

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

**A INTERFACE ENTRE A SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
TERRITÓRIO DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

GILSON ABREU DE MENEZES

Porto Alegre, 2012

Gilson Abreu de Menezes

**A INTERFACE ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE:
TERRITÓRIO DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização apresentado a Faculdade de
Educação como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Educação em Saúde
Mental Coletiva.**

Orientador: Dr^a Simone Machado

Porto Alegre, 2012

RESUMO

A atenção básica é um ambiente propício para o desencadeamento de ações positivas em saúde que resultarão em melhor qualidade de vida para os usuários. Nesta perspectiva se faz necessário intensificar a inserção da promoção de saúde mental nos territórios. Este estudo buscou discutir por meio de uma narrativa as ações desencadeadas por equipes de atenção básica num município da região metropolitana de Porto Alegre - RS. A amostra se deu a partir de uma entrevista com um profissional Enfermeiro de uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e argumentação do próprio pesquisador com base na experiência técnica na área assistencial e gestão de rede neste município. A análise foi baseada em eixos propostos pelo Ministério da Saúde como dispositivos essenciais para a construção de práticas em saúde mental coletiva tais como: noção de território; acolhimento aos usuários e família; vínculo e responsabilização; interdisciplinaridade; intersetorialidade e integralidade da atenção em redes; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares. Com este estudo observou-se que a Política Nacional de Saúde Mental traz um eixo que norteia um caminho positivo para a melhoria das práticas em saúde mental, contudo ainda tem-se um grande desafio a ser enfrentados frente às limitações da gestão, profissionais da saúde e rede de atenção.

Descritores: saúde mental, atenção básica, território, enfermagem.

SUMÁRIO

1. TERRITÓRIO 1 A NARRATIVA COMO METODOLOGIA	4
2. TERRITÓRIO 2 O ENCONTRO COM A ATENÇÃO BÁSICA	5
3. TERRITÓRIO 3 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA	6
4. TERRITÓRIO 4 A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CANOAS.....	12
5. TERRITÓRIO 5 A SAÚDE MENTAL, A ATENÇÃO BÁSICA E UM ENFERMEIRO.....	14
6. REFERÊNCIAS	19

TERRITÓRIO 1. A NARRATIVA COMO METODOLOGIA

No Brasil, diversos estudos tentam abordar a questão social-qualitativa da saúde pública. As abordagens tradicionais não têm conseguido traduzir o real contexto dos impasses das novas políticas de saúde. Nesta perspectiva surge a narrativa como metodologia alternativa no contexto da pesquisa em saúde tendo em vista o objetivo de ampliar a discussão no sentido de qualificar a dimensão do diálogo na saúde coletiva.

Para Longdon (1994) narrativa consiste em contar uma experiência numa seqüência estruturada em que na sua forma mais simples possui uma introdução, desenvolvimento e conclusão. Pode descrever um passado distante explicando episódios que consideraríamos reais ou fatos recentes de acontecimentos pessoais ou de outras pessoas. Para este mesmo autor, a narrativa na enfermagem possui uma peculiaridade especial visto que está muito diretamente relacionada às histórias e comportamentos da vida das pessoas, pois acompanha por um período mais longo, um individuo família ou coletividade. Um desabafo pode caracterizar a própria narrativa em si.

As narrativas operam para estruturar as interpretações e ações na vida dos homens, assim elas são um meio de também se analisar as ações de quem cuida e são cuidados para uma melhor prática clínica e aqui me refiro não somente a forma de prestação do cuidado, mas a organização do contexto desta. Assim devemos ficar atentos a tudo que se passa no dia a dia e que muitas vezes não damos importância e que parece apenas uma história (Boehs 2000).

Com base no exposto acima decidi usar a narrativa como método de trabalho para esta pesquisa porque trago lembranças de um passado próximo sobre experiências em saúde mental coletiva e que hoje ainda reflete às minhas inquietações sobre os modos de produção de saúde. Além desta, optei por conversar com uma colega Enfermeira que atua em Unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) e com pós-graduação na área sobre suas práticas em saúde mental coletiva dentro do território onde a equipe de saúde é responsável e a partir daí fazer as análises.

A análise dos dados foi baseada na Técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (1999). Essa técnica procura captar os significados das falas de cada sujeito

a respeito de um determinado assunto. Consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação dos entrevistados cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto estudado, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

A entrevista foi feita com um profissional Enfermeiro de unidade de saúde cadastrada no Ministério da Saúde como equipe de ESF organizado como forma de “roda de conversa” onde o pesquisador anotava os pontos de maior relevância a ser discutido nesta monografia.

TERRITÓRIO 2 – O ENCONTRO COM A ATENÇÃO BÁSICA

Desde as primeiras disciplinas de toda minha trajetória acadêmica enquanto graduando em Enfermagem, passei a olhar com mais atenção a lógica da Atenção Básica a Saúde, mesmo que com um conhecimento até então insipiente, algo me mostrava ser este o caminho mais positivo para se pensar os meios de produção positiva em saúde e que tivesse um disparador com reflexo na qualidade de vida das pessoas. Já no segundo semestre da graduação, fui selecionado como bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) para desenvolver um trabalho sobre a Vigilância da Mortalidade de Crianças e adolescentes em Porto Alegre-RS, vitimadas por causas externas de morbi-mortalidade o qual refletiu na produção do meu trabalho de conclusão do curso de graduação intitulado “A Vigilância da Violência na Atenção Básica à Saúde em Porto Alegre/RS” onde foram conhecidas as diferentes formas de acolhimento às situações de violências pelos serviços da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal no ano de 2008.

Particpei de uma ação de extensão universitária no desenvolvimento de um projeto de promoção da segurança intitulado “Escola Protetora da Vida” (2006-2008) que envolveu inicialmente a direção da escola, professores e alunos, pois se acredita que através da educação em saúde pode-se modificar o cenário a que estão submetidos de forma mais intensa as crianças em áreas de risco social na perspectiva de contribuir na formação da consciência crítica das pessoas. Já no penúltimo semestre da graduação realizei o Estágio Curricular I – A Enfermagem na Saúde da Família e Coletividade o que me proporcionou uma maior vivência prática no contexto da Atenção Primária em especial no âmbito da saúde mental, pois tínhamos agenda de

consulta de enfermagem em saúde mental e aqui adquiri experiências que me deram uma maior base para minha atuação profissional.

Tendo concluído meu percurso acadêmico comecei a atuar como profissional Enfermeiro em Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional e posteriormente em Unidade de Estratégia Saúde da Família, aqui iniciou minha grande inquietação sobre a problemática da *Saúde Mental* como um dispositivo essencial para o trabalho com a coletividade visto que passei a receber diversas demandas que necessitavam de uma abordagem específica no foco psicossocial e não encontrava dispositivos que agregasse meu trabalho neste contexto seja pela fragmentação da rede ou até mesmo uma percepção da necessidade de maior aquisição de conhecimento para atuar nesta problemática.

Durante a realização dos acolhimentos de enfermagem nas chamadas consultas-dia, a grande maioria das situações de busca por consulta médica, tinha direta ou indiretamente uma queixa de saúde mental e inúmeros encaminhamentos (referências) dos profissionais médicos para avaliação psiquiátrica. Dentre as situações que eram demandadas pelos usuários, cito as questões de conflitos familiares, uso de álcool e outras drogas, baixo rendimento escolar, transtornos de ansiedade e humor, depressão leve, moderada e algumas graves.

Após um ano e três meses de formação profissional e experiência em rede de atenção básica, fui convidado para assumir a coordenação da Estratégia Saúde da Família do município de Canoas-RS. A capacidade instalada em saúde é imensa e tem habilitação na modalidade de Gestão Plena da Atenção a Saúde. Possui 24 Unidades Básica de Saúde, 04 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 16 horas, 01 Hospital de Pronto Socorro, 01 Hospital Geral Filantrópico e 1 Hospital Universitário, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, 2 CAPS- AD (álcool e drogas) e 1 CAPSi (infantil). Hoje a Secretaria Municipal de Saúde atua em 05 Departamentos: A Diretoria Técnica Administrativa (DTA); Diretoria de Regulação Controle Avaliação e Auditoria (DRCAA); Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS); Diretoria de Políticas e Ações em Saúde (DPAS) e Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental (DPASM).

Canoas é um município da região metropolitana de Porto Alegre no Estado do Rio Grande do Sul com uma população de 323. 827 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – 2010) é dividida em 18 bairros e subdividida em quatro distritos sanitários. Distrito Sudoeste, Distrito Nordeste, Distrito Sudeste, Distrito Noroeste. Este

facilita o processo de conhecimento do território para o processo de planejamento dos processos de gestão em saúde. Compreende uma área geograficamente definida com uma população com suas características sociais e epidemiológicas e com recursos dos serviços de infra-estrutura que atendam às necessidades da comunidade. Dentre os serviços de saúde inseridos no município por distritos são apontados:

- No Distrito Sudeste - UBS Niterói, UBS Sabetran, UBS Nova Niterói e UBS Fernandes;
- No Distrito Nordeste - UBS Estância Velha, UBS São Vicente, UBS Olaria, UBS Igara, UBS Caic, UBS Guajuviras II, UBS São José, UBS Avião e UBS Centro de Saúde;
- No Distrito Sudoeste - UBS Mato Grande, UBS Rio Branco, UBS Pedro Luiz da Silveira, UBS Boa Saúde e UBS Fátima;
- No Distrito Noroeste: UBS Mathias Velho, UBS Praça América, UBS José Veríssimo, UBS Santo Operário, UBS Cerne, UBS União, UBS Natal e UBS São Luis.

Dentre as UBS citadas, seis são unidades inscritas no Ministério da Saúde (UBS: José Veríssimo, Cerne, Santo Operário, Natal, União e Mato Grande) totalizando 11 equipes atuando no modelo da ESF sendo nove Equipes de Saúde Bucal (ESB). O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) aponta a cobertura das 11 equipes de ESF com o quantitativo de 29.258 pessoas, um total de 8.497 (dezembro de 2008) famílias, percentual de 8,8 % da população. Com base nos dados do populacional do IBGE em 2008.

Para estas equipes o município possui uma equipe do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família contando com três médicos, sendo um cardiologista, um ginecologista e uma psiquiatra, uma assistente social, uma nutricionista, uma fonoaudióloga e uma pedagoga. O processo de trabalho do NASF deve ser organizado por uma equipe que possa atuar de forma interdisciplinar e intersetorial no somatório dos diferentes saberes como estratégia para o apoio as equipes de ESF. Para Almeida et al (1998), suas ações devem ser baseadas na lógica da Atenção Primária a Saúde (APS) no enfoque às questões de noções de território, processos de educação permanente das equipes e da população, integralidade, humanização, participação social, educação popular e promoção da saúde.

O município tem atualmente equipes trabalhando nos moldes de ESF sem o Agente Comunitário da Saúde - ACS (território delimitado faz atividades educativas, visitas domiciliares etc.), devido a problemas em processos seletivos anteriores de contratação dos referidos Agentes.

Em Novembro de 2010, foi realizado processo seletivo para contratação de novos ACS na perspectiva de ampliar para 45 equipes de ESF, com devido registro no Ministério da Saúde. No entanto este processo seletivo não aprovou o número suficiente de candidatos para o cadastramento de novas equipes sendo necessário a realização de um novo processo em dezembro de 2011 e janeiro de 2012.

Canoas ainda conta com sete ACS vinculados ao PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam em micro-áreas onde não há cobertura pelas equipes de ESF.

TERRITÓRIO 3. A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

No Brasil, os movimentos de mudanças para a reforma psiquiátrica se apresentam numa conjuntura mais ampla com a chamada Reforma Sanitária que foca a Integralidade como campo máximo propositivo para o desenvolvimento das ações através da crítica ao modelo da doença e centraliza as ações no contexto da saúde coletiva que engloba as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, nesta frente surge o termo Atenção Primária e ou Atenção Básica a Saúde.

Atualmente vivemos uma época de mudanças na sociedade, de conhecimentos tecnológicos, políticos e científicos. Estas mudanças refletem de forma significativa no conceito de doença mental, o que propicia o desenvolvimento de intervenções terapêuticas diversificadas. Não faz muito tempo que os pacientes com transtornos psiquiátricos eram apartados da sociedade, enclausurados em “manicômios” frios e desumanos, atendidos exclusivamente por profissionais do sexo masculino, escolhidos devido à sua força física para realizar contenções corporais. Nas últimas décadas, com o avanço das terapêuticas nas doenças mentais e com o aumento do senso de direito individual e das minorias, surge a Reforma Psiquiátrica. A partir desse momento, os hospitais psiquiátricos vão cedendo lugar aos hospitais gerais para internação de emergência, hospitais-dia e serviços ambulatoriais de assistência psiquiátrica. O doente mental passa a ser visto como um ser integral, biopsicossocial e a patologia perde um pouco do caráter estigmatizante, o que proporciona ao paciente o tratamento na família e na comunidade. A enfermagem por sua vez, acompanha essa evolução e o quadro profissional é formado por ambos os sexos, qualificados que desempenham ações globais de assistência à saúde da clientela (Espinosa 1998).

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras, têm se dedicado com afincos 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 de trabalho de ambulatórios e da atenção básica, em qualquer uma das suas formas.

Para este estudo optei usar o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) por estar mais afunilada no caminho do âmbito das discussões da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vislumbrando assim um conjunto de ações coletivas e individuais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Para Campos (2005) é considerada a porta de entrada do sistema caracterizada pelo primeiro nível de atenção a saúde devendo ser resolutivo em 80% dos problemas de saúde da população.

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de orientar o desenvolvimento das ações da Atenção Básica (AB), trazendo novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência. A atenção deriva da vigilância a saúde e está centrada na família, compreendendo a noção de território que extrapola a simples delimitação geográfica, visto que passa a observância da compreensão de “território vivo”, pois o trabalho a ser desenvolvido é construído a partir da análise crítica dos conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários que ali existem (BRASIL 2000).

Esse projeto é um marco importante para o usuário doente mental, pois tem se mostrado muito eficaz na atenção básica, com o intuito de aproximar o profissional da saúde com o usuário. A meta é criar um vínculo com o paciente, buscando a real situação da vida social do nosso usuário da atenção básica. Com esse propósito, a saúde pública está buscando almejar um resultado positivo com o doente mental, que é trabalhar a não exclusão do usuário portador de distúrbio mental na sociedade, por outra forma de acolhimento, que não seja a internação nos manicômios, mas sim por um tratamento mais eficaz, resolutivo, na atenção básica. (Campos 2010)

A Equipe de ESF é composta minimamente por um profissional Médico, um Enfermeiro, dois Técnicos em Enfermagem, um Odontólogo e Agentes Comunitários de Saúde de acordo com a necessidade do território numa relação que os mesmos não sejam responsáveis por mais do que 750 pessoas numa área de no máximo 4000 habitantes.

Vecchia (2006) defende que o trabalho cotidiano das equipes de ESF focaliza certa capilaridade territorial, pois atua diretamente no campo onde as situações que constituem os elementos norteadores da vida acontecem e conseqüentemente seus problemas. Assim, o reconhecimento precoce do possível desencadeamento de alguma desordem psíquica é fundamental para o controle eficaz de uma possível crise e oferecer recursos de acolhimento para este usuário minimizando agravos e eventuais necessidades de institucionalização. As ações de saúde mental na rede básica devem ser desenvolvidas a partir do conhecimento da realidade da população e direcionadas para os determinantes sociais e ambientais, hábitos, estilos de vida e reforço da autonomia de indivíduos e grupos. É necessário que desenvolvam habilidades que reforcem a capacidade do usuário de decidir sobre sua própria saúde.

Medeiros (2007) diz que para o acompanhamento e monitoramento das famílias, são necessários diversas articulações e o desencadeamento de ações intersetoriais e interdisciplinares. O acolhimento é outra ferramenta primária e deve ter como base os princípios da integralidade e da humanização, favorecendo o diálogo, a interação e a troca de saberes, o respeito e o reforço da autonomia e capacidade de escolha. Capra (2006) defende que o papel dos trabalhadores da saúde é de auxiliar o cidadão a cumprir as regras impostas pelo seu cotidiano, capacitando-os a fazerem escolhas mais saudáveis de vida e não fornecer todos os passos de forma autônoma para soluções dos problemas enfrentados.

O profissional Enfermeiro é parte fundamenta da composição de uma equipe de ESF e no contexto da promoção da saúde mental exige um preparo especial visto que a maior parte do acolhimento na rede básica é feito pelo Enfermeiro. Para isso, devem-se desenvolver ações de saúde mental na atenção básica, obedecendo a modelos de redes de cuidados, 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 desta articulação entre saúde mental e atenção básica, tais como:

- Noção de território;
- Acolhimento aos usuários e família;
- Vínculo e responsabilização;
- Interdisciplinaridade;

- Intersetorialidade e integralidade da atenção em redes;

- Desinstitucionalização;

- Reabilitação psicossocial;

- Participação da comunidade;

- Promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares. Com base nesses fundamentos o acolhimento na atenção básica poderá ser mais resolutivo no atendimento do usuário (Brasil 2006).

As unidades básicas tornam-se um instrumento valioso para o atendimento às demandas em saúde mental dentre outros fatores a proximidade com a comunidade o que gera o vínculo com usuários, fato imprescindível para as ações positivas em saúde mental, visto que possibilitam o uso de dispositivos coletivos presentes na comunidade enquanto potencializadores em saúde uma vez que se aliam os preceitos da reforma psiquiátrica com os modos de produção de saúde (Silvia 2005).

Há uma cobertura quase que completa da atenção básica em todo o país. A disponibilidade de serviços de saúde e de profissionais tem crescido, as hospitalizações têm diminuído o acesso a medicamentos tem sido facilitado e os sistemas de saúde têm sido informatizados, permitindo maior eficácia epidemiológica e também na organização dos serviços. Dentre as dificuldades, destaca-se principalmente a exclusão social, a falta de equipamentos tecnológicos e alguns serviços especializados que não são disponíveis. Porém, uma questão muito pouco discutida e avaliada, são as pessoas que compõem este sistema: trabalhadores de saúde e usuários (Borges 2008).

O acolhimento e o acesso articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (Souza 2008).

A forma como é visto o papel do usuário no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na adesão, variando entre a tentativa

de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não adesão como comportamento desviante e irracional (Leite 2003).

Assim, não se valoriza de maneira absoluta o diagnóstico psiquiátrico e as causas das perdas pelas quais estaria passando o usuário em relação às suas funções psíquicas. Valoriza-se como objeto de intervenção a “existência-sofrimento dos pacientes” e suas formas de expressão dentro de cada contexto social (Amaral 1997).

TERRITÓRIO 4 – A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CANOAS

A saúde mental no município de Canoas possui uma diretoria própria e intitula-se: Diretoria de Políticas e Ações em Saúde Mental (DPASM), possui 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS tipo 2); 2 CAPS álcool e drogas, 1 CAPS Infantil e 1 ambulatório de neurologia. Pode-se dizer que o município enfrenta uma série de problemas para a organização do modelo de atenção à saúde mental preconizado pelo Ministério da Saúde mesmo tendo uma vasta cobertura da atenção secundária, o "nó-crítico" se afunila nas dificuldades encontradas na rede primária/terciária.

A maior parte dos encaminhamentos (referências) para os CAPS partem da rede básica e aqui os profissionais enfrentam uma série de dificuldades para conseguir uma consulta com o profissional médico psiquiatra (maiores solicitações). Frente ao grande acúmulo de referências para o nível secundário, a DPASM está organizando a lógica do matriciamento e consultorias em saúde mental onde o profissional psiquiatra, psicólogo e assistente social se dirige até a unidade básica de saúde em dias de reuniões de equipes para discutir os casos separados e que se avaliou necessidade de encaminhamentos. Toda a rede possui o número de contato telefônico via celular com dois profissionais psiquiatras que realizam o matriciamento da rede para os casos onde houver dúvidas no manejo dos usuários em especial quanto as medicações. A grande maioria dos profissionais médicos da rede básica não se sente preparados para acolher o usuário com necessidades em saúde mental e por isto prefere encaminhar quase que toda queixa psicossocial o que acaba gerando conflitos entre os níveis de atenção e gera uma dicotomia entre o que se oferece e o que se espera de ambos os sentidos, tanto na escassez de profissionais nos níveis secundário e terciário quanto a capacidade resolutive das equipes de

atenção básica.

Observo uma série de dificuldades para articulação da rede de saúde no município, pois partindo do entendimento da reforma psiquiátrica ainda aqui se observa uma forte tendência para medicalização do cuidado, a observação com base na objetivação do ser humano e fragmentos de integralidade. Para ROSA (2000) o poder não pode ser centrado na equipe de trabalho, precisa ser articulado para não cairmos na disciplina da especialidade, fragmentando o cuidado ao portador de sofrimento psíquico, desconsiderando enquanto sujeito. A partir destas constatações e vivências, senti necessidade de buscar ferramentas de conhecimentos a cerca da relação da saúde mental e atenção básica associada ao fato que esta compõe a rede de cuidados em saúde mental embasado na proposta do Ministério da Saúde da inclusão em especial nas Equipes de Estratégia Saúde da Família (BRASIL1998).

Desde o tempo de Pinel 1792, encontramos marcas desta forma segregatória de acolhimento. Porém nos dias atuais não é possível aceitar qualquer forma de isolamento do contexto logístico positivo de produção de saúde. A partir da segunda guerra mundial, o mundo passou a se organizar, mas ainda de forma bem insipiente a forma de cuidar dos loucos que não fosse o cativo centrado no hospital psiquiátrico. Nascem movimentos reformistas que tentam instituir modos como comunidades terapêuticas, psicoterapia e desinstitucionalização.

Em relação aos serviços da atenção secundária em saúde mental também não há uma plenitude na ação, pois se observa visão separatória dos níveis de atenção com certa dificuldade de compreensão da necessidade de articulação entre os níveis primário, secundário e terciário, mesmo que a Diretoria de Saúde Mental tente nortear a rede para esta lógica, ainda não é suficiente visto ao perfil dos profissionais em desacordo com a reforma e a falta de uma organização em redes de cuidados onde possa haver uma articulação mínima necessária com os demais setores e atores que compõem a conjuntura mínima de um município.

Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), há uma demanda muito grande de usuários em acompanhamento e se observa certa carência na oferta de profissionais para atuar neles. As equipes da rede de Atenção Básica reclamam constantemente sobre as dificuldades de referenciar os casos para os CAPS, pois há uma tentativa de filtrar os casos por telefone onde o Enfermeiro informa o caso (referenciado pelo médico) por telefone e o

profissional do CAPS (Assistente Social ou Enfermeiro) define se aceita o caso ou não. Há uma excessão no CAPS AD onde há porta de entrada livre para os usuários com dependência química tanto para as referências dos serviços básicos quanto a busca direta, pois há acolhimentos diários com uma Enfermeira ou Psicóloga.

Dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde (MS), são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Os diversos membros dessas equipes de saúde mental devem oferecer o apoio matricial às diferentes equipes de atenção básica. O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Aliás, a atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivências, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL 2006).

TERRITÓRIO 5 – A SAÚDE MENTAL, A ATENÇÃO BÁSICA E UM ENFERMEIRO

Para narrar um pouco mais a questão situacional dos dispositivos de produção em saúde mental no contexto dos serviços da rede básica de Canoas, optei por entrevistar uma Enfermeira de uma UBS onde há ESF. Com base em Lorenzini (1998) cabe ao enfermeiro, enquanto agente de trabalho na enfermagem psiquiátrica, não a alienação, mais sim a definição do seu espaço enquanto profissional atuante, como agente terapêutico dentro da equipe multiprofissional. Para isso, precisamos estar preparados, tanto na teoria, quanto na prática, para desenvolvermos um trabalho de qualidade, levando prioritariamente o bem-estar ao indivíduo por ele assistido.

Lancei a temática da saúde mental no contexto de como acontece o acolhimento, o vínculo, a responsabilidade e o monitoramento/acompanhamento dos usuários com queixas em saúde mental para a equipe. A Enfermeira diz que o usuário passa pela recepção da unidade e é encaminhado para a consulta de enfermagem caso ele não tenha consulta agendada com o médico. A Enfermeira faz a escuta da situação e se não for um caso de emergência psiquiátrica

ela orienta o mesmo a agendar uma consulta na quinta-feira pela manhã que é o dia que abre a agenda semanal para o médico de família. Questiono sobre os casos onde o usuário está com falta de medicamentos. A resposta dela foi um pouco enfática em me dizer que não passaria pra consulta médica na hora pra não criar “vícios” de o mesmo acostumar a vir sem o agendamento para trocar a receita que tem validade de três meses, segundo ela os pacientes são orientados a vir agendar consulta com antecedência mínima de 10 dias do término da medicação para evitar tal transtorno.

Entendo ai uma grande falha no sistema de acolhimento oferecido ao usuário, visto que o mesmo pode acabar interrompendo um tratamento psiquiátrico e gerando demandas para a emergência do hospital geral e todo um contexto pessoal e social/comunitário. O acolhimento é uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre os trabalhadores e os usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas e resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção (Monteiro 2010).

Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), eles monitoram os usuários de sua área de atuação e controlam junto com o paciente a questão do uso dos medicamentos, mas ainda tem micro-áreas que não tem o ACS o que acaba havendo uma falha no monitoramento de uma pequena parcela da área. Ela enfatiza a extrema importância do trabalho desenvolvido por estes profissionais. Para Machado (2003) O Agente tem suas atribuições estabelecidas pelo Ministério da Saúde como o desenvolvimento de atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas, sob supervisão do enfermeiro têm o caráter peculiar de permitir aos usuários e suas famílias a criação de um vínculo com o profissional da equipe de saúde, ou seja, uma maior proximidade entre a sua necessidade do usuário e a equipe ESF na rede básica.

A entrevistada critica o profissional médico da equipe por não assumir os casos de saúde mental pois encaminha quase todos para os CAPS, afirma que já conversou diversas vezes com o colega de equipe, e o mesmo afirma que não é psiquiatra para atender estes tipos de demandas. Merhy (1998) descreve que a produção do cuidado em saúde requer tanto o acesso às tecnologias necessárias (duras, leveduras e leves), comandadas pelas tecnologias leves, como por

outro lado, pressupõe o uso dos diversos conhecimentos que cada profissional de saúde detém, articulando de forma exata "seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém". Os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em "relações intercessoras com os usuários" produzem o cuidado. Assim se entende que o profissional médico da rede básica deve investir no usuário em sofrimento psíquico pois detém do conhecimento da medicina generalista e só referenciar aos serviços secundários quando demandar necessário.

A visita domiciliar não é uma rotina da equipe para os usuários de saúde mental, na sua especificidade pelo relato da profissional nem mesmo atividades de cunho educativo acontecem. Na perspectiva da reforma psiquiátrica, alternativas que possam resgatar a autoestima do portador de sofrimento psíquico e o desenvolvimento de uma autonomia possível é fundamental para o sucesso do trabalho das equipes. Bastable (2010) sugere que a adesão equivale a uma meta atingida em um tratamento predeterminado. Definido dessa forma tem um tom manipulador ou autoritário no qual o agente de saúde ou educador é visto como autoridade tradicional. E consumidor é visto como submisso. Esse termo não tem sido muito bem recebido na enfermagem, provavelmente por causa do pensamento auto reflexível e da crença do princípio ético da autonomia. Os clientes têm o direito de tomar suas próprias decisões sobre o cuidado em saúde e não necessariamente seguir planos de ação previamente determinados por profissionais da saúde.

Assim, com esse método de atendimento, o usuário doente mental vai a busca de sua autoestima, a sua independência de como lidar com suas necessidades no dia a dia de sua vida diária; recebem orientações sobre os efeitos dos psicotrópicos, trabalhos em grupo, de forma que profissional da saúde e usuário criem um vínculo para que o tratamento seja mais resolutivo. Com esse objetivo seria possível dar um outro modelo de saúde mental, com ênfase na humanização do atendimento, imprimindo um resultado satisfatório.

Assim sendo, o que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, "confinando-o" à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se muito mais, o resgate ou o restabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único

horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (Gonçalves 2001).

Ainda que se reconheça, há muito que fazer para substituir a forma de tratamento tradicional de atenção psiquiátrica por uma forma de acolhimento ao doente mental na atenção básica; deve haver um grande empenho da equipe multiprofissional para intervir com êxito. Os profissionais da área da saúde buscam o aprimoramento para trabalhar mediante educação permanente a esse perfil de paciente portador de distúrbio mental, pois o grande foco é o despreparo dos profissionais, desqualificados em atender esse usuário. Com esse aprimoramento, a reforma psiquiátrica terá um resultado positivo, não só no papel, mas na real situação de ter de fato uma desinstitucionalização em saúde mental (Pinho 2010).

Embora a Política de Saúde Mental definida pelo Ministério da Saúde seja de inclusão da saúde mental na rede básica, a atenção aos portadores de sofrimento psíquico pelos profissionais das equipes de saúde da família ainda é um desafio a ser superado.

A pesquisa realizada permitiu-nos identificar que existe demanda de atendimento em saúde mental. Frente a isso, se observa um despreparo por parte da equipe, nem sempre são resolutivas – acolhimento, escuta, medicação, encaminham ao especialista ou a outros serviços de referência.

O modelo de atenção em saúde mental na rede básica ainda é fortemente dominado pelo modelo biomédico. Assim sendo, lograr o modelo psicossocial preconizado pela reforma psiquiátrica, do trabalho em equipe construindo possibilidades e viabilizando a emancipação da cidadania do doente mental são metas a serem perseguidas.

A inserção da Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde, após a Reforma Psiquiátrica, modificou o paradigma da assistência ao portador de sofrimento psíquico. Esse recebe assistência na Unidade Básica de Saúde (UBS), onde é realizado acolhimento com resolutividade, humanização e solidariedade.

O portador de sofrimento psíquico, que procura atendimento na UBS, adere ao tratamento ao reconhecer, concordar e participar das atividades propostas. Quando não há compreensão, ocorrem dificuldades no diálogo entre o profissional e o usuário, pois o mesmo não concorda com o tratamento proposto.

O Enfermeiro ocupa um espaço privilegiado na UBS para obter a adesão ao tratamento, trabalhando junto à equipe terapêutica, ao paciente e aos familiares, criando espaços de acolhimento. Da mesma forma a experiência adquirida para formação profissional foi relevante porque tive oportunidade de conhecer a assistência ao portador de sofrimento psíquico inserida na atenção básica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

A trajetória desta especialização serviu para somar discussões sobre o vasto campo das necessidades de pensar em saúde mental. Tendo em vista a oportunidade de trocar experiência com os alunos da residência em saúde mental coletiva foi possível perceber que os desafios do trabalho com promoção de saúde mental estão em todos os espaços quaisquer que seja o campo onde os residentes atuavam, experiências desafiadoras emanavam permanentemente em seus discursos.

Como trabalhador em saúde, senti necessidade de receber uma proposta prática metodológica que se afinasse com a resolutividade dos problemas que sabemos que existem. Faltou discussão de casos, por exemplo, assim poderíamos pensar de acordo com os diversos saberes ali presente na perspectiva dialética da interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS:

1. Langdon, E.J.M. A negociação do oculto. Xamanismo, família e medicina, entre os sionas no contexto pluri-etnico./ Trabalho apresentado para Concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
2. ESPINOSA, A. F. Psiquiatra. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998 (Série Guias Práticos de Enfermagem)
3. Boehs A. E. A Narrativa no mundo dos que cuidam e são cuidados. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.8, n. 3, p. 5-10, julho 2000.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1999.
5. Silva, Patricia Ligoeki. A interface saúde mental e atenção básica. Boletim Escola de Saúde Pública. SES/RS 2005.
6. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Base Populacional. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em 23 de Novembro de 2011.
7. Campos RO, et al. Saúde Mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerreiro AVP, organizadores. Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa CA. Distritos sanitários: concepção e organização. Saúde & Cidadania. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar, Banco Itaú. São Paulo; 1998.
9. Costa, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1998.
11. Campos, G. W. S. Saúde Paidéia. São Paulo. Hucitec, 2003.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família. Brasília, 2000.

13. Vechia, M. A Saúde Mental no Programa Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações em uma equipe. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu.
14. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
15. Medeiros JE, Guimarães CF (Orgs.). Sementes do SUS. Sapucaia do Sul: IBSaúde; 2007.
16. Capra F. O ponto de mutação, a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 2006.
17. Borges. Celiane Camargo e Japur Marisa. **Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado.** Texto contexto – enferm. Vol 17 no.1 Florianópolis Jan/Mar. 2008. Acesso em 12 de dezembro de 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
18. Souza. Elizabethe Cristina Fagundes et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública vol.24 supp1.1 Rio de Janeiro 2008. Acesso em 13 de dezembro de 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001300015&script=sci_artte.
19. Leite. Silvana Nair e VASCONCELLOS. Maria da Penha Costa. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** Cienc. Saúde coletiva vol.8 no.3 São Paulo 2003. Acesso em 13 de janeiro de 2011. Disponível em www.scielo.org/scileo.php?pid=S141381232003000300011&script.
20. Amaral. Márcia A. do. **Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial.** Ver. Saúde Pública Vol. 31 no. 3 São Paulo Junho de 1997 . Acesso em 14 de dezembro de 2010. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101997000300010&script=sci_arttext&tlng=pt.
21. LORENZINI. José Luiz SCHNEIDER. Jacó Fernando. **Percepção de Usuários Sobre um Serviço em Ambulatório de Saúde.** R. Gaúcha Enferm. Porto Alegre. V.19. n.1 Pag. 38-46- Jan. 1998. Acesso em 04 de janeiro de 2001. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/revistagauchadeenfermagem>.
22. MONTEIRO. Rita Fernanda Corrêa et al. **Acolhimento na Unidade Básica de Saúde: um relato de Experiência.** Universidade Federal de Pelota-UFPEL. Acesso em: 15 de Outubro 2010. Disponível: http://www.sispnh.com.br/anais/trabalhos/ACOLHIMENTO_UNIDADE_BICA_SE.pdf.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica/Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental e Atenção Básica o vínculo e diálogos necessários. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acessado em 24/11/2011.
24. Merhy, E.E. "A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência" in Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - reescrevendo o público; XAMÃ VM ED.; Belo Horizonte, 1998.
25. Bastable. Susan B. **O Enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem**. Pag. 222. 3º Ed.- Porto Alegre: Artimed, 2010.
26. Gonçalves AM, Sena RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Revista Latino-americana de Enfermagem 2001 Mar-Abr; 9(2): 48-55.
27. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. Interface Comunicação, Saúde e Educação 2010 Jan-Mar; 14(32): 103-13.