

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ALYNE DAYENE ALVES SANTANA

**A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2010**

ALYNE DAYENE ALVES SANTANA

**A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientadora: Dra. Cibele A. Chapadeiro C. Sales

**UBERABA/MINAS GERAIS
2010**

ALYNE DAYENE ALVES SANTANA

**A SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

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

Orientadora: Dra. Cibele A. Chapadeiro C. Sales

Aprovada em Belo Horizonte ____/____/____

Dedico este trabalho à minha família, que com sua alegria e dedicação têm enfeitado meus dias.

Agradeço a Deus, por estar presente em todos os momentos de minha vida.

Agradeço aos meus pais, que com seus exemplos de vida me ajudaram a superar minhas limitações e ir em busca de meus sonhos.

Agradeço aos professores do curso, por terem sido fonte de conhecimentos para a elaboração deste trabalho.

Agradeço a minha irmã, amigos e namorado, que estão muito felizes com mais essa etapa educativa em minha vida.

“Não me importo com o que os outros pensam a respeito do que faço, mas me importo muito com o que eu penso do que eu faço. Isto demonstra caráter.”

THEODORE ROOSEVELT

RESUMO

As raízes históricas e culturais da doença mental sempre foram norteadas por forte rejeição, discriminação, preconceito, violência, isolamento social e despreparo dos profissionais atuantes. Isto ainda acontece na rede de atendimento em saúde, o que inclui a Estratégia de Saúde da Família (ESF). O presente trabalho teve por objetivo discorrer sobre a história da reforma psiquiátrica no Brasil e levantar ações estratégicas para a atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo exploratório descritivo. Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrônicas: LILACS e Scielo com os unitermos: história, saúde mental, estratégia de saúde da família. Foram também utilizados como fontes de pesquisa os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e a Linha Guia em Saúde Mental do Estado de Minas Gerais. Verificou-se que o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente no Brasil, sobretudo através do Ministério da Saúde, que tem garantido mecanismos seguros para a redução de leitos e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de saúde da família se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados à saúde mental do indivíduo. Inicialmente, é importante realizar a avaliação do indivíduo. As demandas psicossociais na Atenção Básica nem sempre aparecem de forma clara nos atendimentos, nesse sentido, torna-se importante a investigação completa sobre o usuário dentro de uma abordagem bio-psico-socio-espiritual, enfocando o indivíduo como um todo. Em todos os níveis da assistência, o acolhimento é a primeira dimensão a ser considerada. É a primeira abordagem para tratar o indivíduo com transtorno mental, pois possibilita ouvir, simpatizar, empatizar, conhecer a realidade do usuário e identificar os possíveis transtornos que ele possa apresentar. A visita domiciliar é outra estratégia útil na abordagem do indivíduo com sofrimento mental, onde os profissionais de saúde mental podem entender melhor o problema do paciente e a dinâmica familiar, assim como buscar o envolvimento dos familiares no tratamento, o acompanhamento do usuário, sua integração no domicílio, além de identificar alguma relação do adoecimento psíquico com as relações interpessoais no núcleo familiar. A redução do número de internações em hospitais psiquiátricos e a criação de políticas orientando novas formas de atendimento para essa população, como a expansão dos hospitais-dia e dos atendimentos ambulatoriais nos centros de saúde, vieram a transformar o atendimento em grupo no principal recurso terapêutico nesses contextos. Existem várias práticas possíveis em saúde mental que precisam ser mais exploradas e os profissionais que compõem a ESF necessitam aprofundar seus conhecimentos técnicos e científicos acerca destas práticas. Sabe-se que a ESF está estruturada na lógica de atenção básica à saúde, por meio de novas práticas setoriais, que vem afirmar a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde.

Palavras Chave: História - Saúde Mental - Estratégia Saúde da Família - Reforma Psiquiátrica

ABSTRACT

The historical and cultural roots of mental illness have always been guided by a strong rejection, discrimination, prejudice, violence, social isolation and lack of preparation of practitioners. This still happens in the network of health care, which includes the strategy of the Family Health (ESF). This study aimed to discuss the history of psychiatric reform in Brazil and strategic actions to mental health care at the Family Health Strategy. This is an exploratory study. Bibliographic search was performed in electronic databases: LILACS and SciELO using the key words: history, mental health, health strategy of the family. The modules of the Specialization Course in Primary Health Care Family and Line Guide on Mental Health of Minas Gerais were also used as source. It was found that the process of institutionalization of people with long history of psychiatric hospitalization has advanced significantly in Brazil, mainly through the Ministry of Health, which has guaranteed the security mechanisms for the reduction of beds and expansion of alternative services to psychiatric hospitals. With its proximity to families and communities, teams of family health are a strategic resource for coping with major public health problems such as injuries related to mental health of the individual. Initially, it is important the assessment of the individual. The psychosocial demands in primary care do not always appear clearly in the consultations, it is important to do thorough investigation within an bio-psycho-socio-spiritual approach, focusing on the individual as a whole. At all levels of the assistance, the reception is the first dimension to be considered. It is the first approach to treat individuals with mental disorder, it allows to listen, sympathize, empathize, to know the reality of the user and identify the possible inconvenience it may have. A home visit is another useful strategy in dealing with individuals with mental disorder, where mental health professionals can better understand their problem and family dynamics, as well as seek the involvement of relatives in treatment, monitoring of the user, integration into home, and identify any relationship of the user with the family unit. Reducing the number of admissions to psychiatric hospitals and the creation of policies guiding new ways to care for this population, as the expansion of day hospitals and outpatient health centers, the treatments were gradually transformed in groups which are the main feature in these therapeutic contexts. There are several possible practices in mental health that need to be further explored and the professionals involved in the ESF need to improve their technical and scientific knowledge about these practices. It is known that the ESF is structured in the logic of basic health care through new practices that is to affirm the inseparability between clinical studies and health promotion.

Keywords: History - Mental Health - Family Health Strategy - Psychiatric Reform

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 DESENVOLVIMENTO.....	16
4.1 A Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Brasil	16
4.2 Estratégia da Saúde da Família e a Saúde Mental.....	19
4.3 Estratégias para a Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família.....	22
4.3.1 Avaliação dos Problemas de Saúde Mental na Atenção Básica	24
4.3.2 Humanização e Acolhimento	27
4.3.3 Visita Domiciliar na Saúde Mental	29
4.3.4 Grupo operativo.....	31
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho, desenvolvido na estratégia saúde da família, realiza-se na interação de diversos profissionais, considerando as características de uma população adscrita, que tem realidades diversas, sofrimentos, alegrias e angústias. Neste contexto, em que a relação entre profissionais e usuários se torna ímpar para desenvolver a prevenção e a promoção de saúde, descobri o grande amor que sinto em participar deste processo. A vontade de ajudar, aprender e continuar, sem dúvida impulsionou a realização do curso de especialização em atenção básica e saúde da família, e que vai se concluir com a realização deste trabalho.

Considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que primeiro faz contato com o indivíduo. Neste contato tem-se a oportunidade de ouvir as queixas e angústias dos usuários, observam-se sintomas como a ansiedade e a depressão, transtornos como o bipolar, casos de esquizofrenia e de uso compulsivo de psicotrópicos como benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, entre outros. Neste contexto, surge a vontade de aprofundar os conhecimentos relacionados à saúde mental no contexto da ESF.

Ao realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Ézio de Martino, através do Plano Diretor da Atenção Básica, 22,9% da população adulta e idosa apresentaram algum tipo de transtorno mental. Este número só é menor que o das doenças cardiovasculares. Diante deste quadro, considere importante rever as práticas, reavaliar os conhecimentos e abordagens em saúde mental na ESF.

A saúde mental como fenômeno humano e social é determinada em parte pelas representações socioculturais de cada comunidade, em diferentes gerações, e pelo nível de desenvolvimento científico, político, ético e econômico dessa sociedade.

As raízes históricas e culturais da doença mental sempre foram marcadas por forte rejeição, discriminação e preconceito. A literatura da Roma antiga relata que as crianças com deficiência, nascidas até o princípio da era cristã, eram afogadas por serem consideradas anormais e débeis. Dessa forma, se analisarmos desde esta época, ficamos incrédulos com a frieza com que estas crianças eram tratadas. Em seu livro “A República”, Platão relata que as crianças mal constituídas ou deficientes eram sacrificadas ou escondidas pelo poder público (BUENO, 1997).

Estas pessoas, consideradas loucas eram tidas, como possuídas pelo demônio e por isso eram excluídas da sociedade. Para os filósofos cristãos, a crença também oscilava entre a culpa e expiação e, segundo Bueno (1997), foi com Santo Tomás de Aquino que este tipo de deficiência passou a ser considerada como fenômeno natural da espécie humana.

Esse sentimento de rejeição, discriminação e preconceito, passava, muitas vezes, para a atitude extrema de piedade e comiseração, chegando até a super proteção, o que fez com que surgissem as ações sociais, religiosas e caritativas de proteção e cuidados com os chamados deficientes. Foram criados os hospitais, hospícios, pensões e abrigos.

Em 1952, surge o trabalho pioneiro de Hildegard Peplau, que salientava o relacionamento terapêutico entre enfermagem e paciente como instrumento básico da assistência da enfermagem psiquiátrica. O enfoque que, até então, era centrado nos cuidados físicos como higiene, limpeza, vigilância e contenção, passou a ser centrado nas relações interpessoais. Então, iniciou-se uma visão humanizada com a criação e manutenção de um ambiente terapêutico adequado (TEIXEIRA *et al.*, 2001).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica que se iniciou na década de 70, com a contribuição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com história de internação psiquiátrica, é um processo político e social complexo. Composto de atores sociais, instituições e forças de diferentes origens, que atuam em territórios diversos: nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (JORGE; FRANCA, 2001).

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (JORGE; FRANCA, 2001).

Os modelos propostos pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária brasileira redirecionam o modelo de atenção antes hospitalocêntrico, privatista, marcado pela violência nos manicômios, pela mercantilização da loucura e hegemonia de uma rede privada de assistência (JORGE; FRANCA, 2001).

O novo modelo pressupõe a ação integrada da equipe, onde o agente de saúde mental de formação superior não compete, mas compõe; não é rival, mas é solidário; não controla, mas acolhe; não promove submissão, mas a cooperação; não usa de hierarquia, mas a reflexão

e colaboração. Pressupõe também, o planejamento do modelo assistencial coletivizado, proposto em um espaço multiprofissional e uma relação interdisciplinar buscando a superação da especificidade e inflexibilidade de cada profissional, com finalidade de uma terapêutica compatível à necessidade do paciente. Essa abordagem é coerente, percebendo a concepção de saúde como um processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção da qualidade de vida, enfatizando as ações em saúde de forma integrada e a promoção à saúde (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2005).

As concepções e práticas de saúde, segundo o novo paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, não comportam mais um olhar fragmentado do sujeito, visualizando apenas a doença. A força deste paradigma está no encontro com as pessoas que fazem o lugar, a fim de construir algo por meio de um diálogo verdadeiro. O que significa investir em políticas de saúde que ofereçam uma forma de atenção mais complexa, pautada no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos (BREDA, 2005).

O processo de reforma da assistência psiquiátrica defende, ainda, uma nova forma de pensar o processo saúde/doença mental/cuidado. Fortalece a substituição da concepção de doença pela de existência-sofrimento, na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania (BREDA, 2005).

Dentro dessa concepção, o processo de cura é substituído pelos de invenção da saúde e de reprodução social dos sujeitos, contribuindo para a desconstrução do conjunto de aparatos construído em torno do objeto doença. Ao adotar o território, como estratégia, fortalece a idéia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (BREDA, 2005).

Desse modo, os serviços de atenção primária, como a Estratégia Saúde da Família, constituem base importante, porta de entrada para o sistema de saúde, com contato direto com a comunidade e as famílias.

Os profissionais que compõe a ESF, desde a recepcionista, o enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal, assim como os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), precisam estar sensibilizados para compreender o novo modelo da reestruturação básica de saúde, em relação à pessoa em sofrimento mental, bem como sobre o apoio necessário que este deve receber para que possa assumir o seu papel na sociedade.

A reestruturação da rede básica de saúde e a habilitação dos profissionais de saúde são importantes requisitos para atender e ao mesmo tempo reduzir a demanda dos transtornos mentais, evitando o ciclo crise-internação-crise.

Nesse sentido, as Equipes de Saúde da Família e as de Apoio à Saúde da Família, devem estar preparadas para garantir uma assistência de qualidade, adequada às demandas da comunidade, incluindo as demandas de saúde mental.

Os profissionais que compõem a ESF necessitam aprofundar seus conhecimentos técnicos e científicos acerca das práticas em saúde mental, pois estes dão o direcionamento da ação profissional e fundamentam as estatísticas e a pesquisa.

Sabe-se que a ESF está estruturada na lógica da atenção básica à saúde, por meio de novas práticas setoriais, que vem afirmar a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. A ESF e os profissionais que nela atuam, têm que desenvolver um processo de trabalho que estabeleça uma nova relação entre eles e a comunidade, de modo que se traduzam em ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas, pois somente com ações desse tipo a ESF conseguirá atingir os determinantes e condicionantes de saúde-doença da população sob sua responsabilidade (FRACOLLI, 2004).

Diante desse quadro, esse trabalho se justifica, pois pretende descrever ações que a ESF pode realizar em relação ao indivíduo com transtorno mental, seja na promoção à saúde, prevenção e tratamento. Estas ações visam garantir a acessibilidade universal que propõe o SUS, fazendo com que a ESF assuma sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva a todos os moradores de seu território, incluindo os portadores de transtornos mentais.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Levantar ações estratégicas para a atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família de acordo com a literatura.

2.2. Objetivos Específicos

- Discorrer sobre a história da reforma psiquiátrica no Brasil;
- Estabelecer relação entre a Estratégia de Saúde da família e a abordagem da saúde mental;
- Levantar ações estratégicas para a atenção em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família de acordo com a literatura;

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo. A pesquisa exploratória segundo Ruiz (1996) consiste em uma caracterização inicial do problema, de sua classificação e de sua definição, é uma aproximação inicial ao tema.

Foi realizada pesquisa bibliográfica para investigação do tema abordado. Foi realizada a pesquisa on-line no banco de dados eletrônicos: LILACS- Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde e Scielo, no período de 1997 a 2009. Foram também utilizados como instrumento de pesquisa os módulos Processo de Trabalho em Saúde e Saúde Mental propostos pelo curso Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) e o portfólio construído no decorrer do curso.

Foram utilizados os seguintes unitermos para a pesquisa: história, saúde mental, atenção básica e Estratégia de Saúde da Família- ESF.

Após a pesquisa, foram selecionados os artigos e livros que estavam de acordo com o objetivo do trabalho. Foi, então, realizada a leitura do material bibliográfico, os conteúdos foram analisados e organizados segundo semelhança dos assuntos: o processo histórico da saúde mental no Brasil, a saúde mental e a ESF e suas práticas.

4. DESENVOLVIMENTO

4.1. A SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Até o século XVIII, os pacientes que possuíam transtornos psiquiátricos eram vistos como seres possuídos pelos demônios. As pessoas tinham medo deles e os mantinham isolados da sociedade, ou seja, acorrentados. Eram tratados como criminosos. No final do século XVIII e início do XIX, Philip Pinel, médico psiquiatra, provocou uma mudança na área da psiquiatria. Libertou os pacientes dos grilhões e iniciou uma assistência humanizada. No entanto, a assistência continuou a ter alto custo, além de ser norteadada por vigilância e contenção. No fim do século XIX e início do século XX, outro médico Sigmund Freud, neuropsicanalista, modificou a assistência psiquiátrica com a psicanálise. Desde então se compreende o homem como um ser físico e mente, onde a história de vida do paciente era vista como fator influenciável nos transtornos mentais. O enfoque da assistência deixou de ser apenas físico iniciando uma visão psiquiátrica e psicológica. A assistência do profissional da enfermagem, entretanto, continuou centrada na vigilância e contenção (TEIXEIRA et al., 2001).

A experiência Italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Diante disso, é necessário compreender, de acordo com o documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), que o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” nos anos 70, que foi idealizado em favor da 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.

São de especial importância nos anos 80 o surgimento do primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital

psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta. Local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção, com repercussão nacional, demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, foram implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas. Foram criadas cooperativas e residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Foi a primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível (BRASIL, 2005).

Segundo Alves et al (1994, p. 78),

“ [...] no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.”

É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo no Brasil. Um ano antes, em 1988 havia sido criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguiram aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais

psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Foi somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado foi sancionada. A aprovação foi de um substitutivo do Projeto de Lei original, que trouxe modificações importantes no texto normativo. A Lei Federal 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impôs novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Ainda segundo o texto de referência do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), linhas específicas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimentou uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas foi impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica foi construída, e foi traçada a política para o controle da ingestão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Em 2004, realizou-se o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS (FERREIRA, 1996).

Este processo caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a construção da transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitário. O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a

fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. No ano de 2003, já funcionam 689 Centros de Atenção Psicossocial no Brasil e, ao final de 2004, os recursos gastos com os hospitais psiquiátricos passam a representar cerca de 64% do total dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental (BRASIL, 2005).

A partir daí, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica avançou significativamente, sobretudo através do Ministério da Saúde, que tem garantido mecanismos seguros para a redução de leitos no país e a expansão de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas, vem permitindo a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos. Embora em ritmos diferenciados, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se efetivando em todos os estados brasileiros, sendo muitas vezes este processo o desencadeador do processo de Reforma (BRASIL, 2005).

4.2. Estratégia da Saúde da Família e a Saúde Mental

O governo federal vem construindo uma política favorável ao tratamento da doença mental. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1993 e oficializado em 1994 com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de iniciativas brasileiras e algumas iniciativas internacionais (como o “general practitioner” britânico e o médico de família cubano). Em seus primeiros anos, o então PSF foi implantado nos municípios do “Mapa da Fome”, sob o comando quase direto de Brasília, mas depois passou a ficar sob o comando dos municípios, ocupando um papel cada vez mais importante no sistema de saúde, e passou a se expandir para os municípios do Brasil (ALVES *et al.*, 1994).

Em 1998, quando os repasses federais para a Atenção Básica passaram a ser por habitante, e não por número de procedimentos, a Estratégia de Saúde da Família começou a se expandir vertiginosamente. Em outubro de 2008, de acordo com o Ministério da Saúde, a ESF estava presente em 94% dos municípios brasileiros e atendia a 93,1 milhões de brasileiros. O resultado tem sido a melhoria de vários indicadores de saúde e o aumento da satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

Esses fatos foram destacados pela Organização Mundial da Saúde em seu Relatório Mundial da Saúde de 2008, que citou o Brasil como um exemplo a ser seguido. Um dos grandes diferenciais em se tratando de Brasil, foi a institucionalização do programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com uma definição clara do território e, mais importante, das pessoas sob responsabilidade de cada equipe. Isso fortalece o vínculo da equipe com a população, o que é fundamental numa época em que as condições crônicas e problemas mentais se tornaram muito mais importantes para o sistema de saúde do que as urgências e emergências (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos marcou um progresso indiscutível da política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva.

Estruturada em equipes de Atenção Básica, a ESF alcança quase todo o país em termos de cobertura. A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental.

Cada equipe da ESF tem a seguinte composição básica: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Portarias do Ministério da Saúde regulamentaram a criação de Equipes de Saúde bucal. Está encarregada da cobertura de 600 até 1.000 famílias, ou cerca de aproximadamente 4.500 pessoas de um município ou bairro (FARIA; COELHO; WERNECK; SANTOS, 2008).

Existem 23.664 equipes em atividade, além de 203.923 agentes comunitários de saúde (trabalhadores de escolaridade primária ou média, recrutados na própria comunidade e treinados em habilidades básicas de prevenção e tratamento) (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, a ESF implementa ações que visam a reorganização do modelo de atenção em saúde. É a porta de entrada do usuário em um sistema regionalizado e hierarquizado, com a garantia dos direitos ao acesso à informações e ao atendimento integral (FARIA; COELHO; WERNECK; SANTOS, 2008).

Na organização das Equipes de Saúde da Família, um aspecto fundamental é o conhecimento do território como local onde ocorre a construção diária da vida das pessoas. Conhecer o território implica também, em conhecer o seu quadro sanitário, as condições e a qualidade de vida das pessoas. É de suma importância obter informações sobre a situação da organização urbana e rural de cada localidade para constituir o diagnóstico de saúde de cada

local. Estas informações permitem o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações (FARIA; COELHO; WERNECK; SANTOS, 2008).

Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de saúde da família se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados à saúde mental do indivíduo, entre eles o uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico.

Contudo, é importante ressaltar que nem sempre a equipe saúde da família apresenta condições para dar conta desta importante tarefa. Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental. Afinal, grande parte das pessoas com transtornos mentais leves ou severos está sendo efetivamente atendida pelas equipes de Atenção Básica nos grandes e pequenos municípios. Assumir este compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é necessária a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2005).

Assim, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) vem construindo nos últimos anos as diretrizes e condições, para que nos municípios com menos de 20.000 habitantes (cerca de 70% dos municípios brasileiros, onde residem 18% da população do país) estruturem a rede de cuidados em saúde mental a partir do modelo de redes de cuidado de base territorial e buscando o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Nestes municípios, a equipe de saúde da família, passa a dar apoio, em alguns casos, em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, como também na forma de supervisão e capacitação.

Nesse sentido, a equipe saúde da família se responsabiliza no sentido de aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental, tendo como base que seu trabalho é um dos pilares sob os quais os modelos de assistência são produzidos.

Sua mudança transformadora na área da saúde mental implica uma nova processualidade que pressupõe articular as dimensões teórico-filosóficas, técnicas, sociais, políticas, econômicas e históricas com as questões relacionadas à doença mental. A Reforma Psiquiátrica foi um projeto político e social, desencadeado por críticas, sobre a assistência psiquiátrica, entre as quais a compreensão hegemônica sobre o processo saúde-doença mental

e o modo tradicional de processar o trabalho que, em última instância, determina a superação ou a manutenção de um modelo de assistência, que se modifica através dos tempos.

4.3. ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os transtornos mentais englobam um amplo espectro de condições que afetam o indivíduo: mapa genético, química cerebral, aspectos de nosso estilo de vida, acontecimentos passados. Sejam quais forem os fatores causais, a pessoa que desenvolve a doença ou o transtorno mental em geral tem sofrimento, desesperança e é incapaz de levar sua vida em plenitude. O transtorno mental caracteriza-se, portanto como uma variação mórbida do normal, capaz de produzir prejuízo no desempenho global da pessoa nos âmbitos social, ocupacional, familiar e pessoal.

Os diferentes tipos de transtornos mentais acometem uma em cada três pessoas ao longo da vida. Além disto, dados de um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde, Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard e pelo Banco Mundial em 1990, demonstraram que entre as dez maiores causas de incapacitações em todo o mundo, cinco são transtornos mentais (JORGE e FRANCA, 2001).

Em se tratando da estratégia para atender o indivíduo com transtorno mental, o primeiro passo é entender e compreender o processo saúde/doença mental a partir de uma lógica contextualizada, onde qualidade e modo de vida são determinantes para a compreensão do sujeito, sendo de importância fundamental vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades. Nesse sentido, a adscrição da clientela, ou seja, trabalhar em uma área delimitada permite levantar dados sanitários, informações sócio econômicas, culturais e relativas às doenças que servem como base para a elaboração do planejamento de ações.

Uma abordagem abrangente é necessária no campo da Saúde Mental, capaz de romper com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer, tão frequentes na abordagem dos serviços de saúde. Devem se considerar os princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação, premissas conceituais da VIII Conferência Nacional de Saúde, bem como da I Conferência Nacional de Saúde Mental e Declaração de Caracas, sendo imprescindível a inserção da saúde mental nas ações gerais de saúde. A descentralização deve

ser entendida como transformação de poder no sistema de saúde, no sentido de construir processos emancipatórios e de gestão social. É imprescindível implantar a municipalização da assistência à saúde, criando-se os Conselhos de Saúde, respeitando-se a paridade e demais dispositivos legais previstos na criação do SUS, inclusive as peculiaridades da realidade local (BRASIL, 1994).

As novas concepções e práticas de saúde, segundo o paradigma da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, superam a abordagem do olhar fragmentado do sujeito que visualizava apenas a doença. O processo de reforma da assistência psiquiátrica defende, ainda, uma nova forma de pensar o processo saúde/doença mental/cuidado. Fortalece a substituição da concepção de doença pela de "existência-sofrimento", na valorização do cuidar e na adoção do território como espaço social de busca constante do pleno exercício de cidadania. Ao adotar o território, como estratégia, fortalece a idéia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento (BREDA, 2005).

Pereira (2007) reforça que a atual prática de assistência tende a seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde, no sentido de adotar recursos sempre menores aos hospitais psiquiátricos, deslocando-os em direção a estruturas comunitárias visando a reinserção social. Não há dúvida quanto à necessidade de reorientação dos modelos de assistência, tendo em vista a importância da restituição do respeito à pessoa portadora de transtorno mental e o restabelecimento de seus laços sociais. Esse movimento de transformação traz conflitos e desafios a serem enfrentados, conduzindo a outro saber que exige flexibilidade nas ações e papéis dos diversos profissionais da equipe. Nessa ótica, a reabilitação psicossocial configura-se como conjunto de estratégias direcionadas a aumentar as possibilidades de troca, a valorização das subjetividades e a proporcionar contratualidade e solidariedade.

A reabilitação, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de auto cuidado, sendo capaz de restabelecer o exercício de cidadania, criando vínculos da pessoa que requer atenção com o serviço que a assiste. Assim, o serviço de saúde mental possui a função de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos (PEREIRA, 2007).

Dessa forma, evidencia-se a mudança de relações de vigília para relações de contrato, fazendo emergir novas práticas nas instituições que adotam o processo de transformação da assistência psiquiátrica. A abordagem voltada para o modelo de reabilitação psicossocial tem focado quatro aspectos: moradia, trabalho, família e criatividade (lúdico/artística). Torna-se imprescindível que os atores da transformação da assistência psiquiátrica sejam mais comprometidos eticamente com a assistência e com seu próprio desejo, e que se perguntem continuamente: "O que estou fazendo aqui?", e a cada dia reconstruam a sua resposta, configurando-se, assim, uma dinâmica de ir-e-vir de práticas representadas. Isso leva a refletir que a troca de experiências e o compartilhamento de saberes podem ampliar a compreensão, facilitando as intervenções reabilitadoras (PEREIRA, 2007).

Outro fator importante para a reabilitação é o trabalho como valor social, não só com finalidade de entretenimento, mas que insere o indivíduo socialmente (PEREIRA e VIANNA, 2009).

4.3.1 Avaliação dos Problemas de Saúde Mental na Atenção Básica

As demandas psicossociais na Atenção Básica nem sempre aparecem de forma clara nos atendimentos, nesse sentido, torna-se importante a investigação completa sobre o usuário dentro de uma abordagem bio-psico-socio-espiritual, enfocando o indivíduo como um todo. É importante, neste momento, olhar no olho do indivíduo, transmitindo confiança, iniciar com questões mais amplas, evitando direcionar somente para queixas físicas, explorar os episódios recentes de suas queixas, construindo aos poucos a história pregressa (PEREIRA e VIANNA, 2009).

Empatizar neste momento como dizer “esta é realmente uma situação difícil de resolver”, observar a comunicação verbal e não verbal, ser firme e direcionar a comunicação caso esteja saindo do foco e explorar problemas emocionais (PEREIRA e VIANNA, 2009).

Segundo Pereira e Vianna (2009), caso apareça demanda suspeita de problemas psiquiátricos é importante investigar:

- Estado clínico geral e presença de doença clínica de base que justifique uma alteração de comportamento;
- História recente de trauma ou queda com perda da consciência;
- Ocorrência do uso excessivo de álcool ou drogas; história atual das medicações clínicas, neurológicas ou psiquiátricas, assim como seus efeitos colaterais;

O plano terapêutico deve ser definido de acordo com o grau de complexidade do caso, e não somente pela responsabilidade de realizar a referência e contra referência. Para referenciar onde cada situação terá um lugar assistencial apresenta-se o nível 1, nível 2 e nível 3. Caracteriza-se o NÍVEL 1 pelos casos mais prevalentes em saúde mental. É composto por pessoas capazes de gerenciar seu próprio tratamento e nem sempre apresentam sofrimento psíquico caracterizado por transtorno mental. Muitos apresentam melhora espontânea ou buscam recursos na comunidade. Nestes casos, as equipes da Atenção Básica podem utilizar os recursos provenientes da própria comunidade visando contribuir na recuperação destes indivíduos. Normalmente, não é necessária busca ativa nesses casos (PEREIRA e VIANNA, 2009).

O NÍVEL 2 inclui casos menos prevalentes em saúde mental, mas que pela gravidade dos sintomas e risco de exclusão social devem ter prioridade, geralmente de cuidados intensivos. Este grupo compõem-se de pessoas com baixa autonomia para gerenciar seu tratamento, com transtornos psiquiátricos evidentes. Os recursos comunitários contribuem, mas, tendem a não ser suficientes, exigindo tratamento medicamentoso. Muitas vezes, estes casos são indicativos de avaliação nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ou em ambulatórios de saúde mental. As visitas domiciliares pelos profissionais da equipe são recomendadas (PEREIRA e VIANNA, 2009).

O NÍVEL 3 caracteriza-se por urgências ou emergências clínicas e/ou neurológicas e devem ser atendidas em unidades com recursos compatíveis com a gravidade dos casos. Incluem estes serviços os hospitais gerais e as unidades de pronto-atendimento (PEREIRA e VIANNA, 2009).

Através da avaliação, pode-se identificar diversos problemas, entre eles:

- Somatização ou queixas somáticas inexplicadas onde sintomas físicos encontram explicação no sofrimento mental;
- Transtornos de ansiedade e abuso de benzodiazepínicos caracterizado por tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigem, medos sem fundamento de lugares, situações e pessoas;
- Transtorno depressivo com risco suicida, é predominante sentimentos de tristeza ou infelicidade comuns em situações de perda, separações, insucessos ou conflitos interpessoais. É importante a investigação de idéias suicidas no sentido de prevenção e redução deste agravo.

No sentido de interação e coesão, ressalta-se a necessidade da equipe multidisciplinar e interdisciplinar (recepção, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, equipe de saúde

bucal, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional entre outros), na qual haja, entre seus integrantes, inter-relacionamento efetivo, buscando a aceitação, a reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado. Nesse sentido, a equipe interdisciplinar deve quebrar a hierarquia e os limites técnicos de cada um. Assim, as competências diversas de cada profissional devem ser integradas a partir de valores éticos, assegurando um espaço de interconexão entre os saberes e práticas. Na especificidade da saúde mental, esta interação reflete diretamente no tratamento do indivíduo uma vez que cada profissional desempenha um papel significativo. Nesses termos, uma difusão de papéis seria terapeuticamente mais valiosa ao pólo central de atenção - o cliente e seu acolhimento (VILLELA e SCATENA, 2004).

Também faz parte da abordagem em saúde mental, citado pela Portaria N°. 154, de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), republicada em 04 de março de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF tem como objetivo principal ampliar a abrangência e o escopo das ações na atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. As equipes dos NASFs devem ser compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuem em parceria com as Equipes de Saúde da Família. Os NASFs 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 - ESF.

Ressalta-se a importância do NASF, constituído no município de Uberaba por fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, vivenciando as ações conjuntas entre profissionais da ESF e NASF. O NASF trabalha com atividades de lazer e exercícios físicos, visando a promoção do bem estar físico e mental, assim como com visitas domiciliares e realização de grupos para a abordagem psicossocial. Essa experiência não pode ser entendida como a somatória de ações isoladas de profissionais com as mais variadas formações, mas sim como fruto de um trabalho integrado e interdependente, que busca uma compreensão global da saúde, essa interação demonstrou eficácia e eficiência durante a atuação de alguns casos de transtorno mental, como a esquizofrenia, na área de atuação da ESF.

4.3.2 Humanização e acolhimento

Segundo o relato de Breda (2005), intervenções inovadoras, tanto no campo da Saúde da Família como no da Saúde Mental, e que dizem respeito à enfermagem, reafirmam a

potencialidade da ESF para: 1. fortalecer o processo de mudança do modelo médico-privatista para a construção de um novo modelo; 2. ampliar a participação e controle social; 3. resgatar a relação dos profissionais de saúde e usuários do SUS; 4. oportunizar a diminuição do abuso de alta tecnologia na atenção em saúde; 5. fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento. Este contexto se torna oportuno para o profissional de enfermagem, ao mesmo tempo que desenvolve trabalho em equipe, sente-se independente e autônomo.

A enfermagem psiquiátrica tem se constituído em um trabalho interdisciplinar na atenção básica, para a re-socialização dos usuários, por meio da orientação destes e seus familiares, intervenção em situação de crise, consulta de enfermagem em saúde mental, acolhimento, visita domiciliar para acompanhamento e grupos interativos. São modelos que enfatizam a valorização da subjetividade do sujeito. A relação profissional entre enfermeiro e usuário psiquiátrico, proporciona aprendizado constante e, portanto, mostra a melhor estratégia de assistência a ser realizada (REINALDO e ROCHA, 2002).

A linha guia em saúde mental (Minas Gerais, 2006) do Estado de Minas Gerais coloca que, em todos os níveis da assistência, o acolhimento é a primeira dimensão a ser considerada. É a primeira abordagem para tratar o indivíduo com transtorno mental, pois possibilita ouvir, simpatizar, empatizar, conhecer a realidade do usuário e identificar os possíveis transtornos que ele possa apresentar. Não é uma ação pontual com hora e dia marcado e deve ser realizada por todos os profissionais visando humanização da assistência. O *acolhimento* deve ser enendido como uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles aportam.

O acolhimento visa atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional - *equipe de Acolhimento*, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

Sem *acolher e vincular* não se concretiza a responsabilização e tampouco a otimização tecnológica das resolubilidades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença. A partir dessa afirmação, os serviços de saúde, e mais especificamente o PSF, optaram por instituir espaços de *acolhimento* no seu processo de trabalho. O *acolhimento* nos serviços de saúde não se restringe aos usuários de saúde mental. Tem sido considerado como um processo, especificamente de relações humanas; um processo, pois

deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

A linha guia em saúde mental (2006), pontua alguns aspectos sobre o processo de acolhida em saúde mental:

- Te tolerância, compreensão e firmeza nas relações entre usuário e profissional. Para cuidar de pessoas “difíceis” é preciso criar estratégias e não impor condições;
- Criar espaços agradáveis para troca de experiências;
- Realizar avaliação inicial da necessidade do usuário: uma receita, solicitação de esclarecimento, entre outras;
- Ouvir e considerar demanda e se necessário encaminhar ao serviço de saúde mental;
- Conhecer o serviço de saúde mental no município (equipe de saúde mental, Centro de atenção psicossocial - CAPS), Centros de convivência, etc.
- Realizar, o acolhimento em grupo;
- Avaliar não só o atendimento necessário, mas, também o grau e a urgência do atendimento, tornando o trabalho ágil e evitando “filas de espera”.

Neste processo de acolhimento, o vínculo também se constrói pela humanização, a qual deve ser considerada como fator imprescindível na relação usuário/profissional é orientada pelos seguintes valores (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008) :

- Autonomia;
- Co-responsabilidade;
- Protagonismo dos sujeitos envolvidos;
- Solidariedade entre os vínculos estabelecidos;
- Respeito aos direitos dos usuários;
- Participação coletiva no processo de gestão.

A construção desse processo foi possibilitada pela evolução social, mudanças culturais, evolução na formação dos profissionais e avanço para uma medicação mais eficaz. É possível oferecer um atendimento de qualidade, baseado no conceito de humanização. Isto não exclui dificuldades reais. Para a instituição manter a humanização, ela deve garantir espaços de reflexão, análise, revisão e transformação constantes das práticas e decisões, pois, por meio de valores difundidos e compartilhados, a Equipe pode se nutrir para novos desafios, na medida em que faz parte da atmosfera terapêutica e sustenta o atendimento (MORETTO; CONEJO; TERZIS, 2008).

No caso específico da saúde mental, o vínculo pode garantir a adesão ao esquema terapêutico. Muitas vezes, estes usuários não pedem ajuda ou até mesmo recusam por não aceitar sua doença, contudo são sensíveis ao vínculo e ao cuidado. Afinal, os problemas que os perturbam estão relacionados às relações interpessoais/intrafamiliar. Portanto, estes problemas encontram possíveis saídas em profissionais acolhedores.

A relação trabalhador-usuário deve se pautar em parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania. Esse é o fundamento capaz de unir solidamente os trabalhadores e usuários em torno de interesses comuns: a constituição de um serviço de saúde de qualidade, com atenção integral que atenda a todos e esteja sob o controle da comunidade (FRACOLLI e ZOBOLI, 2004).

4.3.3 Visita Domiciliar na Saúde Mental

O cadastramento constitui o primeiro contato das famílias com a ESF através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e é realizado durante as visitas domiciliares, com a utilização da “Ficha A”. Essa ficha possibilita a coleta de dados para o planejamento das ações em saúde, além de alimentar os dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB).

As visitas permitem conhecer a realidade das famílias e suas características sociais, demográficas e epidemiológicas assim como identificar situações de risco, vulnerabilidade e os problemas de saúde mais prevalentes. Permitem a construção de vínculo com as instituições e diversos atores sociais que compõe a comunidade possibilitando posteriores ações inter-setoriais.

Ao realizar a visita domiciliar, o papel dos ACSs é imprescindível na identificação dos portadores de transtornos mentais na área de abrangência. Ao realizar o cadastro das famílias, através da visita domiciliar, é possível identificar algumas doenças referidas pela família, como as doenças mentais. Esse cadastro permite melhor visualização da área de abrangência e posteriormente elaboração de ações que supram a necessidade da demanda. Permite identificação de todos os problemas de saúde das famílias e proporciona a organização das visitas do Enfermeiro e demais profissionais da ESF (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

As visitas domiciliares são utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento dos pacientes, quer sejam eles: hemodinamicamente instáveis, neurológicos, oncológicos, geriátricos, psiquiátricos ou saudáveis. Acredita-se que as visitas domiciliares constituem um

instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família. Através desse recurso, os profissionais de saúde mental podem entender a dinâmica familiar, entender melhor o problema do paciente e buscar o envolvimento dos familiares no tratamento, o acompanhamento do usuário, sua integração no domicílio, além de identificar alguma relação do adoecimento psíquico com as relações interpessoais no núcleo familiar (REINALDO; ROCHA, 2002).

Para trabalhar no atendimento domiciliar, os profissionais devem ter um senso claro de seu papel na vida do paciente e ser capaz de articular o tipo de ajuda que pode ou não ser oferecida. Deve estar preparado para defrontar-se com situações imprevisíveis e complexas. As famílias que tem um indivíduo com doença mental entre seus membros apresentam todos os problemas da vida cotidiana e também apresentam-se adoecidas. Uma atividade rotineira como sair de casa para ir ao mercado, atender um telefone, receber visitas podem torna-se um problema para essas famílias.

A ESF durante a visita pode contribuir auxiliando a família a pensar sobre formas de enfrentar os problemas, utilizando os recursos da comunidade. A possibilidade de realizar esta discussão no âmbito familiar permite democratizar soluções sobre o que é melhor para o paciente e para os outros membros da família. Nas discussões é possível envolver o bairro, a comunidade e os amigos, estimulando o fortalecimento de uma rede de solidariedade (LABATE; GALERA; AVANCI, 2004).

É necessário conhecer os recursos da comunidade, estar engajada com eles de modo que a articulação entre a família e os recursos seja mais rápida e eficiente. É importante considerar as diferenças culturais e de valores que estão presentes na interação enfermeiro - família e comunidade. Percebemos que a prática da visita domiciliar nos coloca frente a inúmeras dificuldades geradas pela incompatibilidade prática entre o que é definido como a prática ideal e sua aplicabilidade. Assim, o que é proposto pelas políticas sociais e de saúde são de difícil operacionalização frente à complexidade da dinâmica familiar e a desarticulação entre recursos da comunidade e serviços de saúde (LABATE; GALERA; AVANCI, 2004)

A ESF possui uma característica imprescindível para o atendimento às famílias: ter o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias. Deste modo, a ESF pode se tornar uma adequada estratégia para atender o paciente na área de Saúde Mental, visto que o atendimento está inserido no convívio social do paciente (SOUSA *et al.*, 2007).

A visita possibilita o esclarecimento da família sobre os transtornos mentais e pode resgatar a identidade e a qualidade de vida da família. Em alguns casos, há necessidade de apoio familiar, com concomitante tratamento e acompanhamento especializado. Esta qualidade de vida pode ser oferecida através de um melhor atendimento através da Estratégia Saúde da Família - ESF, com conseqüente redução das internações e período de internação. Outro aspecto importante é a continuidade e sempre que possível manutenção do usuário no meio familiar através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família (REINALDO; ROCHA, 2002).

4.3.4 Grupo operativo

A prática dos grupos operativos constitui um dos principais recursos terapêuticos nos mais diferentes contextos de atendimento. Foi impulsionado por mudanças no campo da saúde mental, originadas a partir dos movimentos de reforma psiquiátrica, que visavam a reintegração social do paciente. A redução do número de internações em hospitais psiquiátricos e a criação de políticas orientando novas formas de atendimento para essa população, como a expansão dos hospitais-dia e dos atendimentos ambulatoriais nos centros de saúde, vieram a transformar o atendimento em grupo no principal recurso terapêutico nesses contextos (GUANAES e JAPUR, 2001).

Esses grupos são caracterizados pela definição de objetivos realistas e específicos; por uma relativa homogeneidade entre seus participantes, quanto a diagnósticos clínicos ou situações interpessoais similares; por posturas mais ativas por parte de seu coordenador e por meio do oferecimento de conselhos, sugestões e apoio (GUANAES e JAPUR, 2001).

Assim, caracterizam-se pela função de ajudar as pessoas a lidar com estresses relacionados a situações emocionais ou crises. O grupo operativo reconhece importância das trocas interativas no desenvolvimento psicológico humano – sendo que o grupo potencializa as interações, funcionando como um espaço adequado para a exploração da subjetividade ao atuar como um "laboratório social", no qual os membros reproduzem os papéis que ocupam no dia-a-dia de suas relações (GUANAES e JAPUR, 2001).

Um exemplo de grupo é o que envolve vítimas de abusos físicos ou psicológicos e seus familiares, que tem se mostrado eficaz para auxiliar famílias abusivas e faz parte das estratégias de tratamento da saúde mental das populações. O grupo é uma estrutura básica de trabalho e investigação, assim como uma instância de ancoragem do cotidiano, entendendo-se

que o pensamento e o conhecimento não são fatos individuais, mas produções sociais (MENEGHEL *et al.*, 2000).

A atuação de grupo em saúde mental compreende um trabalho multiprofissional com uma perspectiva interdisciplinar e inter-setorial. As forças interacionais internas dos grupos dizem respeito aos componentes de estruturação, organização e desenvolvimento interno dos integrantes e do próprio grupo. Implicam sustentação e apoio sócio-emocional, no fortalecimento de interações psicológicas, na comunicação aberta, no compromisso e na responsabilidade com as decisões e ações do grupo, na participação efetiva e na formação de uma individualidade crítica. As forças interacionais externas dizem respeito às relações de busca, cooperação e luta no meio ambiente econômico, político e social (MENEGHEL *et al.*, 2000).

Ao trabalhar com famílias em grupos, deve-se oportunizar ajuda para a construção do próprio senso de auto-estima, autoconfiança e segurança; é importante para o contato com outras pessoas, estabelecer pontos importantes de comunicação, desenvolver a habilidade de apreciar a vida e reorganizar as regras familiares em torno dos limites estabelecidos (MENEGHEL *et al.*, 2000).

O grupo propicia momento de reflexão acerca das próprias realidades familiares, seus preconceitos e suas 'violências'. Pesquisadores e pesquisados podem modificar aspectos de suas vidas, motivados pelas vivências no transcorrer das oficinas. Nos grupos observa-se melhora na auto-estima, maior flexibilidade e aceitação de falhas próprias e alheias, mais humor. Há momentos em que se pode rir e brincar (MENEGHEL *et al.*, 2000).

5. CONCLUSÃO

Através da realização deste trabalho pode-se concluir que as raízes históricas e culturais da doença mental sempre foram norteadas por forte rejeição, discriminação, preconceito, violência, isolamento social do indivíduo com sofrimento psíquico. Além destes aspectos, a saúde mental não encontrava suporte em um sistema regionalizado, Hierarquizado e integralizado como o Sistema Único de Saúde.

A nova abordagem das ações em saúde mental dentro da ESF ressalta a importância do acolhimento, vínculo, humanização, parceria com a comunidade, assim como o aproveitamento de seus recursos e seu potencial, respeito às diferentes necessidades, reinserção do indivíduo na comunidade, atenção à saúde de forma ativa e com atuação interdisciplinar. A nova abordagem proporcionou a criação do CAPS, que ajudou a resgatar, no indivíduo com transtorno mental, sua identidade e dignidade, através da atuação de equipe interdisciplinar e de uma abordagem psicossocial.

A reabilitação psicossocial, como estratégia, possibilita a recuperação da capacidade de auto cuidado, sendo capaz de restabelecer o exercício de cidadania, criando vínculo com a pessoa que requer atenção, com o serviço que a assiste.

A atuação do NASF e sua relevância no apoio às ESF, na garantia do acesso. É uma forma de reorganizar o processo de trabalho, de forma que este, desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Existem diversas possibilidades de atenção em saúde mental através da atenção básica, entretanto deixa espaço para acrescentar conteúdos de grande significado, onde serve de base para novas pesquisas bibliográficas, uma vez que a abordagem da saúde mental é muito ampla. Ressalta-se a importância da Educação Permanente como forma de atualização e integração da equipe, uma vez que este momento propicia além do estudo e discussão entre a equipe sobre diversos temas, permite o levantamento dos problemas identificados pela equipe, planejamento das ações adequadas para a demanda e avaliação das atividades desenvolvidas.

Percebeu-se através deste estudo, que trabalhar com adscrição da clientela considerando a especificidade da comunidade, fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a

responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear não na tutela, mas no contrato, no cuidado e no acolhimento.

O acolhimento visa atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Neste processo de acolhimento, o vínculo também se constrói pela humanização, pela escuta qualificada em que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de demanda que recebem, pela entrevista direcionada em uma abordagem ampla.

As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família, além de proporcionar vínculo e humanização. Através desse recurso, os profissionais de saúde mental podem entender a dinâmica familiar, com o objetivo de verificar quais as possibilidades de envolvimento dos familiares no tratamento e acompanhamento do usuário, visando sua reintegração no domicílio e adesão ao esquema terapêutico.

A ESF possui ferramentas importantes como o acolhimento, as visitas domiciliares e a possibilidade de realizar grupos operativos, por exemplo para lidar com o indivíduo com problemas mentais. Além disso, a abordagem psicossocial do paciente realizada através de uma entrevista ampla e humanizada permite uma atenção ampla no nível primário. É necessário que os casos identificados e tratados na ESF, devem ser encaminhados de acordo com a classificação em nível 1, nível 2 e nível 3.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S. N.; SEIDL, E. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C. Reestruturação da atenção em Saúde Mental: Situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P.(org). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.195-201.

ARANHA e SILVA, A.L; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em Saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 441- 448, mai/jun. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**, (Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BREDA, M.Z.; ROSA,W.A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, 450-452, 2005 .

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

BUENO, J. G. S. A produção social da identidade anormal. In: FREITAS, M. C. **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997.

FARIA, H. P; COELHO, I. B.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS. M. A. **Módulo 2: modelo assistencial e atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Ed. UFMG – Nescon UFMG, 2009. 62p.

FERREIRA, G. De volta para a casa: práticas de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 80-88.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, vol.38, p. 143-151, 2004.

GUANAES, C.; JAPUR, M. Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos ambulatoriais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.134-140, Sept. 2001.

JORGE, M.R.; FRANCA, J.M.F. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 1, mar. 2001.

LABATE, R. C.; GALERA, S.A.F.; AVANCI, R.C. Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, oct. 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Linha Guia da Saúde Mental. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte, 2006, 141-162 p.

MENEGHEL, S. et al . Cotidiano Violento: Oficinas de Promoção em Saúde Mental em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.193-203, 2000.

MORETTO, C.C., CONEJO, S.P.; TERZIS, A. O atendimento em uma instituição de saúde mental infantil. **Vínculo**, vol.5, no.1, p.55-67, jun. 2008.

OLIVEIRA, A. G.B.; ATAÍDE, I.F.C.; SILVA, M.A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos. **Texto e contexto enferm.**, vol. 13, n. 4, 618-624, out.-dez. 2004.

PEREIRA, M.A.O. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, 658-664, Aug. 2007 .

PEREIRA, A.; VIANNA, P. M. **Saúde mental**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 75p.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. **Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. vol. 4, nº 2, P.36-41, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. p. 36 – 41>. Acesso em 20 de dezembro de 2009.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica – guia para eficiência nos estudos**. São Paulo: Atlas, 1996.

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

TEIXEIRA, M. B; MELLO, M. I; GRANDO, H. L.; PERWIIN. D; FRAIMAN. **Manual de enfermagem psiquiátrica**. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, 2001, p. 3, 125- 128, 143.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M.C.M. **A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental**. **Rev. bras. enferm.**, vol.57, n.6., 738-741, 2004.