção à Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família no município de Sumé – PB. / Hélia Maria de Sousa. - Sumé - PB: [s.n], 2013.

28 f; il.

Orientador: Professor Msc. José Irivaldo Oliveira Alves Silva.

Trabalho de Conclusão de Curso (Tecnólogo) – Universidade Federal de Campina Grande; Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido; Unidade Acadêmica de Educação do Campo; Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública.

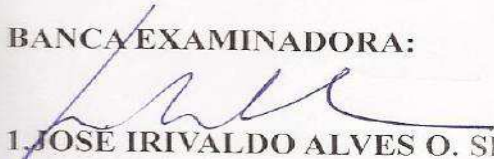
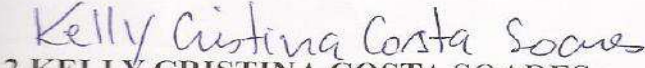

1. Saúde Mental. 2. Saúde da Família. 3. Gestão Pública. 4. Políticas Públicas I. Título.

CDU: 61:35(045)

HÉLIA MARIA DE SOUSA

**A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE SUMÉ-PB**

Artigo científico apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Unidade de Educação do Centro de Desenvolvimento Sustentável do Semiárido da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Tecnólogo em Gestão Pública.

BANCA EXAMINADORA:  1. JOSÉ IRIVALDO ALVES O. SILVA Prof. Orientador(a)	Nota (10,0)
 2. KELLY CRISTINA COSTA SOARES Prof. Examinador(a)	Nota (10,0)
 3. JOSÉ MARCIANO MONTEIRO Prof. Examinador(a)	Nota (10,0)
Nota Final (Média)	Nota (10,0)

Aprovada em 02 de maio de 2013.

RESUMO

A inclusão das ações de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como demanda a reorientação da prática das equipes de Saúde da Família junto aos usuários com necessidades do campo da saúde mental. Considerando que a Avaliação de Políticas Públicas constitui-se em um aspecto extremamente relevante para a área da Gestão Pública, a presente pesquisa tem o objetivo de analisar como está configurada a atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família, no município de Sumé-PB, a partir das concepções dos seus profissionais. Este estudo classifica-se como descritivo e exploratório, com análise bibliográfica e documental. Foi feito através de análise qualitativa e utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada, por meio da aplicação de questionário. A interpretação dos dados foi feita pela análise de conteúdo. Foram entrevistados 30 profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família no município de Sumé-PB. Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos entrevistados não conhece a proposta do Ministério da Saúde de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Os profissionais das equipes estudadas avaliaram a necessidade de capacitação, retaguarda assistencial e orientações técnicas de equipes especializadas em saúde mental para a realização de ações de saúde mental no território.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental, Saúde da família, Políticas públicas.

ABSTRACT

The inclusion of mental health services in the context of the Unified Health System (UHS) has contributed towards the consolidation of Brazilian Psychiatric Reform, as well as it demands the reorientation of the Family Health teams' practice along the users with necessities in the mental health area. Considering that the Evaluation of Public Policies constitutes an extremely relevant aspect to the area of Public Management, the present research aims to analyze how the attention to mental health is set in the Family Health Strategy, in the city of Sumé-PB, based on the conceptions of their professionals. This study is classified as descriptive and exploratory, with bibliographical and documental analysis. It has been made through qualitative analysis and we used the semi-structured interview as a technique of data collection, by questionnaire application. The data interpretation was made by the content analysis. Thirty professionals working in the Family Health Strategy were interviewed, in the city of Sumé-PB, were interviewed. The results obtained show that the majority of respondents do not know the proposal of the Ministry of Health for the inclusion of mental health services in primary health care. The professionals of the studied teams evaluated the need for capacity building, backup care and technical orientations from mental health specialized teams to carry out mental health services in the territory.

KEY-WORDS: Mental health, Family health, Public policies.

1 INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Saúde revelam que o sofrimento psíquico é um dos males que vem crescentemente atingindo os indivíduos no nosso país, realidade também constatada em diversos lugares do mundo: 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e drogas e 12% da população necessita de algum atendimento de saúde mental seja ele contínuo ou não (BRASIL, 2003).

Tal quadro, segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1970 reconhecesse a magnitude dos problemas de saúde mental e admitisse a impossibilidade de seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza então a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por leis complementares, vem gradativamente se assentando sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, buscava-se otimizar a assistência à saúde e a organização da atenção básica de forma a atender aos princípios do SUS. A Saúde da Família propõe uma ampliação do locus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços diversos.

Atualmente, uma das diretrizes para assistência em saúde mental tem sido o fortalecimento da articulação entre saúde mental e a Atenção Básica de Saúde (ABS). Isso se deve em grande parte à longa história de lutas e reivindicações que resultaram na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nesse contexto a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada como uma forte aliada da família e dos serviços extra-hospitalares de saúde mental para a assistência a pessoa em sofrimento psíquico. Observa-se, nos últimos anos, um avanço na implementação concreta destes recursos. Contudo, faz-se necessário avaliar se na prática cotidiana, as experiências têm conseguido caminhar concretamente no sentido da eficácia dessa política pública, de forma a atingir o cumprimento dos objetivos propostos e garantir efetivamente os direitos dos usuários.

Considerando que a Avaliação de Políticas Públicas constitui-se em um aspecto extremamente relevante e desafiador para a área da Gestão Pública, interessou-me investigar a respeito do tema e analisar como está configurada a atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família, no município de Sumé-PB, a partir das concepções dos seus profissionais. Objetiva-se ainda identificar as ações desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) em torno da saúde mental e quais as possibilidades e as fragilidades que a Saúde da Família (SF) possui em relação ao desenvolvimento destas ações. Espera-se com a pesquisa, poder contribuir para a melhoria da qualidade da gestão e dos serviços de saúde desse município.

O presente trabalho possui a seguinte estrutura: introdução, revisão da literatura, metodologia, resultados e discussão, considerações finais e referências.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor compreendermos o papel da Estratégia de Saúde da Família no contexto da Política Pública de Saúde Mental, é necessário que façamos um resgate histórico da evolução dessa política e da construção de um novo modelo de assistência.

2.1 CONTEXTUALIZANDO O MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

O fenômeno loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades. Acerca dos estudos sobre a loucura e o surgimento da psiquiatria, Amarante (1995) referencia Michel Foucault, com sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, como um verdadeiro marco. De acordo com Foucault (1972 *apud* AMARANTE, 1995), durante a Época Clássica, os loucos eram considerados marginais, ameaçadores da ordem social. Era necessário livrar a sociedade dessa ameaça e para isso foram criados os hospícios, ou hospitais gerais, que possuíam a função de “hospedar” esse e outros segmentos marginalizados: eram as Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições ofereciam abrigo, alimentação e assistência religiosa. Nesse período ainda não havia a preocupação com critérios médico-científicos nesses espaços.

No final do Século XVIII, a loucura passa a ser vista sob o prisma da razão. Nasce o conceito de doença mental e de alienismo, movimento fundado pelo médico Philippe Pinel, que dá origem à psiquiatria e ao conseqüente processo de medicalização do Hospital Geral de Paris. Pinel foi o primeiro a classificar as alienações mentais e consolidar o conceito de

alienismo e a profissão de alienista. Ele propôs que os loucos fossem libertados das correntes, mas que permanecessem submetidos ao isolamento total, pois este seria o caminho que traria de volta a liberdade perdida com a alienação. O internamento ganha características médicas e terapêuticas e a loucura se torna objeto de intervenção exclusivo dos alienistas. (AMARANTE, 1995)

O alienismo foi criticado desde a sua origem, questionavam-se o isolamento e o tratamento moral, suas premissas básicas. Além disso, década após década, a superlotação dos asilos e as denúncias de violência contra os internos tornaram-se crescentes. De modo que, depois da Segunda Guerra Mundial, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados configuravam absoluta ausência de dignidade humana. Assim nasceram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas. Essas reformas foram várias e ocorreram em muitos países. Destaca-se a Psiquiatria Democrática, iniciada em Gorizia, na Itália, no início dos anos de 1960, e aprimorada na década seguinte em Trieste, outra cidade italiana. Teve como líder Franco Basaglia, italiano que esteve à frente de um grupo de psiquiatras que questiona, debate e estabelece princípios e estratégias para uma reforma psiquiátrica baseada na desconstrução do manicômio. A Psiquiatria Democrática foi determinante na sua inspiração para institucionalização de novas práticas em saúde mental no nosso país, embora também se registre a influência da Psiquiatria Preventista, dos EUA. (MELLO, 2007)

2.1.1 Trajetória da Política de Saúde Mental no Brasil

Amarante (2007) relata que o erro da psiquiatria clássica estaria em separar um objeto fictício, “a doença”, da existência global, concreta e complexa dos sujeitos e do corpo social. Com esta separação, constituiu-se a “instituição” com seus aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos à “doença”. Esse modelo psiquiátrico baseia-se no paradigma flexneriano, que norteava os modelos de atenção à saúde em muitos países do mundo, inclusive no Brasil. Fundamenta-se no biologicismo, na tecnificação do ato médico e no curativismo, sustentando a prática sanitária de atenção médica centrada na doença e no hospital, dessa forma o sujeito deixa de ser integral, alienando-se o indivíduo dos aspectos sociais de sua vida.

No Brasil, o referido paradigma passa a ser questionado a partir da década de 1970, que foi marcada pela reorganização e mobilização de vários movimentos sociais, que impulsionam importantes transformações na conjuntura política. A saúde passa a contar com a

participação de novos personagens na discussão das condições de vida da população e das propostas do governo apresentadas para o setor saúde, evidenciando um novo direcionamento para a área, que viria por meio da Reforma Sanitária (ARAÚJO, 2007).

Nesse período surge uma nova concepção de saúde, ampliada, que procura articular fatores externos à saúde, como estilo de vida, meio ambiente, entre outros. Originam-se elementos de um novo paradigma sanitário: o da Produção Social da Saúde, pelo qual se tem uma concepção positiva do processo saúde-doença. Conforme Mendes, (1996, p.20).

Esse novo paradigma traz uma mudança não só na prática sanitária, mas uma verdadeira revolução na forma de pensar e fazer saúde. A prática médica é a vigilância à saúde, como uma ação integral que combina a promoção da saúde, ações de prevenção e de atenção curativa, baseando-se em três pilares: o território, compreendido como espaço em construção pela dinâmica social dos sujeitos; os problemas de saúde, vistos em sua totalidade; e a intersectorialidade, configurada em ações articuladas sobre os problemas.

De acordo com Bravo (2007), a luta pelo desenvolvimento desse novo paradigma consolida-se nos anos de 1980, quando a saúde passa a assumir, de fato, uma dimensão política vinculada à democracia, através do fortalecimento do Movimento Sanitário.

Todo esse contexto impulsionou o surgimento de um movimento não menos importante em torno da Reforma Psiquiátrica Brasileira que se iniciou no contexto de reemersão dos Movimentos Sociais, entre os quais destacamos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nascido no final da década de 1970. A partir de um amplo movimento popular que passa a questionar o cerceamento das liberdades democráticas na ditadura, são deflagradas denúncias de maus-tratos (encarceramento, contenção física prolongada, uso de “camisa-de-força química”, etc.) a pessoas em condição de sofrimento psíquico, “tratadas” em hospitais psiquiátricos. Considera-se o episódio conhecido como “a crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), ocorrido em 1978, como o momento em que esse processo torna-se público. Articulados em torno da organização do MTSM também são denunciadas corrupção, fraudes, negligência, ausência de recursos e “psiquiatrização” do social no âmbito do subsetor da saúde mental (AMARANTE, 2006).

O citado autor afirma que

A assistência à saúde mental no Brasil caracterizava-se pelo descaso e a privação dos direitos de cidadania dos usuários, que eram “jogados” aos milhares em hospitais espalhados por todo o país, em sua maioria privatizados e financiados pelo Governo. Era a chamada “indústria da loucura”. Tais hospitais apresentavam condições extremamente precárias. Os internos eram submetidos a maus-tratos, abandono, miséria e solidão.

A esse respeito, Vecchia (2006) ressalta o notável fato de que, no período da ditadura militar, ocorreu uma enorme expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados a ponto de, no ano de 1978, cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado à contratação de tais leitos.

O mesmo autor relata que já nos primeiros anos da década de 1980, no período da co-gestão Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, o “Plano do Conasp” procurou estimular a descentralização e ambulatorização da assistência à saúde, em geral, através das Ações Integradas de Saúde. No campo da saúde mental, em particular, colocou-se a meta de reduzir em 30% as internações psiquiátricas, limitar o tempo médio de internação de 90 para 30 dias e expandir em 50% as consultas ambulatoriais, o que ocorreu de forma localizada e, ainda assim, com reação do setor privado.

O movimento de redemocratização pós-ditadura no Brasil foi altamente favorável para que um conjunto de transformações importantes na atenção à saúde mental (teórico e técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais) fosse estabelecido e incorporado às políticas de Estado. Estas transformações são conhecidas como o Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica. O projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira, com forte influência da Psiquiatria Democrática, traz em seu bojo propostas de reformulação do modelo assistencial, no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico. Isso significa questionar o paradigma baseado na classificação do sofrimento psíquico como doença; na concepção do psiquiatra como detentor dos saberes/práticas voltados à reabilitação; na idéia que a “cura” do sujeito enfermo seria obtida através da sua segregação num hospício (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que, com ampla participação da sociedade civil, tornou-se um dos marcos mais importantes da história sanitária do país, apontando as diretrizes que dois anos mais tarde seriam incorporados à Constituição de 1988 e que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). Como desdobramento da 8ª CNS, foram propostas conferências de áreas temáticas específicas, dentre elas a de Saúde Mental. Esta ocorreu em 1987, abrangendo temas programáticos como a cidadania dos “doentes mentais”, a necessidade de revisão da legislação e a reorganização da assistência à Saúde Mental. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi o momento em que o movimento de Reforma Psiquiátrica passou a incorporar outras entidades, como a dos usuários e familiares, constituindo-se como Movimento Social na luta “por uma sociedade sem manicômios” (VECCHIA, 2006).

Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. O SUS passa a ter seus fundamentos legais explicitados na Constituição Federal e nas Leis 8080/90 e 8142/90, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios, que incorporaram e detalharam os princípios da lei Magna do País.

Como referem Machado; Mocinho (2003), no ano seguinte, 1989, o Projeto de Lei (PL) de autoria do deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, torna-se um marco histórico da luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria tradicional. O objetivo desse PL é alterar a Legislação de 1934, que privilegia o modelo segregador e dissocializante do hospital asilar como único recurso “terapêutico”.

Em relação à Reforma Psiquiátrica, Rabelo (2005) registra que, oficialmente, os documentos preliminares que institucionalizaram a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, basearam-se na Declaração de Caracas (1990), que em nível internacional, norteou o debate sobre a mudança no modelo de atenção à saúde mental estabelecendo, como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica, a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), no quadro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como forma de viabilizar modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais. Quatro eixos principais foram estabelecidos: a) garantia de direitos civis para usuários com “transtornos mentais”, conforme a Carta das Nações Unidas (1991); b) superação do hospital psiquiátrico como unidade de tratamento; c) reestruturação do sistema de assistência psiquiátrica para reduzir a exclusão de pacientes mentais; d) construir uma rede diversificada de serviços, garantindo acesso, eficácia e eficiência no tratamento de portadores de transtorno mental.

Na opinião de Amarante (2007), a realização de mais duas Conferências de Saúde Mental, a de 1992 e a de 2001, ambas ocorridas em Brasília, ofereceram possibilidades inigualáveis de participação dos atores sociais na discussão das políticas de saúde mental e atenção psicossocial.

Porém, a restrição à internação de pessoas em instituições com característica asilar só se formaliza oficialmente com a aprovação, pelo Congresso Nacional, do já citado Projeto de Lei Paulo Delgado, depois de doze anos de sua apresentação, efetivado pela Lei 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001, estabelecendo os direitos dos pacientes mentais, limitando e regulando as internações (BRASIL, 2004).

Esperidião (2001) afirma que a aprovação desta lei constituiu um avanço histórico, culminado pelo empenho de uma série de segmentos sociais engajados no Movimento Nacional de

Luta Antimanicomial, embora ainda insista em que há um longo caminho pela frente, a fim de incorporar as alterações decorrentes da lei nas ações de saúde coletiva.

Nesse contexto de incentivo à desospitalização da assistência psiquiátrica, o Ministério da Saúde viabilizou a reestruturação da saúde mental por meio dos modelos alternativos e substitutivos, propostos pela Reforma Psiquiátrica. Estes modelos foram subdivididos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, Saúde Mental na Rede Básica de Saúde, Programas de Redução de Leitos Psiquiátricos, entre outros (MELLO, 2007).

Na especificidade da atenção em nível da atenção básica no SUS no que se refere à saúde mental, é instituída a Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004) que define normas para a atenção em saúde mental, tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial), quanto em nível hospitalar. A portaria é um marco legal em termos da atenção primária à saúde mental no SUS. Resgata os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e as diretrizes de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, garantindo continuidade da atenção, multiprofissionalidade, participação social e comando único em cada esfera de responsabilidade (VECCHIA; MARTINS, 2008).

A proposta, como afirmam Lucchese et al (2009), é que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede precisa, que responda as demandas da saúde mental em coresponsabilidade com a comunidade. Assim, o nível primário de atenção se apresenta como um "espaço" privilegiado para que esse envolvimento ocorra, como veremos a seguir.

2.1.2 - Atenção Básica e Saúde Mental

Através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em

seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007).

Esta noção de Atenção Básica reconhece a complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis e estimula o desenvolvimento de ações intersetoriais, que incorporam a realização de parcerias com outras instituições e a comunidade para a solução dos determinantes dos problemas de saúde. Estas ações são pautadas na valorização do trabalho em equipe, na democratização do conhecimento sobre o processo saúde e doença, e política de saúde, e no incentivo à organização da comunidade para o controle social.

No Brasil, assim como em outros países nos quais as Reformas Psiquiátricas são fundamentadas na desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e na consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, vêm sendo enfatizadas diretrizes em torno de uma rede que contemple a atenção básica como locus preferencial de desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde, além de se considerar que grande parte dos problemas de sofrimento psíquico podem ser resolvidos nesse nível de assistência, sem que sejam necessariamente referenciados a níveis especializados do sistema de saúde.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, por sua vez, traz recomendações específicas referentes à inclusão das ações de saúde mental na rede de atenção básica, tais como: realizar ações de vigilância em saúde mental relacionadas aos locais de trabalho e condições de moradia, etc.; criar equipes especializadas de referência para as equipes da ESF e PACS (as equipes volantes, com a proporção mínima de uma equipe especializada para cada cinco equipes de SF); garantir minimamente um profissional de saúde mental de referência para cada duas equipes de SF, com atenção prioritária a casos graves, e proporcionar prevenção em saúde mental valendo-se de recursos comunitários.

3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Uma das estratégias fundamentais da atenção básica é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Antes de verificarmos quais as diretrizes da política de saúde mental na ESF, façamos uma breve caracterização desta estratégia a nível nacional e a nível local.

De acordo com Heimann; Mendonça (2005), essa Estratégia supõe uma concepção ampliada de saúde e seu reconhecimento como direito de cidadania; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde; e a identificação de risco social e epidemiológico no território. Para o Ministério da Saúde, a partir da definição e organização da ESF como porta de entrada, desencadear-se-ia a reorganização de todo o SUS, também em seus níveis de média e alta complexidade, visando o atendimento integral à saúde e ao aprofundamento da municipalização.

3.1 A ESF A NÍVEL NACIONAL

Heimann; Mendonça (2005) registram que, no Brasil, a adoção da ESF como política nacional estruturada ocorre a partir de 1994, quando o Ministério da Saúde divulgou o primeiro documento sobre a Saúde da Família (SF), denominada Programa Saúde da Família (PSF) à época, definindo o convênio entre o governo federal, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios.

Segundo Franco; Merhy (2000) em setembro de 1998 foram definidos pelo Ministério da Saúde os princípios norteadores da SF, como sendo: a) caráter substitutivo, ou seja, substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde; b) integralidade e hierarquização: a UBSF está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado Atenção Básica, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema; c) equipe multiprofissional, composta minimamente por um(a) médico(a) generalista ou médico de família, um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS); d) territorialização e adscrição da clientela: devendo cobrir cerca de 4.500 habitantes e referenciar-se a uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), que assegura acesso do usuário na rede do SUS.

Heimann; Mendonça (2005) ressaltam que o Ministério da Saúde, posteriormente ao período de implantação do PSF, considerava que outros profissionais poderiam ser incorporados à equipe mínima, porém não garantia o financiamento para tal. Portanto a iniciativa seria da gestão local, de acordo com a organização e as necessidades de cada município. Depois foram inseridos à equipe da SF um (a) dentista e um (a) auxiliar de

consultório dentário. Mais recentemente, muitos municípios incluíram outros profissionais, como assistentes sociais e fisioterapeutas em suas equipes de SF.

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, no ano de 2008 foram criados os Núcleos de Apoio da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

A Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio da Família (NASF), estabelece em seus artigos 5º e 6º os quantitativos de equipes para implantação do NASF I (mínimo de 08 equipes de saúde da família vinculadas) ou NASF II (mínimo de 03 equipes de saúde da família vinculadas e densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, ano base 2007). Constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família.

3.2 COMO A ESF ESTÁ ESTRUTURADA EM SUMÉ

O Município de Sumé está localizado no Cariri Ocidental da Paraíba, região do semiárido, a 265 km da capital João Pessoa. Emancipado no ano de 1951, o município de Sumé, segundo dados do IBGE (2010), possui uma área de 838,058 km², contando com uma população de 16.060 habitantes com densidade de 19,18 hab./km².

No município de Sumé o Programa de Saúde da Família foi implantado no ano de 1998, com a instalação de duas unidades básicas de saúde, uma no centro da cidade e a outra no Bairro Alto Alegre, ambas já com dentista e auxiliar de consultório dentário, sendo o segundo município da Paraíba a inserir esses profissionais na equipe mínima.

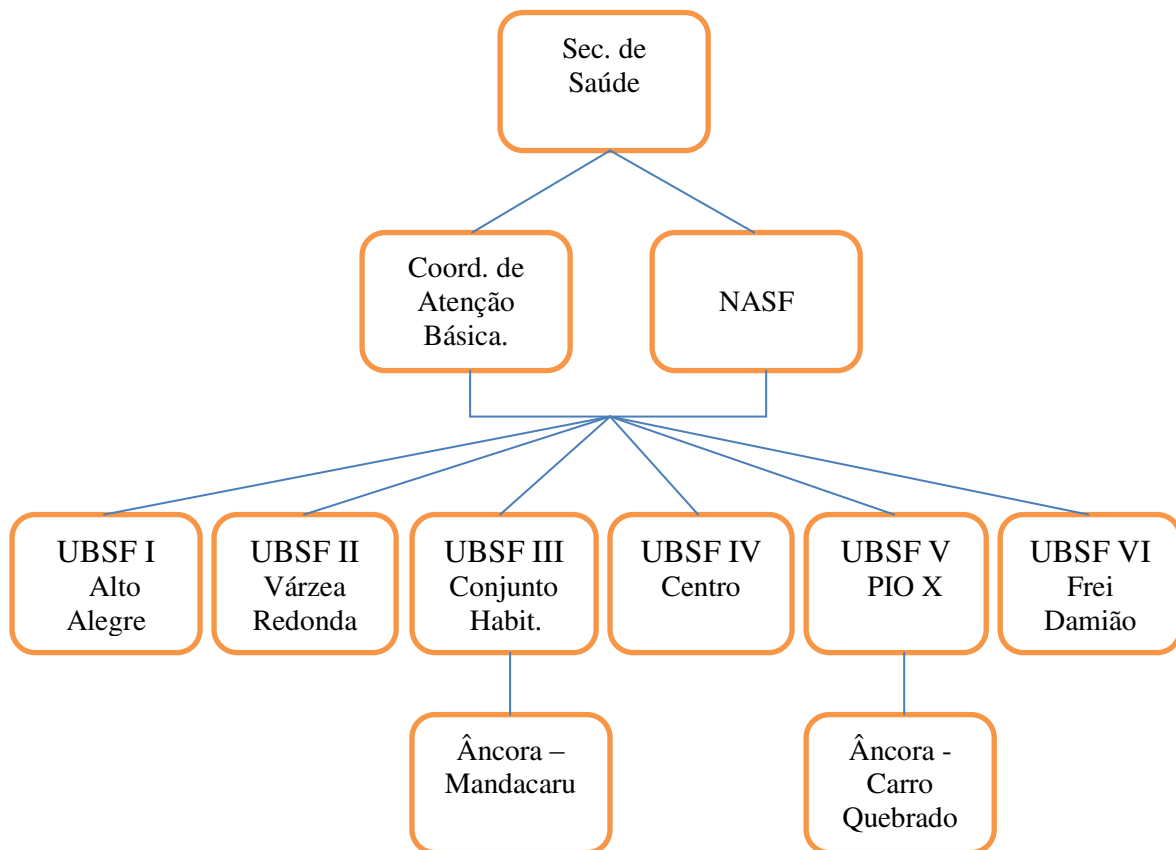
Considerando a densidade populacional antes referida, desde o ano de 2000 o município já conta com 100% de cobertura de Saúde da Família, possuindo 06 (seis) UBSFs, com 02 (duas) unidades âncoras.

Como já foi visto, para implantação do NASF I é necessário que o município possua, no mínimo, 08 equipes de SF, porém, a partir da articulação e solidarização por meio um

“consórcio” celebrado com os municípios limítrofes de Congo, Amparo e Camalaú foi instalado em Sumé o Núcleo de Apoio à Saúde da Família I (NASF I). Esta implantação deu-se através da portaria nº 1.616, de 6 de agosto de 2008 do Ministério da Saúde. O NASF de Sumé conta com equipe multidisciplinar composta por Psicólogo, Assistente Social, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Médico Pediatra e Educador Físico. Esta equipe é responsável pela assistência matricial à ESF nos quatro municípios consorciados.

O fluxograma abaixo representa a organização da Saúde da Família, no que concerne ao município de Sumé:

Figura 1- Estrutura Organizacional da Estratégia de Saúde da Família no município de Sumé-PB



3.3 A SAÚDE MENTAL NA ESF

Como já foi destacado anteriormente, o atendimento ambulatorial das ações de saúde mental também deve ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional. Como afirmam Lancetti; Amarante (2006, p. 615): “Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde, especialmente os que operam na atenção primária”.

Em se tratando dessa reforma substitutiva, que possui legislação própria que determina as especificidades de suas ações, Scóz; Fenili (2003) chamam a atenção para alguns aspectos que possibilitam a convergência de ações de saúde mental na SF, por exemplo: os princípios do SUS; modalidades de cuidado que garantam a escuta, o vínculo, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e estejam atentas, recusando as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização; planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional; desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários; atendimento às pessoas em situações de gravidade, através de ações efetivas que viabilizem o acesso.

Lucchese et al (2009) apontam como importantes pontos de articulação entre a Saúde da Família e atenção à saúde mental, na lógica da Reforma Psiquiátrica, o desafio de tomar a família em sua dimensão sócio-cultural como objeto de atenção, de planejar e executar ações num determinado território, promover cidadania, participação comunitária, e constituir novas tecnologias para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A efetivação desse propósito pressupõe a integração entre a ESF e os serviços substitutivos, como o CAPS, conforme ressaltam Coimbra et al (2005, P.16).

Nos municípios onde não há CAPS, a equipe de SF, deveria receber capacitação de uma equipe de saúde mental, do próprio município, de um município vizinho ou até mesmo da Secretaria de Saúde do Estado, para que os profissionais possam ter alguns subsídios para auxiliar na assistência à demanda de pessoas em sofrimento psíquico das mais variadas origens: esquizofrenia; distúrbio bipolar afetivo; depressão; neuroses; alcoolismo; drogadição; fábmaco-dependência de benzodiazepínicos; tentativa de suicídio; e problemas de ordem social que afetam direta e indiretamente as pessoas e suas famílias, como: violência sexual; violência urbana; maus tratos a crianças e idosos, dentre outros.

O Ministério da Saúde preconiza que é de fundamental importância a atuação da equipe de SF na identificação precoce de alterações de comportamento e outros sinais crônicos de agudização do quadro de transtorno psiquiátrico, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas em sofrimento psíquico. Também recomenda que

sejam promovidas discussões com a família e a comunidade sobre a inserção social desses usuários, buscando romper ou pelo menos minimizar o estigma existente em relação a tais problemas de saúde (BRASIL, 2000).

A Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004) estabelece além do atendimento individual, o atendimento grupal (grupo operativo, grupo terapêutico, grupos de orientação, atividades sócio-terápicas, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, etc.), as visitas domiciliares (que podem ser realizadas por técnicos de nível médio e/ou superior) e atividades comunitárias na área de referência do serviço devem ser consideradas no planejamento das ações de assistência e prevenção.

Na opinião de Lancetti; Amarante (2006), a ESF possui como eixo a saúde mental. Nessa Estratégia, os profissionais conhecem os usuários pelo nome, conhecem suas biografias e o seu território existencial e geográfico, experimentam várias maneiras de relacionamento com eles. Os usuários também conhecem de perto a equipe e depositam nela diversos sentimentos, que podem ser negativos ou positivos. Essa relação pode contribuir para o processo terapêutico ou transformar-se em carga insuportável. Daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais especializados em saúde mental.

Os referidos autores sublinham outras características que favorecem o trabalho de saúde mental na SF: há tratamento continuado; pratica-se o acolhimento; desenvolvem-se ações coletivas; o médico de família e, algumas vezes, o agente comunitário de saúde tem poder vinculador maior que um psiquiatra ou um psicólogo. Enfim, a SF tem um enorme poder de inserção no território. Mas faz-se necessário o suporte, a associação dos CAPS e das equipes volantes de saúde mental à equipe de SF, contribuindo com a capacitação e trabalhando juntas, para que possa ser oferecidas mais qualidade e rapidez no atendimento às demandas dos usuários.

Porém, apesar da ênfase atribuída à necessidade de serem desenvolvidas ações de saúde mental na Atenção Básica, constata-se que iniciativas desse teor são ainda incipientes, como afirmam Nunes; Jucá; Valentim (2007, p.2376):

A despeito da política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimular práticas pautadas no território, e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta.

Em termos da gestão dos serviços, é consenso que uma relação estreita destas estratégias substitutivas ao hospital psiquiátrico com a atenção primária à saúde é condição

necessária para que se constitua uma rede de cuidados progressivos e integrais em saúde mental. Observa-se, nos últimos anos, um avanço na implementação concreta destes recursos. Ainda assim, colocam-se várias questões: na prática cotidiana, as experiências têm conseguido caminhar concretamente no sentido dos princípios de desinstitucionalização? Esta necessária parceria entre ESF e Saúde Mental tem se efetivado de fato? Quais os seus limites e possibilidades?

Objetivando contribuir para as reflexões acerca das questões acima, buscamos analisar a atenção à Saúde Mental na ESF do município de Sumé/PB, a partir das concepções dos seus profissionais, cujos resultados são apresentados a seguir.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa constitui-se em um estudo de caso com o objetivo de analisar como está configurada a atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família, no município de Sumé-PB, a partir das concepções dos seus profissionais.

De acordo com Godoy (1995, p. 32), este tipo de estudo significa “a análise profunda e detalhada de um sujeito, de um ambiente ou de uma situação em particular, com o objetivo de procurar saber como e por que certos fenômenos acontecem ou quando os fenômenos analisados são atuais e só fazem sentido dentro de um contexto específico”.

Utilizou-se uma abordagem qualitativa, através da qual o pesquisador procura entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada e, a partir daí, situa sua interpretação (NEVES, 1996).

Dessa forma busca-se estudar a questão proposta, trabalhando com a dinâmica das relações sociais, a vivência, a experiência e a cotidianidade dos sujeitos da pesquisa, bem como considerando as estruturas e instituições como resultados da ação humana objetivada. Assim, pelo método crítico-dialético buscou-se compreender as ações práticas dos sujeitos, pois “a dialética valoriza a contradição dinâmica do fato observado e a atividade criadora do sujeito que observa, as oposições contraditórias entre o todo e a parte e os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens” (CHIZOTTI, 1996, p.43).

O trabalho foi realizado no período de janeiro a abril de 2013. Após a realização de uma pesquisa bibliográfica e documental, a coleta de dados deu-se por meio da observação não-participante e da utilização de entrevista semi-estruturada, segundo o autor acima mencionado, caracteriza-se por uma condução previamente formulada, através de um roteiro,

mas com espaço livre para o entrevistado abordar livremente o tema proposto. Para tal foi utilizado um questionário, composto de questões fechadas e abertas.

Foi utilizada a análise de conteúdo, que consiste em um método de tratamento e análise das informações colhidas e que tem o objetivo de compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto e significações ocultas. (CHIZZOTTI, 1995).

Os sujeitos da pesquisa são 03 (três) profissionais do NASF e 27 (vinte e sete) profissionais de UBSFs da zona urbana do município de Sumé, totalizando 30(trinta) entrevistados, das seguintes categorias: médico(as), enfermeiro(as), assistente social, psicóloga, fonoaudióloga, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Tendo em vista que o município possui 06 (seis) unidades de saúde e o NASF conta com 06 (seis) profissionais, esta amostra representa 50% do universo estudado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário permitiu identificar dados genéricos do perfil dos entrevistados, a saber: 80% são mulheres e 20% são homens. Quanto à escolaridade, 75% possuem ensino médio, 10% superior incompleto e 15% superior completo.

Os quadros a seguir apresentam dados referentes às questões abertas abordadas na pesquisa e que nos auxiliaram na análise dos resultados.

Quadro 1 – Tempo de atuação na ESF

Faixa	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 15 anos	16 a 20 anos
%	20%	20 %	50%	10%

Fonte: Coleta direta de dados

Um dado importante a ser observado é que a maioria dos profissionais (80%) está atuando na SF num período que varia de 06 a 20 anos, no entanto referem possuir pouco ou nenhum conhecimento sobre as propostas do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica, como veremos ao longo dessa análise.

Ao iniciarmos a pesquisa e explicarmos seus objetivos e os procedimentos a serem realizados, muitos demonstraram dificuldades para se expressar em relação ao tema saúde mental. Isto pode ser verificado a partir dos dados apresentados nas tabelas abaixo. As falas selecionadas representam os grupos de entrevistados que responderam de forma similar.

Quadro 2 - Qual a sua concepção a respeito da saúde mental?

“Não sei” ou “Não entendo do assunto”	“Uma área muito importante do trabalho da saúde”	“Entende-se pelo bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo.”
50%	30%	20%

Fonte: Coleta direta de dados

A Organização Mundial de Saúde (2001) enfatiza a importância do aspecto emocional na atenção à saúde quando cita que é impossível alcançar saúde se não se cuidar das necessidades emocionais. Entende-se que saúde mental é qualidade de vida onde interagem fatores internos e externos, que podem influenciar o indivíduo, tanto de forma positiva como negativa. Portanto, o conceito de saúde mental se insere no campo psicossocial, na medida em que incorpora a dimensão social à dimensão biológica e psicológica do processo saúde e doença. Como pudemos perceber na nossa pesquisa, apenas uma minoria dos entrevistados partilham dessa concepção de forma integral ou aproximada.

Quadro 3 - Que conhecimentos possui sobre a proposta do Ministério da Saúde de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica?

“Pouco” ou “Nenhum conhecimento.”	“Entrega de medicamentos e realização de palestras.”	“Encaminhamento para o CAPS.”	“Capacitações, prevenção, atendimento multidisciplinar.”
60%	10%	20%	10%

Fonte: Coleta direta de dados

Como visto no decorrer desse trabalho, a Reforma Psiquiátrica Brasileira em que a desinstitucionalização tem como propósito as relações do cuidado em saúde mental, propondo novas alternativas de atenção com foco no sujeito em seu território, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a partir da ESF, pode favorecer a consolidação da rede de cuidados em saúde mental, bem como a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico.

Verifica-se no quadro acima que a maioria dos entrevistados não conhece a proposta do Ministério da Saúde de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Porém este fato não é constatado apenas no município de Sumé. A esse respeito, Tanaka; Ribeiro (2009, p. 05) afirmam:

Apesar dos esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco freqüente. No documento "Política Nacional da Atenção Básica-2006", não há nenhuma referência às ações de saúde mental e não há indicadores relativos às ações de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF no Sistema de

Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda que propostas já tenham sido elaboradas.

Quadro 4 - Em sua opinião, qual o papel da SF em relação à saúde mental?

“A SF é muito importante, por trabalhar com as famílias.”	“A SF não está preparada para trabalhar a Saúde Mental”	“Realizar palestras e entregar os medicamentos.”	“Atendimento, orientação e encaminhamento para especialistas”
20%	20%	10%	40%

Fonte: Coleta direta de dados

Como pudemos constatar ao longo desse estudo, o conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios caros à reforma psiquiátrica brasileira. As noções de integralidade da atenção, territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornam possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social.

Porém, pelas falas acima, percebe-se que esses princípios parecem dissociar-se, no momento em que os profissionais entendem que a responsabilidade da SF deve ser apenas de atender, orientar e encaminhar aos serviços especializados. Portanto, conceitos como vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de uma atenção humanizada, remetem à construção de uma gestão compartilhada do cuidado. Isto implica na existência de uma rede de compromissos e responsabilidades a serem assumidas pelos gestores, pelos profissionais, pelos usuários do sistema de saúde e pela comunidade em geral, que parecem estar sendo desconsiderados.

Quadro 5 - Que ações esta UBSF vem desenvolvendo em torno da saúde mental?

“Nenhuma”	“Encaminhamento para o CAPS e psicólogos.”	“Prescrição de medicamentos e palestras.”	“Apoio e orientação às famílias.”
30%	40%	10%	20%

Fonte: Coleta direta de dados

As informações apresentadas nesta questão só vêm corroborar o entendimento dos profissionais de SF expresso na questão anterior, através de uma prática limitada a ações que reforçam a fragmentação do fazer saúde, a medicalização e a desresponsabilização em relação aos seus usuários, no que tange à saúde mental. Não há nenhuma fala que considere o acompanhamento, a referência e contrarreferência, o acompanhamento do usuário, pautando-

se no acolhimento e no vínculo como estratégias de intervenção na saúde. Também percebe-se que é incipiente o desenvolvimento de ações coletivas na comunidade, no território social onde as pessoas se encontram e no núcleo familiar como foco de atenção e de cuidado.

O que nos leva a crer que esses dados podem representar ausência de entendimento de que a ESF e a saúde mental apresentam características que as aproximam enquanto áreas de saber, de prática assistencial e de cuidado, culminando em sua parceria para atingir a proposta de reabilitação psicossocial e de atenção integral ao usuário.

Quadro 6 - Em sua opinião quais os limites da ESF em relação ao desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental?

“Falta de conhecimento a respeito do assunto.”	“Falta de recursos adequados para trabalhos com a demanda.”	“Não sei.”	“Falta de capacitação para a equipe e apoio dos especialistas”
30%	10%	10%	50%

Fonte: Coleta direta de dados

Através destas falas é possível identificar as principais dificuldades no que concerne à efetivação da política de saúde mental na SF. Em sua quase totalidade, os profissionais referem-se à falta de conhecimento, de capacitação específica sobre a área, para que possam estar preparados para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. De fato constatamos na nossa pesquisa que não há registro no município de nenhuma capacitação em saúde mental para os profissionais da rede de Atenção Básica. Consideramos que este é um elemento importante a ser destacado e que pode nos levar a refletir sobre o processo de gestão da política de saúde mental no município. Também pode-se constatar que a citada “falta de apoio dos especialistas”, significa que o apoio matricial e a articulação com a rede de serviços de saúde mental parece não estar sendo efetivada.

Quadro 7 - Que possibilidades você aponta para o desenvolvimento de ações voltadas a saúde mental nesta UBSF?

“Com treinamento, podemos dar maior assistência aos usuários e à família.”	“Não sei.”	“Formar grupos desses usuários e ter especialistas para acompanhar.”	“Tratamento e acompanhamento multidisciplinar, parcerias, intersetorialidade.”
30%	10%	30%	30%

Fonte: Coleta direta de dados

Ao se analisar as respostas a esta questão, é possível constatar que os profissionais conseguem visualizar várias alternativas para o trabalho em saúde mental em suas unidades, que estão contempladas na proposta do Ministério da Saúde. Porém, como visto nas questões anteriores, os entraves são mais que determinantes para a não efetivação desse processo, em especial os largamente expressados: falta de capacitação na área e apoio especializado, de forma permanente.

Quadro 8 - Que contribuições efetivas um trabalho voltado à saúde mental pode trazer à população usuária desta UBSF?

“Acabar com o preconceito que a própria população cria sobre esses usuários.”	“Inclusão social, bem-estar, melhor convívio com a família.”	“Mais informação e melhor encaminhamento dos casos”	“Melhora ou diminuição dos casos de internação por problemas psíquicos.”
20%	30%	20%	30%

Fonte: Coleta direta de dados

Estas falas representam de forma bem resumida vários aspectos da mais difundida das propostas do Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira sobre o qual discorreremos ao longo deste trabalho: a desinstitucionalização. A parceria entre a ESF e a saúde mental possibilita a reabilitação psicossocial a partir do território, de modo a reduzir internações psiquiátricas desnecessárias e facilitar o atendimento integral na família, modificando as relações de cuidado e as práticas em saúde.

Isto significa que os profissionais, embora afirmem não conhecer as diretrizes oficiais da Política de Saúde Mental e afirmarem que necessitam de capacitação na área, possuem concepções bastante coerentes sobre o impacto positivo que essa política pública causaria, caso viesse a ser executada eficazmente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no referencial teórico utilizado, pôde-se compreender que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira revolucionou a área da Política de Saúde Mental no Brasil. O sofrimento psíquico deixa de ser um assunto distante do cotidiano e passa a fazer parte da vida da sociedade, que assume papel fundamental no novo olhar: o psicossocial, possibilitando a desmistificação e superação de preconceitos. Propõe um processo de reinserção social, no qual o usuário é estimulado na retomada de sua vida com autonomia,

valorizando sua cidadania. O indivíduo em sofrimento psíquico é considerado um sujeito de direitos e deveres, e o cuidado em saúde mental deve ser desenvolvido de acordo com esse entendimento.

Nesse contexto, a Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família é tida como porta de entrada e de acolhimento dos problemas de saúde e que, de acordo com os preceitos do SUS, é fundamentada no atendimento do indivíduo, a partir de uma visão sistêmica e integral, no seu contexto familiar e social, com o compromisso de responsabilização em relação à promoção, prevenção e recuperação da saúde (entendida com um conjunto de aspectos físicos, psíquicos e sociais). Dentre os problemas de saúde que emergem com a aproximação das comunidades, destacam-se as questões de saúde mental.

Porém, como apontado no estudo, esta "nova" demanda explicita as deficiências dos serviços tanto relativas à insuficiência na formação da equipe de saúde quanto à carência de instrumentos, apoio técnico especializado e organizacional para a resolução e/ou encaminhamento dos problemas identificados e/ou demandados pelos usuários. Constata-se o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência.

Conclui-se, portanto que o investimento da Gestão Pública na melhoria da atenção aos problemas de saúde mental é passo necessário e imprescindível. Há grande necessidade de uma ação conjunta entre a saúde mental e a atenção básica, priorizando a capacitação da equipe envolvida na assistência da Estratégia de Saúde da Família. É importante salientar que nenhuma outra situação de saúde apresenta este grau de complexidade, que contempla aspectos biológicos, emocionais e sociais. O planejamento das ações em saúde na atenção básica integrado às políticas locais de saúde mental poderia auxiliar na definição de competências de cada dispositivo da rede de atenção e conduzir a uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. **Rumo ao Fim dos Manicômios**. Revista Mente e Cérebro. n. 164, set./2006

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, R. M. de. **Família e Saúde Mental: Um olhar sobre a relação família/portador de transtornos mentais do bairro de Monte Castelo**. 2007. Monografia (Graduação em Serviço Social). UEPB, Campina Grande.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080/90**. Diário Oficial da República Federativa Brasil, Brasília, 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080>. Acesso em 02/02/2013

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº. 8.142/90**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1990. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em 02/02/2013

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Caderno 3. Brasília, 2000. Disponível em <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>. Acesso em 04/02/2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 02/02/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 04/02/ 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em 12/03/2013

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

COIMBRA, V.C.C. et al. **A Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.07, n.01, p. 113-117, 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 06/02/2013

ESPERIDIÃO, E. **Assistência em saúde mental**: a inserção da família na assistência psiquiátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 25/02/2013

FRANCO, T. B.; MERHY, E. B. **Programa Saúde da Família (PSF)**: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública, 2000, São Paulo. Disponível em <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>>. Acesso em 02/02/2013

GODOY, Arilda S. Pesquisa Qualitativa – tipos fundamentais. In: **Revista de Administração de Empresas**, v.35, n.3, Mai./Jun.1995b, p.20 – 29.

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 (org.). **Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. In: Campos et al(org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUCHESE ,R. et al.**Saúde Mental no Programa Saúde da Família**: Caminhos e impasses de uma trajetória necessária.Cad. de Saúde Pública,vol.25,n.09.Rio de Janeiro,set.2009.

MACHADO,A.P.; MOCINHO,R.R. **Saúde Mental**: um desafio no Programa Saúde da Família.Boletim da Saúde, Porto Alegre,v. 17, n. 2 ,jul./dez. 2003.p.160-170

MELLO, A.N. **O Portador de Transtorno Mental, Sua Realidade e Percepção Quanto à Atuação do Programa Saúde da Família (PSF)**: Um Estudo na Comunidade do Bairro das Cidades - Campina Grande/ Pb. 2007. Trabalho de conclusão de Curso (Serviço Social). Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

NEVES, José Luis. Pesquisa Qualitativa: Características, Usos e Possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, v.1, n.3, 1996

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. Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

RABELO, A. R.. et al. **Um manual para o CAPS**. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005

SCOZ, T.M. X.; FENILI, R. M. **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa Saúde da Família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.5, n.2, p.71, 2003.

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 25/02/2013

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009 [http : www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 02/02/2013

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO; E. L. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção**. Ciênc. saúde coletiva vol.14 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009 Disponível em: [http : www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 02/02/2013

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

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S.T.F. **Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica**: aportes para a implementação de ações. Interface – Comunic., Saúde, Educação. Botucatu. Disponível em:<<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo87pdf>>. Acesso em: 25/02/2013

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Prezado (a) profissional de saúde

O presente instrumento de pesquisa constitui um dos elementos do trabalho de conclusão do Curso Superior de Tecnólogo em Gestão Pública CDSA/UFCG, como exigência para obtenção do certificado de conclusão, que deverá subsidiar a etapa referente à pesquisa de campo. O objetivo desta pesquisa é analisar como está configurada a atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família, no município de Sumé-PB, a partir das concepções dos seus profissionais. Solicitamos sua colaboração no sentido de responder a essa entrevista com precisão e possível prontidão ao roteiro aqui elaborado. Cabe destacar o sigilo relativo aos participantes. Neste estudo não há respostas certas ou erradas, bem como não haverá individualização de respostas. Esteja certo de que a sua participação é muito importante para o êxito dessa pesquisa. Cientes de sua valiosa contribuição, agradecemos antecipadamente.

Hélia Maria de Sousa, orientanda.

E-mail: heliacariri@hotmail.com

Msc. José Irivaldo Alves de O. Silva

Prof. Orientador -CDSA/UFCG

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1-Profissão: -----

2-Sexo: Feminino () Masculino ()

3-Escolaridade:

4-Há quanto tempo você atua na Estratégia de Saúde da Família?

5- Qual a sua concepção a respeito da saúde mental?

6- Que conhecimentos possui sobre a proposta do Ministério da Saúde de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica?

7- Em sua opinião, qual o papel da Saúde da Família em relação à saúde mental?

8 - Que ações esta UBSF vem desenvolvendo em torno da saúde mental?

9 - Em sua opinião quais os limites da ESF em relação ao desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental?

10 - Que possibilidades você aponta para o desenvolvimento de ações voltadas a saúde mental nesta UBSF?

11 - Que contribuições efetivas um trabalho voltado à saúde mental pode trazer à população usuária desta UBSF?

Muito obrigada pela sua colaboração!

