UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
E SAÚDE DA FAMÍLIA

PATRÍCIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE REVISÃO DE LITERATURA

TEÓFILO OTONI - MG
2013

PATRICIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora:Profª Eulita Maria Barcelos

TEÓFILO OTONI- MG

2013

PATRICIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO

DESAFIOS NO ATENDIMENTO DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
REVISÃO DE LITERATURA

BANCA EXAMINADORA

Eulita Maria Barcelos (orientadora)

Marília Rezende da Silveira

Aprovada em 02/ 03 /2013

Dedico este trabalho à população do município de Angelandia e as três equipes de PSF que estão envolvidos no processo de trabalho assistencial ao paciente portador de sofrimento mental.

Agradeço primeiramente a Deus por me dar forças para seguir em frente, a minha família que sempre esteve ao meu lado, me dando todo apoio que eu preciso e a minha orientadora que contribuiu muito com o desenvolvimento e finalização deste trabalho.

“Tudo parece impossível até que seja feito”

Nelson Mandela

RESUMO

As equipes de saúde da família são responsáveis por desenvolver toda a metodologia de assistência aos portadores de sofrimento mental, amparados pelas diretrizes da reforma psiquiátrica, pelas mudanças na legislação, nos modelos de atenção e nos instrumentos de auxilio existentes atualmente. Este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre os desafios no atendimento de saúde mental na atenção básica de saúde. A metodologia utilizada foi revisão narrativa de literatura por meio de busca digital nas bases de dados ScIELO (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Biblioteca Virtual de Saúde. Foram também consultados manuais do Ministério da Saúde e da Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais. Os resultados deste estudo demonstram que, as ações de saúde mental na atenção primária, apesar de alguns avanços, ainda centrado predomina o atendimento no médico, ausência na implantação dos modelos de atendimento em saúde mental para a estratégia da saúde da família em pequenos municípios, onde não existem os serviços substitutivos e nem o Núcleo de Apoio a Equipe de Saúde Família, sendo assim, nestes lugares continua a psiquiatrização do cuidado em saúde mental. Os profissionais apresentam dificuldades no desenvolvimento de ações, abordagem, habilidades, envolvimento intersetorial e familiar, bem como a desconstrução do saber biomédico, como único recurso terapêutico. A falta de suporte técnico, teórico e instrumentos suficientes para prestar assistência adequada e efetiva ao portador de sofrimento tornam a assistência um desafio a ser enfrentado no exercício profissional. Para um atendimento de saúde mental eficaz é necessário minimizar a ocorrência de psiquiatrização do cuidado, viabilizar a capacitação continuada das equipes, melhorar os processos de comunicação entre os profissionais, o envolvimento entre os profissionais da equipe de saúde da família, com o núcleo de apoio a saúde da família, gestores, usuários e familiares sendo necessário o comprometimento de todos. Os autores apontaram também a necessidade da implantação e implementação das políticas públicas já existentes no âmbito da saúde mental e também a necessária articulação da saúde mental com a atenção básica para um cuidado mais eficaz para esse usuário.

Palavras chave: Atenção primária. Saúde mental.

ABSTRACT

The family health teams are responsible for developing the whole methodology of assistance to the sufferers of mental, supported by the guidelines of the psychiatric reform, by changes in its laws and models of care and assistance instruments available today. This paper aims to conduct a literature review on the challenges in mental health care in primary health care. The methodology was a narrative review of the literature by searching in digital databases ScIELO (Scientific Electronic Library Online), Lilacs (Latin American and Caribbean Health Sciences), Virtual Health Library were also consulted manuals Ministry of Health and State Health Secretary of Minas Gerais. The results of this study demonstrate that the actions of mental health in primary care, despite some advances, still focused on medical care prevails, in the absence of deployment models in mental health care for the family health strategy in small municipalities, where there is no substitute services nor the Nucleus of Support to Family Health Team, so these places still psychiatrization of mental health care. The professionals have difficulties in developing actions, approach, skills, intersectoral involvement and family, as well as the deconstruction of biomedical knowledge as the only therapeutic resource. The lack of technical support, theoretical and instruments sufficient to provide adequate and effective assistance to the bearer of suffering make the tour a challenge to be faced in the profession. For an effective mental health care is necessary to minimize the occurrence of psychiatrization care, enable the continuous training of teams, improve communication processes between professional engagement among professionals in the family health team, with core support family health managers, users and families requiring the commitment of all. The authors also pointed out the need for the establishment and implementation of public policies within the existing mental health and also the necessary linkage between mental health and primary care for a more effective care for that user.

Keywords: Primary Care. Mental health.

Sumário

1 INTRODUÇÃO **10**

2 OBJETIVO **12**

3 METODOLOGIA **12**

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Breve histórico da evolução psiquiátrica **13**

4.2 Os desafios do atendimento de saúde mental na atenção básica de saúde **18**

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **25**

REFERÊNCIAS **26**

1 INTRODUÇÃO

Por meio do diagnóstico situacional realizado na atividade 9 do Módulo 3 “Planejamento e avaliação das ações de saúde” do Curso de Especialização em atenção básica em Saúde da Família, foi possível identificar a prevalência de indivíduos portadores de sofrimento mental moradores no município de Angelandia-MG, registrada no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, que chegou a 5,4 da população, com característica ascendente, conforme registros das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município. Esta realidade tem levado os profissionais da equipe de saúde a percebê-la como um importante desafio para a ESF, uma vez que o município não possui estratégias para a prevenção destas ocorrências ou para mudar a realidade psicossocial destes usuários do serviço de saúde, o que reflete um vazio no processo de trabalho no que se refere ao atendimento dos portadores de sofrimento mental. Este fato vem contradizer a Linha Guia de Saúde Mental (MINAS GERAIS. 2006), o SUS (BRASIL, 1988) e a Reforma Psiquiátrica (1978) que enfatizam o que deve ser garantido a todos os indivíduos o acesso para todos aos serviços de saúde, assistência integral e o direito a assistência por meio de rede de assistência à saúde descentralizada para atender de forma igualitária às necessidades da população.

A Política de Saúde Mental que norteia a Reforma Psiquiátrica estimula práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde.

A minha vivência na Estratégia Saúde da família do município de Angelândia-MG, possibilitou-me verificar a existência de uma grande lacuna entre o que se observa na prática e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

No município a população de portadores de sofrimento mental caracteriza-se pela baixa situação sócio-econômica, ociosidade, baixa escolaridade, convivência difícil com os familiares por muitas vezes não terem conhecimento e não receberem nenhuma orientação de como lidar com estes pacientes.

Entretanto a atenção psicossocial preconizada na Reforma Psiquiátrica nos remete a práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige

esforço maior da equipe assistente para manter a articulação entre as novas propostas dos serviços substitutivos e o cuidado territorializado.

A dificuldade ou até inexistência de acesso as atividades culturais e ao lazer, as deficiências nas condições sócias econômicas e a violência urbana e doméstica, são fatores presentes no meio ambiente destes indivíduos muitas vezes constituindo-se, em fatores predisponentes para o desencadeamento da doença mental.

As ações das equipes de saúde da família muitas vezes ficam dependentes da interveniência de outros setores da assistência à saúde gerando um sentimento de incapacidade diante de um evento que exige uma resolutividade imediata, ou seja, dar uma solução aos problemas do usuário de forma adequada.

Pelo exposto fiquei estimulada a realizar um levantamento bibliográfico sobre as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família no atendimento do paciente portador de sofrimento mental, pois imbuída de conhecimento posso posteriormente propor estratégias indicadas pela literatura para o enfrentamento do problema, adequando-as à realidade do município.

O desenvolvimento deste trabalho possibilitará conhecer as possibilidades oferecidas pela Rede de Assistência à Saúde Mental no estado de Minas Gerais, o que dela não está sendo acessado pelo município e o que pode ser implantado para melhorar o serviço.

Assim sendo, espero que ao serem implantadas as ações indicadas, será possível aos usuários o acesso a uma ESF preparada para o enfrentamento das vulnerabilidades no universo da saúde mental, com uma assistência mais qualificada, resolutiva e preventiva.

Para que o problema de falta de conhecimento apresentada pela equipe seja sanado, os conhecimentos adquiridos serão repassados e discutidos em reuniões com a equipe para que todos tenham a mesma conduta ao abordar o paciente e sua família.

O profissional poderá assim desenvolver ações coletivas e individuais voltadas para este grupo, identificando os riscos, as condições de aparecimento das doenças, as ações preventivas e terapêuticas de forma equitativa e integral.

2 OBJETIVO

Realizar um levantamento bibliográfico sobre os desafios do atendimento de saúde mental na atenção básica de saúde.

3 METODOLOGIA

Neste estudo optou-se por utilizar a revisão de literatura narrativa. A revisão de literatura narrativa segundo Cordeiro *et al.* (2007, p. 430) “apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica” que muitas vezes é menos abrangente.

A revisão de literatura é um processo de levantamento e análise do que já foi publicado por outros autores sobre o tema de pesquisa escolhido, permite efetuar um mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu algo sobre o tema proposto (MORESI,2003)

Este trabalho foi realizado mediante busca digital nas bases de dados Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Biblioteca Virtual de Saúde. Foram também consultados manuais do Ministério da Saúde e da Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais. Os critérios utilizados foram às publicações em periódicos nacionais, textos completos. Não foi considerada a temporalidade das publicações e nem os norteamentos metodológicos utilizados pelos autores. As palavras chaves utilizadas foram: atenção primária, saúde mental.

Após a pré-seleção das publicações, realizou-se uma leitura criteriosa, focalizando no tema proposto com o objetivo de demarcar os conteúdos que foram utilizados na revisão da literatura apresentada a seguir.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Breve histórico da evolução da assistência psiquiátrica

A história da doença mental, ou loucura, é relatada desde os primórdios da civilização, onde a pessoa considerada anormal era abandonada à sua própria sorte, para morrer de fome ou por ataque de animais (RODRIGUES,2001).

Carneiro (2000) aborda que no século XIX a Política de Saúde Mental era caracterizada com o esforço classificatório (alienismo), pelo tratamento moral e tratamento físico e uma organização dos manicômios e os profissionais – psiquiatras e pessoal auxiliar) e o usuário.

Em meados do século XX, o acelerado desenvolvimento tecnológico, associado à intensa produção de medicamentos, resulta no avanço da psicofarmacologia e em uma série de deslocamentos da psiquiatria institucional para a prática liberal das psicoterapias. Em paralelo surgiu a prática liberal da psicanálise e das psicoterapias emergentes e retiram de maneira sistemática e definitivamente dos hospitais psiquiátricos as neuroses, direcionando-as para subjetividade do homem moderno e estreitando o conceito de doença mental em torno das psicoses. Neste momento surgem os hospitais psiquiátricos clássicos, onde ocorre uma organização das instituições em torno das enfermarias, unidades administrativas denominadas “serviços”, e da possibilidade de o paciente vir a ter “alta”. Nessas instituições já é possível encontrar vários serviços chamados de “paramédicos”, como os de enfermagem e de assistência social (CARNEIRO, 2000).

Para Castel (1978), A “medicalização” não significa, um simples olhar da loucura pelo. Ela é mais complexa engloba a definição, pela instituição médica, de um novo *status* jurídico, social e civil do portador de sofrimento mental. Portanto, é essencial na medicalização da loucura a relação médico-doente, mas também é muito importante à relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desenrolar de um novo tipo de poder na instituição, a aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas no modelo hospitalar. Ficam

cortadas as vias para a assistência a domicílio, para a confiança no valor terapêutico dos vínculos familiares e das relações não profissionais. A hospitalização torna-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura. O tratamento é assentado quase que exclusivamente em técnicas coercitivo-punitivas inicialmente exercidas pelo pessoal auxiliar e na administração de psicofármacos em instituições descritas como “instituições totais”, por Goffman (1990).

“A Reforma Psiquiátrica surgiu nos anos 70, no bojo da Reforma Sanitária, a qual lhe deu sustentação política” (PEREIRA; CAMBRAIA.2009. p. 23).

A reforma psiquiátrica veio para favorecer a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL. 2005).

Segundo o Ministério da Saúde em seu documento da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, o ano de 1978 é identificado como o ano de inicio efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país.

> O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano (BRASIL,2005.p.7)

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

De acordo com AMARANTE (1998), a Reforma Psiquiátrica aparece como possibilitadora de outro modo de pensar a assistência psiquiátrica a partir da criação de dispositivos e estratégias de cuidado, comprometida com a saúde enquanto

responsabilidade do Estado, com ênfase na implementação de mecanismos de reinserção social e ressocialização dos usuários.

A idéia do modelo de atenção à saúde, afirma o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária Brasileira, redirecionam a atenção à saúde do hospital para a comunidade, “desconstruindo saberes, propondo novas formas de assistência e reconhecendo a comunidade como o *locus* preferencial de intervenção” (PEREIRA; CAMBRAIA.2009. p. 10).

Em relação às principais propostas do Movimento da Reforma Sanitária, explicitadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde é a universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social. Estas foram incorporadas ao texto Constitucional nos artigos 194 a 196 e regulamentadas pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS pode ser definido como “uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988” (SILVA, 1999, p. 11). Esse sistema, portanto, “define normas, princípios e diretrizes para a atenção à saúde em todo o país, inclusive na área de saúde mental” (PEREIRA; CAMBRAIA.2009. p. 24).

A atual política do Ministério da Saúde para a área da saúde mental tem como diretriz a “implantação de uma rede integrada, de base comunitária, com ofertas complexas de atenção médico-social, sob a diretriz da reabilitação psicossocial” (DELGADO. et al., 2001.p. 10).

No Brasil ocorre um desenvolvimento desigual das ações propostas pela reforma psiquiátrica nas diferentes regiões brasileiras por inferência das próprias características culturais regionais, mas já fica evidente um modelo de atenção centrado cada vez menos no hospital psiquiátrico. “Os serviços substitutivos cresceram sobremaneira na última década, apesar de ainda serem insuficientes para atenderem à demanda existente”(PEREIRA; CAMBRAIA.2009. p. 24).

É bastante provável que a realidade vivenciada pelas equipes de Saúde da Família no atendimento ao portador de sofrimento psíquico é permeada por inquietações,

indagações e, muitas vezes, pela dificuldade em intervir de forma eficiente no cuidado a esse grupo populacional (PEREIRA;CAMBRAIA.2009).

> O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcaram um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes, e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção. Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica de saúde em qualquer uma de suas formas (BRASIL, 2003. p. 2)**.**

Até bem pouco tempo segundo Colvero; Ide e Rolim (2004) a assistência ao doente mental era restrita nos hospitais psiquiátricos, locais da prática e do saber médico, da internação e da medicalização dos sintomas apresentados pelo portador de sofrimento mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo.

Com a Reforma Psiquiátrica uma de suas diretrizes é a reabilitação psicossocial, que se destina a aumentar as habilidades do indivíduo, com o objetivo de reduzir os danos da experiência do transtorno mental. Com esse novo conceito, é superada a cisão entre sujeito e contexto social, tão difundida na psiquiatria tradicional (LEAL,2011).

Para Saraceno (1999) citado por Leal (2011) a reabilitação psicossocial depende da contratualidade de três segmentos importantes: *hábitat,* que se refere a residência o espaço físico, e o relacionamento afetivo familiar e a apropriação do paciente em relação a sua moradia. A *rede* social contempla o contexto sócio-cultural, as relações construídas pelo paciente com cada cenário/instituição. *O* trabalho remunerado que é visto como um valor social que promove a articulação do campo dos interesses e dos desejos do indivíduo.

O aumento das altas hospitalares não tem sido acompanhado como deveriam ser pela criação de serviços assistenciais na comunidade para absorver esse contingente de doentes (SGAMBAT.1983 citado por COLVERO;IDE e ROLIM,2004).

Por meio da Portaria 224/1992 (BRASIL,2004) surge um dispositivo legal que aponta claramente diretrizes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária, com redução de internações e foco ao tratamento hospitalar mais humanizado, expansão da rede ambulatorial, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, centros de convivência e Serviço residencial terapêutico - SRT, além de municipalização das ações em saúde mental.

De acordo com Nogueira (2009), no editorial dos Anais do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí, os recursos terapêuticos trazem muitos benefícios tanto para o paciente como também para os cofres púbicos. Em termos quantitativos e qualitativos a assistência ambulatorial representa a primazia da assistência psiquiátrica. Os aspectos considerados relevantes são menos onerosos, mantém o paciente vinculado aos laços afetivo-familiares 24h por dia, existe a extensão de cobertura universal, abrangendo desde os casos mais leves até os mais graves de quaisquer transtornos mentais e existem os medicamentos específicos disponíveis para os usuários em pelo menos nos ambulatórios de referências.

> A assistência psiquiátrica ambulatorial pode funcionar isoladamente,vinculada a hospitais gerais, a hospitais especializados, inclusive a hospitais psiquiátricos ou a hospitais-dia, mas preferentemente deveria funcionar no próprio ambulatório geral dos diferentes “serviços de saúde”, desde os postos de saúde,vinculados ao PSF (Programa Saúde da Família), incluindo os hospitais locais, regionais, e os hospitais de referência da Capital e das grandes cidades, sejam eles públicos ou privados (NOGUEIRA, 2009.15).

Atendendo a Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004), os serviços substitutivos foram criados nos municípios de acordo com o número populacional e recebem suas denominações atendendo o seu poder de resolutividade: CERSAM, CAPS (nas suas diversas modalidades de atendimento) e NAPS e outros, mas todos com o objetivo de reabilitação psicossocial do paciente com transtorno mental contando com a parceria das equipes de saúde da família. Com isso, aparece também a necessidade de equipes matriciais de referência em saúde mental, para capacitação dos profissionais da rede. Em 2008 o Ministério da Saúde cria a Portaria 154/2008, a partir da qual ficam criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família - NASF. O Apoio Matricial da Saúde Mental seria:

> [...]o suporte técnico especializado, em que conhecimentos e ações, historicamente reconhecidos como inerentes à área 'psi', são ofertados aos demais profissionais da saúde mental e à equipe interdisciplinar de saúde na composição de um espaço de troca de saberes, invenções e experimentações que auxiliam a equipe a ampliar sua clínica e a sua escuta, a acolher o choro, a dor psíquica, enfim, a lidar com a subjetividade dos usuários (Figueiredo, 2006, 29).

Neste contexto é muito importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica à saúde.

> As ações de saúde mental na ABS devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas, que busquem o estabelecimento de vínculos e de acolhimento no Território (BRASIL, 2003, p. 3).

Pelo exposto no referencial teórico acima vem confirmar mais uma vez que o Programa de saúde da família é a porta de entrada para todos os indivíduos na Atenção Primária à Saúde cujas demandas sejam de ordem física ou psíquica.

4.2 Desafios do atendimento de Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde.

Segundo Ministério da Saúde, (BRASIL.1998) as principais características da Atenção Primária à Saúde (APS), no modelo da Atenção Básica à Saúde (ABS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF) são alicerçadas no estabelecimento de vínculos e coresponsabilização entre profissionais de saúde e população, na definição do objeto-alvo da atenção à família, ou seja, no ambiente e espaço geográfico em que vive, na responsabilidade por uma área de abrangência adscrita e também por uma intervenção em saúde que ultrapasse os muros das unidades de saúde visando ao enfrentamento dos principais problemas sanitários da população (no Território), desenvolvendo ações integrais de saúde para indivíduos, famílias e meio ambiente. Para o Ministério de Saúde (BRASIL. 2006) o Programa Saúde da Família (PSF) tem como objetivo desenvolver ações de prevenção, de promoção da saúde e de reabilitação de uma comunidade demarcada num território.

Segundo Ramos e Pio (2010) a Estratégia Saúde da Família tem como propósito repensar a lógica dos processos promoção/saúde/doença/cuidado, desconstruindo o saber biomédico como único recurso terapêutico, e inserir as problemáticas da

saúde, juntamente aos seus impasses psíquicos, em um contexto que é histórico e socialmente determinado, compartilhando com sua equipe, buscando um trabalho integrado.

Fundamenta-se no trabalho que a equipe interdisciplinar, ou seja, diferentes profissionais estabeleçam vínculo com a comunidade, tenha compromisso no ato de cuidar, promova a saúde e tenha autonomia e coresponsabilização, procurando o fortalecimento e envolvimento dos atores sociais nos seus processos de saúde-doença-projetos de cuidado e propostas coletivas de ações terapêuticas (RAMOS e PIO (2010).

Koga *et al.* (2006) relatam que esse modelo de atenção primária à saúde, usa como alternativa a estratégia centrada no individuo com demandas físicas. Há necessidade sistematizar o atendimento do PSF também para os problemas de saúde mental da população, em termos de detecção de sintomas e do atendimento inicial, sob forma de informações e orientações, assim como encaminhamento para outros serviços.

Há necessidade da equipe do PSF fornecer informações aos familiares e cuidadores sobre a doença, sobre como lidar com os pacientes, sobre os medicamentos psicotrópicos , enfim dar um suporte para estas pessoas que cuidam, visando a diminuir sua sobrecarga. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação (COLVERO;IDE; ROLIM, 2004 e KOGA *et al*., 2006).

No entanto, constata-se que esses familiares sofrem uma sobrecarga emocional decorrente do papel de cuidador familiar dos pacientes portadores de transtorno mental que pode resultar em níveis elevados de estresse e transtornos mentais comuns, com sintomas de ansiedade, insônia, irritabilidade e depressão (BANDEIRA e BARROSO, 2005; KOGA *et al*., 2006).

Em relação ao tratamento é importante a equipe da saúde da família sensibilize o paciente para que ele participe ativamente e com responsabilidade do próprio

tratamento, para evitar o abandono e as conseqüentes reinternações repetidas (KOGA *et al*., 2006)

Corroborando Ramos e Pio (2010) enfatizam que as ações e planos de cuidado, de promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação, dependem da participação ativa dos indivíduos. Os profissionais da equipe de saúde, não devem tentar manipular e controlar o desejo, o interesse e os valores dos usuários e sim compreendê-los.

As propostas terapêuticas de continuidade do cuidado aos usuários egressos de internações psiquiátricas inseridos no seu lugar social de origem são eficientes e fortalecem os vínculos sociais e estão em confluência com os objetivos e os princípios da Atenção Básica à Saúde e do Sistema Único de Saúde (RAMOS e PIO, 2010)

A Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2001) relata que as ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental imprimem a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade.

Para Lucchese, (2009) a política de efetivação das ações primárias de saúde no Brasil está ancorada na ESF que, oferece assistência à saúde na unidade básica de saúde e também domiciliar, com isso tem a oportunidade de conhecer o contexto em que vive o usuário, a influência do ambiente familiar no ser humano e em sua qualidade de vida, valoriza o núcleo familiar e suas inter-relações sociais, auxilia na transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais.

As articulações entre a equipe de saúde da família e a atenção à saúde mental preconizadas na Reforma Psiquiátrica são coerentes, por terem como base princípios e diretrizes semelhantes: “abordagem familiar como objeto de atenção, ruptura do modelo médico hegemônico, assistência territorializada, estímulo à cidadania/participação comunitária e foco na qualidade de vida das pessoas.”(LUCCHESE, 2009 citado por LEAL, 2011.p.10).

Maia (2011.p.16) corroborando enfatiza que

> [...]com seus princípios de acolhimento, humanização, integralidade, adscrição de clientela, promoção e prevenção de agravos à saúde, representa aliada, tendo em vista que permite que o paciente seja acompanhado por equipe conhecedora de suas origens, sua família e seus costumes.

Segundo o Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, a realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (BRASIL, 2003).

Nessa compreensão, é importante estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da eqüidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo (BRASIL, 2003).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Maia (2011) enfatiza que com seus princípios de acolhimento, humanização, integralidade, adscrição de clientela, promoção e prevenção de agravos à saúde,

significa uma importante aliada, tendo em vista que permite que o paciente seja acompanhado por equipe conhecedora de suas origens, sua família e seus costumes.

Nas unidades básicas de saúde as demandas de saúde mental são as de situações cotidianas, geradoras de angústia e sofrimento psíquico causadas por violência doméstica, dificuldade financeira, dificuldades de relacionamento conjugal ou familiar, alcoolismo e uso de drogas que encontram pouco espaço para atendimento hospitalar. Estas são causas comuns de atendimento pela equipe de saúde da família tanto através de queixas direta, quanto desviadas para os sintomas somáticos (BARCALA, 2012).

Lima (2012.p.159) complementa, ainda, que a procura por atendimento na unidade de saúde acontece por meio dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos “após períodos curtos ou prolongados de internações ou ainda aqueles que sofrem de transtornos mentais, mas não requerem internações e sim acompanhamento ao longo do tempo”.

Outro desafio na literatura apontado para a equipe de saúde da família é o atendimento do paciente portador de depressão e o despreparo da família em conviver com este paciente. Constatou-se novamente “que a equipe de saúde da família, muitas vezes, não tem suporte técnico e teórico suficiente para prestar assistência adequada e efetiva para este paciente depressivo e seus familiares”(SARTOR, 2012.p.204).

Hermes (2012.p.381) ressalta a importância de refletir sobre a articulação da saúde mental com a atenção básica de saúde “como uma possibilidade para consolidar os princípios da promoção da saúde e da reforma psiquiátrica, integrando os saberes multidisciplinares na assistência integral ao doente mental”. Ainda, segundo o autor, mediante o atendimento que é prestado ao paciente percebe-se a pouca experiência profissional desses trabalhadores em lidar com questões relacionadas a saúde mental. “É evidente o desafio de instrumentalização técnica e da sensibilização da gestão dos serviços e da equipe multiprofissional para trabalhar, também, no campo da saúde mental” (HERMES, 2012.p.381).

Neste contexto e atendendo o princípio da Política Nacional de Saúde Mental, a abordagem de grande parte da demanda em saúde mental deve ser realizada nas unidades básicas de saúde, com matriciamento realizado mediante apoio do NASF. Um bom entrosamento entre as equipes de referência e contra-referência é essencial para o alcance com êxito na abordagem dos portadores de sofrimento psíquico (MAIA, 2011).

As ações de saúde mental e da atenção básica devem ser integradas pois quase todas doenças tem um sofrimento subjetivo (emocional, psíquico) e muitas doenças mentais são agravadas na presença de doenças físicas (BRASIL, 2005)

A equipe de saúde tem uma importante função na identificação e acompanhamento de casos em que haja sofrimento mental. Ela está envolvida nesse cuidado conhece a realidade de moradia, alimentação, saneamento básico, cultura e lazer a que estão submetidos os pacientes e podem, por sua vez, construir um plano de cuidados baseado em condições reais (LEAL, 2011).

A efetividade das ações cotidianas no que tange à saúde mental, desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, requer que o cuidado se dê a partir de uma intermultiplicidade de saberes, visto que a compreensão da saúde mental é muito complexa devido a sua multicausalidade. Diante disso é necessário que haja uma capacitação adequada dos profissionais na área técnico-científica, seja na construção de parcerias de cuidado, a fim de que haja via de mão dupla como a base para uma adequada assistência ao portador de transtorno mental (DALLA VECCHIA, 2009).

Ribeiro (2009) afirma que o atendimento de saúde mental tem baixa efetividade nas unidades básicas de saúde sendo que os fatores relacionados que reduz a qualidade desse atendimento é a dificuldade dos profissionais de diagnosticar corretamente e de cuidar adequadamente das patologias mentais presentes.

Entraves comuns a essa prática são representados pela dificuldade de interação entre os médicos generalistas da equipe de saúde da família e especialistas do matriciamento, insistência no formato de atendimento individualizado em detrimento

da abordagem mais socializada e a importância da capacitação continuada dos profissionais (DALLA VECCHIA, 2009).

Martins (2012.p.608) aponta que os profissionais de saúde devem conhecer a doença mental para compreendê-la melhor e desmitificá-la perante a comunidade e também que tenham uma compreensão do processo saúde-doença mental e seus determinantes: biológicos, sociais, e culturais, que estejam preparados para o enfrentamento no seu cotidiano de trabalho para assistir os usuários portadores de transtorno mental de forma eficaz. Aponta que os desafios para o fortalecimento do novo modelo de atenção à saúde mental “ultrapassam a estrutura organizativa do sistema de saúde, perpassando, sobretudo, as esferas dos modelos conceituais hegemônicos da atenção clínica, biologicista e hospitalocêntrica”.

Colvero; Ide e Rolim (2004) afirmam que não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Este fato vem reforçar a necessidade dos serviços alternativos como CERSAM, NAPS, CAPS, hospital dia, e principalmente os profissionais da equipe de saúde da família de serem preparados para oferecer o suporte necessário e ao desenvolvimento de ações serviços voltados a esta especialidade, sempre focando no intuído de ressocializar e devolver a auto estima e a dignidade aos portadores de Transtornos mentais diante da sociedade aumentando a possibilidade de sucesso da atenção em saúde mental como atualmente preconizada pelas Políticas de saúde mental (LIMA,2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos artigos aponta que os profissionais da equipe de saúde da família em geral sentem dificuldade para abordar o portador de transtorno de saúde mental e seus familiares especialmente devido a ausência de capacitação e instrumentos específicos. Para um atendimento de saúde mental eficaz é necessário o envolvimento entre os profissionais da equipe de saúde da família, NASF, gestores, usuários e familiares sendo necessário o comprometimento de todos. Os autores ressaltam a necessidade da implantação e implementação das políticas públicas já existentes no âmbito da saúde mental.

Concluiu-se que os profissionais do PSF precisam ser melhor capacitados para atender os pacientes portadores de transtorno mental e para orientar seus familiares e cuidadores. A estratégia de saúde da família necessita ainda ampliar e se integrar aos demais programas de saúde, em particular o de saúde mental.

Acredito que há muito que caminhar para melhorar a assistência que é prestada pela equipe de saúde da família aos usuários de saúde mental e sua família. Penso que se todos profissionais da rede básica de saúde se capacitassem e efetivassem realmente as políticas públicas de assistência à saúde mental já existente, e estivessem dispostos a mudanças no modo de pensar e agir, enfrentando as resistências, com certeza o desafio no atendimento de saúde mental na rede básica deixaria de existir.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Forças e Diversidade: as transformações na saúde e na loucura. In CASTELO BRANCO, G.; BAÊTA NEVES, L.F. (orgs.) **Michel Foucault – da arqueologia do saber à estética da existência.** Rio de Janeiro: NAU, 1998.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S.M. - Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatria** v.54,n.1, p. 34-46, 2005.

BARCALA,R. de S. Saúde mental na Atenção Básica: um levantamento epidemiológico em um centro de saúde da família, Chapecó, Santa Catarina. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos trabalhos de Conclusão de Curso**. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. (1998). **Saúde da família: uma estratégia *para reorientação do modelo assistencial*** (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica**. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_301.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva de Atenção à **Saúde.Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5ª edição ampliada, Brasília, DF: Ministério da Saúde.

_____. Ministério da Saúde Ministério da Saúde, n.648/GM de 28 de março de 2006.Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para organização de atenção básica para o programa de saúde de saúde de família e o programa de agentes comunitários de saúde(PACS).**Diário Oficial da União**,2006. Secão 1.

_____-.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARNEIRO, N. G. **Memórias do delírio: a construção da pessoa em processos reintegrados autogestionados**. Curitiba, 2000. 150 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR. 2000

CASTEL, R. ***A Ordem psiquiátrica*: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: GRAAL,1978.

COLVERO . L.de A; IDE. C. A. C; ROLIM. M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Rev. esc. enferm.** USP v.38, n.2. São Paulo June. 2004

CORDEIRO .A.M. G.M;RENTERIA. J.M; GUIMARÃES. C.A, GERS Rio. Revisão sistemática : Uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir**.[periódico na Internet] 2007; 34(6). Disponível em URL: http://www.scielo.br/rcbc

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. I**nterface** (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009.

DELGADO, P. G. G. *et al.* O Ministério da Saúde e a saúde mental no Brasil. In: **Cadernos de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental***.* Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2001. P 10.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS – campinas** *(SP).* Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. (2006).

GOFFMAN, I. **Modelo médico e a hospitalização psiquiátrica: algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparaçã**o. São Paulo: Perspectiva, 1990.

HERMES.C.R.Uma discussão sobre a articulação entre saúde mental e Atenção Básica. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância.**Resumos dos trabalhos de Conclusão de Curso**. 2012.

KOGA M, FUREGATO A.R.F, SANTOS JFL. Opinions of the staff and users about the quality of the mental health care delivered at a family health program. **Rev Latino-Am Enfermagem** 14 (2): 163-9, 2006.

LIMA.L.P. A falta de capacitação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Familia em lidar com pacientes psiquiátricos. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância.**Resumos dos trabalhos de Conclusão de Curso**. 2012.

LUCCHESE, Roselma *et al* . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009.

MARTINS,P.E. Saúde Mental e Estratégia da Saúde da Família: desafios para consolidar o modelo de atenção ao portador de transtorno mental. Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância.**Resumos dos trabalhos de Conclusão de Curso**. 2012

MAIA.J.L**. Análise da importância da estratégia da saúde da família na assistência a saúde mental**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2011. 76p.

MORESI, Eduardo (Organizador). **Metodologia de Pesquisa**, Universidade Católica de Brasília, 2003.

NOGUEIRA. A. B. Psiquiatria: Hospitalização versus assistência ambulatorial . **Anais do Conselho Regional de Medicina do Estado do Piauí.** v.11. Dezembro 2009.

PEREIRA, A. A; VIANNA, P.C.M. **Saúde Mental.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Basica em Saude da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 76p.

RAMOS. P. F; PIO. D. A. M. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica, **Psicol. cienc. prof.** v.30 n.1 Brasília, mar. 2010

RIBEIRO, M. S. *et al* . Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 1, 2009

RODRIGUES. L.R. **"Só quem sabe da doença dele é Deus" – O significado da doença mental no contexto cultura**l. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001. Disponivel em www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf

SARTOR,G.M.Depressão um desafio na Atenção Básica . Especialização em Saúde da Família-Modalidade a Distância. **Resumos dos trabalhos de Conclusão de Curso**. 2012

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: Sareceno, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá; 1999.

SILVA, A. D. ***Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*: décadas de 60 e 90.** Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, 1999. mimeo.