

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRATO AO PACIENTE MENTAL

Jairce Ferreira Marques

Enfermeira, trabalha atualmente no CAPs AD. Funcionária pública da Prefeitura de Praia Grande. Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental e Especialista em Saúde Coletiva.

RESUMO: A Atenção Básica tende a prevenir o aparecimento e o agravamento dos quadros mentais que demandam atendimento pelos serviços secundários; assim nosso objetivo é pontuar as dificuldades encontradas pela equipe que limitam os serviços da Saúde Mental na AB; utilizando de revisão bibliográfica, nas bases de dados BIREME, DENF, LILACS, PERIENF, dos dez últimos anos. O objetivo desse estudo é analisar as dificuldades encontradas pela equipe de ESF para lidar com os impasses emocionais, psicológicos, sociais, espirituais e biológicos da população atendida no âmbito da Saúde Mental. Demonstrando a desinformação e o estigma; o despreparo; a falta de elo da rede de serviços; os frequentes encaminhamentos para os serviços especializados; as dificuldades gerenciais e de investimento do poder público. Urge encabeçar, uma nova visão no campo mental; para tanto, sugere-se a capacitação de toda a equipe, em especial dos agentes comunitários; implantação de um formulário (Tipo FICHA B) identificando e classificando os graus de intensidade da patologia ou propensão e reorganizando o plano de atenção segundo o modelo 'MÃE PAULISTANA'; materializando a Reforma Psiquiátrica e, abraçando na Atenção Básica, esta responsabilidade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica e Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT: Primary Care tends to prevent the onset and worsening of the mental frameworks that require attendance by secondary services, so our goal is to score the difficulties encountered by the team that limit the services of Mental Health in PC; using literature review, on the basis data BIREME BDNF, LILACS, PERIENF, the last ten years. Demonstrating the misinformation and stigma; unpreparedness; lack of network connection services; frequent references to specialized services; difficulties of management and investment of public power. Urge spearhead a new vision in the mental field, therefore, it is suggested that the training of all staff, particularly of community; implementation of a form (FORM Type B) identifying and classifying the degrees of intensity of the pathology or propensity and reorganizing the care plan modeled 'MOTHER PAULISTANA'; materializing the Psychiatric Reform and embracing Primary Care in this responsibility.

Key words: Mental Health, Primary Care and Psychiatric Reform.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) deve responsabilizar-se pela Saúde Mental (SM) de toda a área territorial de referência assumindo ativamente sua promoção, não se restringindo apenas aos cuidados em saúde ‘mental’. Unindo-se aos demais segmentos que compõem a rede social, articulando-se a fim de promover melhoria nas condições de saúde e de vida das pessoas. Por isso, “é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno dos problemas”. (AMARANTE et al., 2011).

Assim, Brasil (2013) reconhece a necessidade de elaboração de políticas e estratégias desvinculadas da doença, sabendo que os problemas de saúde advêm não somente de doenças, mas de qualquer outra condição ou circunstância de saúde, tais como agravos, gravidez, envelhecimento, estresse, predisposição genética, o que pode envolver a SM.

Segundo Oliveira et al. (2008) lamentavelmente os agravos à SM continuam silenciosos (ou silenciados) para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), e algumas ações determinam este ‘silêncio’, conflitando os dois modelos de atenção: um modelo antigo, hospitalocêntrico, e o atual segundo as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS); e que se apresenta ainda distante das práticas propostas, delimitando de maneira importante as ações de SM, pois este cuidado exige organização das práticas segundo a lógica da vigilância à saúde e da integralidade do cuidado, e não apenas cumprimento de ‘programas’ que ‘controlam’ os indicadores de saúde da população, isto coloca nas mãos do enfermeiro a direção e a organização do cuidado.

Entretanto, para Barban e Oliveira (2007):

A pouca afinidade das equipes com os conceitos de saúde e doença mental distancia a unidade das reais necessidades da população nesse campo, e a atitude mais frequente é o encaminhamento para os serviços especializados. Porém, a realidade dos serviços secundários e terciários especializados em Saúde Mental não permite um seguimento adequado, em muitos casos, encontramos distantes, fisicamente, e subdimensionados em relação ao excesso de demanda.

Isto posto, remete a urgência de preparar e capacitar a equipe e as ferramentas para fornecer um atendimento qualificado segundo as propostas do SUS.

Afinal, Nunes et al. (2007) supõe que “um dos principais limitantes dessas ações situa-se, ainda, na área relativa à clínica da saúde mental”.

Por isso, conforme Sousa et al. (2004) a efetivação da Reforma Psiquiátrica (RP) requer a articulação do modo de produção dos serviços de saúde organizados em sistemas financeiros, materiais e de recursos humanos, com a força de trabalho e com a tecnologia produzida pelos saberes e práticas.

O que segundo Nunes et al. (2007) revela representações associadas a doenças diferentes e o receio que elas produzem. A depressão parece surgir como uma doença mais banalizada na sociedade atual e talvez mais próxima do vivido de cada pessoa, para além de sua condição de profissional, isto adiciona uma experiência de familiaridade ao manejo da mesma. Já o uso do ansiolítico está muito relacionado ao risco de dependência química, produzindo certo temor, ‘saudável’ a nosso ver, nos clínicos da ESF. Quanto às psicoses, sem dúvida, são aqueles problemas que provocam maior desconforto pela construção imaginária social que a envolve e que atinge não apenas a população geral, mas também os profissionais de saúde quando da sua formação; mostrando, assim, a importância da educação em saúde para desmistificar e desestigmatizar as doenças mentais.

Afinal, Souza et al. (2007) também considera como fator complicante a falta de especialização e atualização em SM, pois dificulta o acompanhamento das mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica em níveis nacional, estadual e municipal. Esta capacitação amplia horizontes, conduz a reflexão sobre o processo de humanização, solidariedade, respeito, compromisso, julgamento, aceitação,

liberdade e responsabilidade que permeiam os preceitos da RP, que é estendida a AB.

Em conformidade, Nunes et al. (2007) considera a importância da ESF em SM, na busca de suprimir o modelo hospitalocêntrico, centrando o cuidado na família, e não no indivíduo doente, respeitando os conceitos de vigilância à saúde e enfocando o risco, desenvolvendo atividades na prevenção e promoção da SM e, envolvendo a sociedade na busca dos determinantes sociais do adoecimento, realizando práticas intersetoriais e exercícios de cidadania, empoderando a sociedade com educação em Saúde.

Contudo, para Rosa e Labate (2003) as principais dificuldades enfrentadas na ESF são: a escassez de infraestrutura para o adequado desempenho profissional nessas comunidades e o despreparo inicial, especialmente em SM, fazendo-se necessário incluir na equipe outros profissionais para cuidarem destas questões. Urge fundir as relações entre os profissionais em SM para que o cuidado possa fluir e as propostas do SUS serem atendidas, acabando com a fragmentação nos serviços que visa o mesmo fim: o bem estar e a autonomia do paciente com o acompanhamento que respeite a territorialização, pois o paciente, ainda que hospitalizado, tem a residência no território de abrangência da ESF; logo a ESF é responsável por este paciente, cabendo ao enfermeiro da equipe informar o acompanhamento ao Ministério da Saúde (MS) em seus relatórios periódicos, via Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Por isso, segundo Nunes et al. (2007)

muitas são as razões apontadas para a não inclusão da saúde mental enquanto campo de atuação nas equipes estudadas, fato que se pode dividir em quatro grupos de causas atribuídas pelos entrevistados: (I) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos da ESF; (II) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (III) a falta de condições para o atendimento desses casos na ESF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (IV) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como

retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.

Assim, para Oliveira et al. (2008) a ESF não existe sem constante capacitação das equipes pelo movimento contínuo da construção de saberes e olhares sensíveis às novas tecnologias de trabalho que são próprias da integralidade na atenção, pois o trabalho é pautado na responsabilidade e corresponsabilidade, não se concentrando apenas na doença, mas considerando o cuidado como uma alavanca que apoia a pessoa ampliando sua autonomia.

Para tanto, Ribeiro et al. (2008) sugere a utilização de impressos específicos para apontamentos, materializando as informações como base para discussão e desenvolvimento de ações que possibilita visualizar o paciente em sofrimento mental até então esquecido no serviço da AB por não constar nos relatórios do SIAB;

Pois, segundo Nunes et al. (2007) a tarefa de exterminar totalmente as práticas manicomialis exige preparo e ações no sentido de garantir ao portador de transtorno mental, um espaço digno na sociedade, devolvendo-lhe sua cidadania e conferindo visualidade às suas necessidades.

Assim, percebe-se então, a urgência de encabeçar uma nova visão no campo mental; no que tange a capacitação de toda a equipe, em especial dos agentes comunitários de Saúde (ACS); implantação de um formulário (Tipo FICHA B) identificando e classificando os graus de intensidade da patologia ou propensão e reorganizando o plano de atenção segundo o modelo 'MÃE PAULISTANA'; materializando a reforma psiquiátrica e, abraçando na AB, esta responsabilidade.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Um pouco de História sobre a construção da Saúde no Brasil

Iniciado com o Sanitarismo Campanhista, na década de 1930, o Sistema de Saúde no Brasil teve seu desenvolvimento, a partir do enfoque médico assistencial privatista, instituído na década de 1960, e após várias críticas, em 1990 foi criado o SUS, atualmente em vigência no país, pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade (SOUSA et al., 2004).

Já nos anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) entendendo a magnitude dos problemas de SM, reconhece a incapacidade dos especialistas em nível exclusivo, preconizando 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, que, passam a ser veiculadas e incorporadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica; neste período a RP buscou transformar as relações entre a sociedade e a loucura, bem como o pré-conceito com os portadores de transtornos mentais. (NUNES et al., 2007).

Esta Reforma composta de transformações permanentes segue nos campos teóricos, assistenciais, jurídicos e socioculturais, marcada por tensões, conflitos e desafios ao propor a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico propondo-lhe cuidados na comunidade. Devagar, a ideia de asilo desfez-se e surgiu à integração de novos serviços de saúde, entre eles, a ESF; devolvendo ao portador de transtorno mental severo e persistente, ou de sofrimento psíquico leve, o status de cidadão, com direito aos cuidados de saúde como qualquer outra pessoa. (AMARANTE et al., 2011)

No entanto, para Nunes et al. (2007) a novela da vida real contraria o ideal, pois os esforços de consolidação da Política de SM ainda emperram nos impasses da operacionalização de uma rede de cuidados e, especialmente, da capacidade de desenvolver ações ocupando um espaço social mais amplo.

Assim, Cavalcante et al. (2011) aponta a Atenção Básica como porta de entrada dessa rede assistencial, sob a bandeira de absorver a demanda universal, dando resolubilidade a 80% das intercorrências. Assim necessita estar voltada para

ações primárias de promoção e prevenção por pertencer a um cenário propício para tal, buscando estratégias em SM visando à substituição de práticas tradicionais, focadas na doença, por práticas integrais que recebam o sujeito na diversidade de suas dimensões e como protagonista do cuidado em saúde. Compreendendo a SM como eixo da Estratégia Saúde da Família (ESF), pela facilidade que tem de formar e manter com base no modelo, atividades como acolhimento, caminhadas, iniciativas culturais e educativas, e outras, fazendo da ESF o efetivo programa de SM.

Assim, segundo Brasil (2013) é necessário e urgente ir além de criar serviços de reintegração, efetivar ações para evitar/prevenir a restrição social, para isso, são extremamente importante políticas desenhadas com um novo olhar sobre o ser humano, respeitando os princípios e as diretrizes constitucionais do SUS, atendendo as consequências das transições demográficas e epidemiológicas, com propósito de promover saúde, libertando as pessoas para viverem sem grandes incapacidades numa expectativa de vida que já brilha no Brasil.

E, para Onocko-Campos et al. (2012) “é necessário investir em estratégias inovadoras para que serviços fragmentados funcionem de forma coordenada e abrangente, e desempenhem a função de prevenção na comunidade.”

Portanto, Amarante et al. (2011) considera que AB deve responsabilizar-se pela SM de toda a área territorial de referência assumindo ativamente sua promoção, não se restringindo apenas aos cuidados em Saúde ‘Mental’. Unindo-se aos demais segmentos sociais que compõem a rede social, articulando-se a fim de promover melhoria nas condições de Saúde e de vida das pessoas. Afinal, “é preciso ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno dos problemas”.

O papel da ESF e as limitações da Atenção Básica em Saúde Mental

Segundo Nunes et al. (2007) quanto a ESF, além da insipiência das suas ações na área de SM, aquelas existentes têm requerido uma sensibilização específica

de seus profissionais, que não estão familiarizados com o universo da SM, sua lógica e linguagem, o que não lhes permite levar em conta a idiossincrasia dos problemas historicamente vividos pelos portadores de transtornos mentais.

Afinal, segundo Jucá et al. (2009) a ESF tem como vantagem o trabalhar dentro do contexto familiar, pois pelo fato de acompanhar de perto as famílias, participando do surgimento e manutenção do sofrimento pode intervir com promoção e educação em saúde.

Isto requer a articulação do setor saúde com outros visando à compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e a participação da população nas práticas e serviços de saúde, no sentido de que esses acolham suas necessidades e permitam a coparticipação no plano terapêutico e na vida comunitária.

Assim, ainda, segundo Jucá et al. (2009) nota-se que os profissionais da ESF sentem-se impotentes para lidar com as situações de sofrimento mental, isto evidencia-se pela falta de registo de casos identificados. A ausência destes registros revela um ponto de desequilíbrio entre os profissionais quando se deparam com situações, as quais não se sentem integralmente capacitados para atuar; são momentos de tensão e insegurança diante de pessoas alcoólatras e aparentemente violentas. É urgente que venhamos a desenvolver uma série de estratégias que ajudem estas equipes a entrarem na rede, e prepará-las para os cuidados, especialmente em SM. Há que se utilizar de cursos de capacitação para disseminar conhecimentos importantes sobre a RP e os cuidados, removendo o estigma e acelerando o processo para atendimento; auxiliando esses profissionais a desenvolverem uma linguagem comum, possibilitando, compartilhar suas percepções; entretanto, o respaldo da equipe de SM concede segurança e tranquilidade para desenvolver as ações cotidianas e projeto terapêutico individual, e/ou encaminhamento quando necessário.

Afinal, para Sousa et al. (2004) e Cavalcante et al. (2011) a integralidade é um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, através de uma busca permanente e ampliada, visando às necessidades da população, manifestando a compreensão de que os eventos de adoecimento não são apenas biológicos, mas também históricos, sociais, culturais e econômicos, com repercussões na existência das pessoas, com relação à SM; o enfermeiro deve considerar como objeto do trabalho o sofrimento das pessoas e como finalidade a promoção da saúde, a prevenção de agravos à SM, trazendo-as de volta ao convívio social, auxiliando-as a expressar sua subjetividade e educá-las para o exercício da cidadania, valorizando seus aspectos sadios, devolvendo-lhes a dignidade e o respeito negados.

Por isso, Oliveira et al. (2008) confirma que a ESF não existe sem constante capacitação das equipes pelo movimento contínuo da construção de saberes e olhares sensíveis às novas tecnologias de trabalho que são próprias da integralidade na atenção, pois trabalha-se com responsabilidades e corresponsabilidades, não se concentrando apenas na doença, mas considerando o cuidado como uma alavanca que apoia a pessoa ampliando sua autonomia. Este trabalho representa a inversão de complexidade onde são requeridas competências mais elaboradas para o cuidado às pessoas portadoras de transtorno mental na comunidade do que em serviços especializados fechados, e a descontinuidade dos processos de gestão nos diferentes governos emperra o desenvolvimento do trabalho neste campo.

E, Souza et al. (2007) afirma que um visível complicante é a falta de especialização e atualização em SM, pois dificulta o acompanhamento das mudanças propostas pela RP em níveis nacional, estadual e municipal. Esta capacitação amplia horizontes, conduz a reflexão sobre o processo de humanização, solidariedade, respeito, compromisso, julgamento, aceitação, liberdade e responsabilidade que permeiam os preceitos da RP, que é estendida a AB.

Já para Rosa e Labate (2003) as principais dificuldades enfrentadas na ESF são a escassez de infraestrutura para o adequado desempenho profissional nessas comunidades e o despreparo inicial, especialmente em SM; faz-se necessário incluir na equipe outros profissionais para cuidarem destas questões. Urge fundir as relações entre os profissionais em SM para que o cuidado possa fluir e as propostas do SUS serem atendidas, acabando com a fragmentação nos serviços que visa o mesmo fim: o bem estar e a autonomia do paciente com o acompanhamento que respeita a territorialização, pois o paciente ainda que, hospitalizado tem a residência no território de abrangência da ESF; logo a equipe de ESF é a responsável por este paciente, cabendo ao enfermeiro da equipe informar o acompanhamento ao MS em seus relatórios periódicos.

E, para Nunes et al. (2007) ainda que, de uma forma geral, haja certa abertura para o tratamento de pacientes com problemas psicossociais, ou sofrimento mental mais leve na AB, tais como depressões e ansiedades, certos profissionais médicos afirmam se sentir à vontade apenas para prescrever antidepressivos, mas não ansiolíticos, e muito menos antipsicóticos.

Isso revela representações associadas a doenças diferentes e o receio que elas produzem. A depressão parece surgir como uma doença mais banalizada na sociedade contemporânea e talvez mais próxima do vivido de cada pessoa, para além de sua condição de profissional, o que adiciona uma experiência de familiaridade ao manejo da mesma. Já o uso do ansiolítico está muito relacionado ao risco de dependência química, o que produz certo temor, “saudável” a nosso ver, nos clínicos do PSF. Quanto às psicoses, sem dúvida, são aqueles problemas que provocam maior desconforto pela construção imaginária social que a envolve e que atinge não apenas geral, mas também os profissionais de saúde quando da sua formação. (NUNES et al., 2007)

Portanto, em concordância, Amarante et al. (2008) relata que os enfermeiros entrevistados ressaltam a impossibilidade de atender a pessoa em sofrimento psíquico na ESF; desacreditam da autonomia da pessoa, não reconhecendo a lógica do território e encaminhando-as para os serviços especializados.

Um Fazer Diferente em Saúde Mental

Para Amarante et al. (2011) “a atenção em saúde mental deve ocorrer na comunidade onde se vive de forma: descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva, segundo a Declaração de Caracas”.

Em conformidade, Souza et al. (2007) relata que:

O Manual de Enfermagem (PSF) do Ministério da Saúde⁽¹⁵⁾ chama a atenção não só do enfermeiro, mas de toda a equipe, para que percebam a importância da multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletiva, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sócio-familiar. Desta forma, o Manual chama atenção para a necessidade de uma visão mais ampla dos indivíduos assistidos pelas equipes do PSF, para que se promova uma atenção mais completa a estes.

Assim, segundo Amarante et al. (2011) para que a sociedade possa lidar com as mais diversas formas de sofrimento psíquico, ou com sofrimentos de qualquer natureza, é necessário que o sistema de saúde o enxergue sem preconceitos, considerando simplesmente as condições como ser humano, abandonando a concepção de cura e adotando a concepção de cuidado, fundamentada na humanização e na subjetividade dos seres (Psíquico) imersos no contexto social, como propunha a RP. É assim que se busca a atenção integral necessária a qualquer tipo de sofrimento. Dessa forma, para almejar a atenção integral o enfermeiro da ESF deve buscar na multidisciplinaridade, na interdisciplinaridade, os recursos materiais e os recursos da comunidade.

Portanto, com a visão assim ampliada, torna-se possível a efetividade da atenção concedida pela ESF; humanizando as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida, usando-se da promoção e

educação em saúde, valorizando o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento, erguendo assim, a bandeira da ESF.

Logo, para Lucchese et al. (2009) somos todos responsáveis, estamos em construção de uma nova forma de pensar/saber e fazer SM. Urge a necessidade de mudança de atitude dos trabalhadores e gestores em reconhecer e incorporar as manifestações de sofrimento psíquico como objetos de seu trabalho na atenção primária, além de romper com as barreiras da atenção formal e isolada da saúde, buscando parcerias intersetoriais e sociais. Construindo elos, unindo forças com profissionais de outras disciplinas, conhecendo os caminhos e educando para uma nova realidade em SM, (re)direcionando e (re)conduzindo os olhares e as ações neste sentido.

Assim, conforme Souza et al. (2007) a qualificação e o treinamento da equipe da AB, podem ser a 'chave' para desatar o entrave que emperra o desenvolvimento de um novo conceito em SM, visto que o atendimento está inserido no convívio social do paciente. Para tanto, sugere-se incluir treinamentos específicos no campo da SM, assim como existem qualificações em outras áreas (AIDPI, Hanseníase, TB, DM, entre outros). Com essa medida poderia ser possível obter um grande contingente de enfermeiros que teriam ideias e experiências compartilhadas, estratégias bem definidas, conceitos repensados, serviços de apoio indicados e uma linguagem similar abordada; a exemplo do programa 'Mãe Paulistana'.

Segundo Jucá et al. (2009) uma possibilidade de superar a desarticulação da rede e reduzir a distância histórica da AB em SM, seria a constituição do que já está prescrito pelo MS: uma rede de SM extra-muro forte, consistente, corresponsável na construção de ações de saúde em conjunto; um trabalho enraizado na comunidade com a finalidade de promover a mudança da concepção de que 'lugar de louco é no hospício'; ampliar o potencial das práticas acolhedoras 'do momento da crise/surto' nos serviços extra hospitalares; valorizar o correto uso do matriciamento (estreitar relação CAPS/equipes de saúde da família e os demais componentes da rede),

provendo-a de capacitações, apoio e supervisão; investimentos na formação dos trabalhadores da saúde tanto na acadêmica quanto na educação permanente.

Todavia, segundo Amarante et al. (2011) no Código de Ética de Enfermagem, o enfermeiro deve ter como preocupação primordial a assistência no cuidado ao ser humano como um todo e sua coletividade. A enfermagem deve estar pronta a promover a saúde, respeitando a vida sem discriminação de qualquer natureza, em qualquer local que tenha atuação profissional do enfermeiro e equipe. O Código de Ética assegura uma atenção integral a todo ser humano, corroborando a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que protege todo portador de transtorno mental, sem discriminação de qualquer gênero ou espécie, suprimindo todas as suas necessidades, respeitando-o e acolhendo-o com igualdade; e a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que afirma que saúde é direito fundamental do ser humano, implicando na prevenção da autonomia e na defesa da saúde, sua integralidade física e moral.

Assim, Lucchese et al. (2009) afirma que o avanço ou não no movimento de RP é resultado de um conjunto de ações de gestão, dos trabalhadores da saúde e da comunidade. Dentre elas focamos a necessidade de investimento permanente da gestão e dos trabalhadores diante das reais necessidades de saúde da comunidade.

Entre ações inovadoras e efetivas, Onocko-Campos et al. (2012) destaca:

reunião de equipe e espaços fixos de discussão regulares, presença de equipe de saúde mental na UBS, existência de apoio matricial, construção de Projeto Terapêutico Singular para os casos de maior risco clínico e de vulnerabilidade social, grupos de educação e promoção à saúde, existência de gestão colegiada e participação da comunidade na gestão.

Assim, percebe-se então a urgência de encabeçar, uma nova visão no campo mental; para tanto, sugere-se a capacitação de toda a equipe, em especial dos agentes comunitários; implantação de um formulário (Tipo FICHA B) identificando e classificando os graus de intensidade da patologia ou propensão e reorganizando o

plano de atenção segundo o modelo 'MÃE PAULISTANA'; materializando a RP e, abraçando na AB, esta responsabilidade.

Afinal, conforme estudo realizado por Ribeiro et al. (2008) “o uso dos formulários padronizados (busca ativa e Ficha B)” permitiu à equipe desenvolver ações de SM, tirando a pessoa com sofrimento mental da estagnação, evidenciando-a, trazendo-a da invisibilidade para a luz, usando-se do caso para desenvolver ações e discutir estratégias para o cuidado prestado ao usuário e sua família, ressaltando ainda a necessidade de capacitação em SM.

Barban e Oliveira (2007) sugere um modelo de atualização em Saúde Mental:

Uma programação inicial básica de sensibilização:

- a questão da saúde e da doença mental (o normal e o patológico). Distinções entre sofrimento psíquico e distúrbio mental, consciência crítica com relação à patologização e medicalização da vida;
- a história da loucura e a reforma psiquiátrica na Saúde Pública, o estigma e as propostas atuais de atuação na atenção básica (políticas públicas de Saúde Mental);
- o modelo de assistência (capacitação e assessoria) da Equipe Matricial de Saúde Mental no Programa Saúde da Família em São José do Rio Preto. Instrumentos formulados para o trabalho, planejamento como modalidade do núcleo de atenção integral.

E, Nunes et al. (2007) defende que desconstruir paulatinamente, de qualquer instituição, toda prática de caráter manicomial e excludente das pessoas portadoras de transtorno mental, exige estratégias sociais, políticas e culturais que assegurem ao 'louco' um lugar de cidadão, resgatando-o da marginalização real e simbólica onde tem sido esquecido, conferindo-lhe espaço. “O território é compreendido como espaço geográfico habitado, instituído de significados, afeto, o espaço de laços sociais e de garantia de qualidade de vida, de manutenção econômica e de exercício político dos cidadãos”.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliográfica da abordagem da Saúde Mental no âmbito da ESF. O propósito da revisão da literatura é a reunião e o aprofundamento de

informações de um dado assunto de modo a compreender como vem sendo construído este corpo de conhecimentos. Para isso realizamos busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde LILACS, BIREME, DEDALUS e PERIENF e sites do Governo, no recorte temporal de 10 anos. Os resultados foram analisados tendo por base os preceitos das políticas de saúde, de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica de acordo com os descritores: Saúde Mental, Atenção Básica e Reforma Psiquiátrica; foram encontrados 284 artigos, selecionados 89 e utilizados 15 para análise, os demais foram desprezados por estar em duplicidade, inacessível ou sem relação com o tema. A fase de análise deu-se por meio de leituras exploratórias, seletiva, analítica e interpretativa, respeitando os critérios: textos em Português, últimos 10 anos, alusão ao assunto tratado, acessibilidade integral do artigo, e gratuidade da consulta. Após a análise dos conteúdos dos artigos, buscamos estabelecer um diálogo entre as temáticas encontradas e a literatura que serviu de base para introduzir o presente estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Souza et al. (2007) nos convida a avaliar como a SM, se bem conduzida e trabalhada nas equipes de ESF, contribui decisivamente para aliviar a demanda dos hospitais psiquiátricos. Isto nos remete à reflexão da importância das ações que cada um de nós podemos desenvolver, no comprometimento com a RP, somando assim, para a materialização desta sonhada reforma, que se arrasta tão lentamente.

Martines e Chaves (2007) bem como Nunes et al. (2007) notam que, na prática, a organização do trabalho na ESF tem íntima relação com a qualidade do vínculo da equipe entre si e com a população atendida. Assim, é importante que as equipes despertem para os aspectos da SM, com o compromisso de efetivarem a abordagem biopsicossocial a que se propõem, incluindo o tema 'Saúde Mental' em suas metas e prioridades a nível nacional.

Para tanto, Ribeiro et al. (2008) considera que é diariamente que edificamos e construímos o conhecimento em SM, sendo necessário dar significados aos achados ou às descobertas realizadas, procurando contextualizá-los em situações similares, buscando assim superar os obstáculos presentes no ciclo de mudanças do sistema de atendimento.

Este fato, segundo Souza et al. (2007) leva a discutir o conceito do termo 'Saúde Mental' que se justifica por ser uma área de conhecimento que, mais do que diagnosticar e tratar, ocupa-se na prevenção e promoção de saúde, além da reabilitação e inclusão do paciente em seu contexto social, não se limitando apenas a pacientes psiquiátricos, e sim, à população em geral. Porém, cabe a AB tanto realizar o acolhimento dos pacientes com queixas relacionadas à SM, diagnosticar e tratar os casos de sofrimento inespecífico, como também, investigar possíveis causas orgânicas para o transtorno apresentado, considerando que na sua vivência os profissionais precisam estar preparados para lidar com esta grande diversidade de casos. Estas ações devidamente organizadas dentro da lógica extramural e da lógica da reconstrução da cidadania plena fortalece elos.

Contudo, Silva et al. (2005) considera que,

a construção de um novo modelo operacional depende da criação de novas competências, transformadora do perfil profissional, promovendo sujeitos sociais críticos e preparados para este novo modelo de assistência a saúde, processos históricos e socialmente construídos pelos seres humanos e pelas Instituições de um dado contexto, reconhecendo as necessidades que os determinam e os sustentam.

Pois, para Lucchese et al. (2009) a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico são fundamentais para a reforma tão almejada, que dependem fundamentalmente da constituição deste elo entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços; as mudanças de padrões de relacionamento têm determinantes que vão além da simples vontade e disponibilidade do trabalhador em transformar seu fazer, são influenciados, principalmente, pelos estilos de gestão e da estrutura de

poder das instituições; o serviço segue um padrão instituído pela gestão com modelo engessado que não permite ao profissional a flexibilidade necessária para produzir mudanças por respeito ao corporativismo; assim à ESF permanece à margem de toda a rede, sem saber lidar com o sujeito que sofre mentalmente em sua base territorial, e ao encontrar uma crise recorre ao hospital, pela dificuldade de acesso ou a ausência de referência contra-referência com os CAPS locais.

No entanto, ainda afirma que, a superação do hospitalocentrismo, da cultura de pensar saúde como consulta médica que resulta, sobretudo, na medicalização pressupõe novos referenciais para orientar o processo de trabalho na nova lógica do SUS e na abordagem da Saúde Coletiva. Consequentemente, exige articular-se saberes e práticas das diversas áreas com os diferentes universos que envolvem o processo de viver, adoecer e morrer dos seres humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que a mente comanda o corpo; sendo a mente saudável tende o corpo gozar boa saúde, ou vice-versa. Sendo assim, as dificuldades encontradas pela equipe de ESF para lidar com os impasses emocionais, psicológicos, sociais, espirituais e biológicos da população atendida tende a fazer ser uma considerável diferença para melhoria da qualidade de vida e saúde desta população, e porque não dizer os próprios; pois, se não cuidarmos da SM, haveremos de tratar as doenças mentais; e sabemos que elas se fazem presente, mesmo entre nossos profissionais, não só na AB, mas em todos os campos dos serviços de saúde, pois a linha que separa Saúde e Doença Mental é extremamente frágil. Buscando alternativas eficazes na otimização dos serviços em SM, no que tange a materialização de ações fortalecedoras da RP.

Na visão dos autores pesquisados as dificuldades encontradas são: a pouca informação, o estigma sobre os conceitos de saúde/doença mental; o despreparo dos enfermeiros da AB no sentido de acolher e direcionar os cuidados em SM; a falta de

elo entre a rede de serviços em SM, o que distancia a AB das reais necessidades da população atendida, sendo que a atitude mais frequente é o encaminhamento para os serviços especializados. No entanto, a realidade dos serviços secundários e terciários especializados em Saúde Mental não permite um seguimento adequado, tendo em vista a distância física e subdimensionada devido ao excesso de demanda; o que gera medicalização excessiva, acrescentando ainda, as dificuldades gerenciais e de investimento do poder público, numa conjugação que dificulta, e estimula à baixa resolutividade destes serviços.

Assim, a proposta de superação é desmistificar e desconstruir estes conceitos preconcebidos de saúde/doença mental e encabeçar, a partir de dentro dos serviços uma nova visão do que o é, de fato; transmitindo e compartilhando como ondas sonoras de uma melodia agradável esta nova visão no campo mental; para tanto, sugere-se a capacitação de toda a equipe, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde; implantação de um formulário (Tipo FICHA B) identificando e classificando os graus de intensidade da patologia ou propensão e, reorganizando o plano de atenção segundo o modelo 'MÃE PAULISTANA'; materializando a Reforma Psiquiátrica e, abraçando na AB, esta responsabilidade, (re)direcionando e (re)conduzindo os olhares e as ações em Saúde Mental.

Logo, na falta de uma equipe de referência com projetos terapêuticos constituídos e equipe de referência especializada, fortalecendo os elos dos serviços, o usuário passa a ficar 'solto', isto é, de responsabilidade de todos os profissionais/equipe e de nenhum simultaneamente, com uma produção de cuidado fragmentado. - Quem vai assumir o cuidado a este paciente?

A ESF proporciona os cuidados da população de determinado território, através da assistência humanizada e da criação de vínculos com os profissionais e usuários, objetivando a melhoria da qualidade de vida, tendo implícita a promoção da SM e o acompanhamento, não apenas do paciente, mas de toda a família nas suas ações, pois, não é possível passar os casos, mesmo quando indicado uma internação,

uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, porque o paciente continua a ser responsável pela equipe da ESF enquanto morar no mesmo local. Recomenda-se o uso de um matriciamento responsável e do apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

Assim, a síntese da complexidade desse modo de pensar o processo saúde-doença, requer a capacidade de reflexão e crítica da realidade no âmbito singular, particular e da totalidade da existência; o que pressupõe novos processos de trabalho em Saúde que valorize a articulação da qualidade técnica-formal com a qualidade política na atividade profissional, voltada à transformação da realidade na consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L.; Lepre, A. S.; Gomes, J. L. D.; Pereira, A.V.; Virgínia Faria Damásio Dutra, V. F. D.; As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto contexto - enferm.** vol.20 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2011

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq Ciênc Saúde** 2007 jan-mar;14(1):52-63

BRASIL, A. C. O. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 26(1): 1-4, jan./mar., 2013

CAVALCANTE, C. M.; PINTO, D. M.; CARVALHO, A. Z. T.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A.; Desafios do cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, 24(2): 102-108, abr./jun., 2011

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

LUCHESEL, R; OLIVEIRAL, A. G. B; CONCIANI, III. M. E; MARCON, S. R; Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública** vol.25 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2009

MARTINES, W. R. V; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**;41(3):426-433, set. 2007

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

OLIVEIRA A. G. B; CONCIANI, M. E; MARCON, S. R. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. **Ciênc. cuid. saúde**;7(3):376-384, jul.-set. 2008

ONOCKO-CAMPOS, R. T; Campos, G. W. S; Ferrer, A. L; Carlos Roberto Silveira Corrêa, C. R. S; Madureira, P. R. M; Gama, C. A. P; Nascimento, D. V. D. R; Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública** 2012;46(1):43-50

RIBEIRO, C. C; RIBEIRO, L. A; OLIVEIRA, A. G. B. de. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare enferm**;13(4):548-557, out. Dez. 2008

ROSA, W. A. G; LABATE, R. C; A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília (DF) 2003 maio/jun;56(3):230-235

SILVA, A. T. M. C. da; SILVA, C. C. da; FERREIRA FILHA, M. de O; NÓBREGA, M. M. L. da; BARROS, S; SANTOS, K. K. G. dos. A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm** 2005 jul-ago; 58(4):411-5.

SOUSA, K. K. B; FERREIRA FILHA, M O; SILVA, A. T. M. C. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na atenção a saúde mental. **Cogitare Enfermagem**, v.9, n.2, p.14-22, 2004.

SOUZA, A. de J. F; MATIAS, G. N; GOMES, K. de F. A; PARENTE, A. da C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm**; 60(4):391-395, jul.-ago. 2007