

ANDERSON BORGES FERREIRA

**CAMINHOS E PERSPECTIVAS NA BUSCA DO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE
MENTAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro no Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider.

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

É preciso iniciar falando de Deus. Sem este jamais teria conseguido chegar até aqui, pois sua benevolência, amor, paz e possibilidade de tecer as linhas do destino fizeram com que eu chegasse até o desejado momento de formação na profissão que tem como base também os princípios de amor, paz e benevolência com o outro.

Após é preciso enaltecer a minha família por ter feito todos os sacrifícios possíveis para possibilitar momentos e sustento para desenvolver não somente este estudo como também toda minha graduação sem maiores preocupações ou dificuldades. Destaco aqui minha mãe, pai e tia: Cleusa, Péricles e Marisa, respectivamente nomeados, os meus irmãos Daniel e Giovanni sua esposa Karine e a todos os amigos e suas respectivas ou respectivos cônjuges por sempre me alegrarem, acreditarem em mim e torcerem por uma vitória pessoal minha.

Agradeço a Bárbara, por sempre me apoiar, estar ao meu lado e discutir relevâncias sobre esta profissão e a vida, por me trazer paz num momento tão especial da minha vida e a sua família por também ser muito receptiva e educada para com minha pessoa.

Ao meu orientador Jacó por estar sempre disponível, tranquilo, por me incentivar e conduzir este estudo para um melhor resultado bem como a todos os professores e profissionais que possibilitaram minha formação tão qualificada.

“A objeção, o desvio, a desconfiança alegre, a vontade de troçar
são sinais de saúde: tudo o que é absoluto pertence a patologia.”

Friedrich Nietzsche

RESUMO

Atualmente a Reforma Psiquiátrica é considerada o norteador das políticas de saúde mental no Brasil, entre os preceitos e diretrizes que a compõem estão: o cuidado integral da saúde; uma nova concepção interdisciplinar de trabalho; a interação transdimensional entre os serviços e a substituição de serviços, pensar e agir em saúde mental. Toda essa transformação culmina na busca de um atendimento mais ampliado e resolutivo de fazer saúde mental. O objetivo deste estudo é analisar na literatura científica as estratégias, propostas e ações empregadas pelos profissionais de saúde que visam o cuidado integral em saúde mental preconizados pela Reforma Psiquiátrica. Foi realizada uma Revisão Integrativa com busca de artigos na base de dados LILACS, no período de dezembro de 2010 até janeiro de 2011, no qual obtivemos inicialmente 483 artigos como amostra primária e após leitura dos seus respectivos resumos foram selecionados 23 artigos para compor este estudo. Surpreendentemente observou-se que o maior número de estudos selecionados foram os estudos referentes aos serviços de atenção básica de saúde e suas ações em saúde mental e não os serviços especializados em saúde mental. As propostas, estratégias e ações com maior presença dos estudos advindos dos serviços de atenção básica de saúde se referiam à: apoio matricial, articulação e integração dos serviços de atenção básica na rede de saúde mental e a formação e capacitação adequada destes profissionais para trabalhar em saúde mental. Nos serviços especializados as propostas, estratégias e ações desenvolvidas que visavam a ampliação da saúde mental se referiam à: modificação da lógica de trabalho para um pensar-agir menos institucional e biomédico; formação e capacitação mais voltada a interdisciplinariedade; melhora dos recursos e disposições dos serviços para a comunidade ampliando a participação de outros no planejamento e execução do trabalho. Concluiu-se deste estudo que a ampliação do atendimento em saúde mental necessita de ações e estratégias que insiram novos personagens, serviços e recursos para atender em saúde mental e que desta união surjam diferentes e inovadores: recursos; fluxos, conexões e articulações entre os referidos serviços e seus personagens; além de estudos e formas de pensar-agir vanguardistas que culminem no tão sonhado modelo de atenção em saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica integrativa.

Descritores: Assistência de saúde mental, Assistência integral à saúde, Saúde mental, Enfermagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETO DE ESTUDO.....	9
3 OBJETIVO.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Tipo de estudo.....	16
4.1.1 Primeira etapa: Hipótese e/ou Pergunta Norteadora.....	16
4.1.2 Segunda etapa: Coleta dos Dados.....	16
4.1.3 Terceira etapa: Seleção dos Dados.....	17
4.1.4 Quarta etapa: Análise dos Dados.....	18
4.1.5 Apresentação dos Resultados.....	19
4.1.6 Aspectos Éticos.....	19
5 Apresentação dos Resultados.....	20
5.1 Quadro sinóptico de apresentação dos resultados.....	20
5.2 Análise dos resultados.....	21
5.2.1 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Integração e melhora dos serviços de atenção básica de saúde no atendimento em saúde mental ou inseri-los na rede de atendimento em saúde mental.....	21
5.2.2 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Apoio técnico e específico; Suporte especializado; Matriciamento.....	28
5.2.3 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Formação adequada, capacitação e/ou educação permanente.....	30
5.2.4 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Melhorar a articulação entre os serviços.....	33
5.2.5 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Maior investimento político-administrativo; Ampliação dos recursos.....	35
5.2.6 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Diminuir o preconceito.....	36
5.2.7 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Participação da comunidade.....	37

5.2.8 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Estabelecer vínculos de profissionais com a comunidade afim de, aproximar o profissional do paciente que está sendo tratado ou de sua realidade.....	38
5.2.9 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Adequação ou melhora na rede especializada ou formação de seus profissionais.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	45
APÊNDICES.....	50
APÊNDICE A - Apresentação dos artigos.....	50
APÊNDICE B - Quadro 1. Quadro sinóptico de análise dos estudos.....	87

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela área de saúde mental surgiu durante a disciplina de Pesquisa e Enfermagem I durante o terceiro semestre da faculdade de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Durante a elaboração do trabalho que seria apresentado ao final da disciplina o assunto escolhido foi a Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir desta pesquisa pude me interar ainda que brevemente sobre as adequações legais e legislativas a cerca do assunto, bem como, as mudanças do pensamento de atuação e postura profissional que propiciavam adotar assim prerrogativas diferenciadas no qual fizeram surgir com força: a inserção do individuo no entendimento do processo cura/prevenção/manutenção do sofrimento mental; a visão de que o indivíduo é parte atuante na estruturação, desenvolvimento e aplicação do tratamento; o abandono ou atenuação da prática hospitalocêntrica pautada na figura médica e o fato de que todas as relações sociais devem ser estudadas, relativizadas para que contribuam para aumentar a participação e independência do doente mental na comunidade a que pertence. No estágio do sexto semestre em Saúde Mental II ao trabalhar saúde mental em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) percebi que é possível realizar saúde mental sobre outra perspectiva que não aquela adotada sobre o modelo antigo (voltada a estabilização ou diminuição do surto psicótico, de um modo bastante prescritivo e com a prática de reclusão). As várias facetas e perspectivas do cuidado ao enfermo mental nos mais amplos e diferentes espectros me fizeram levantar uma discussão: O que o profissional de saúde pode fazer para ampliar o atendimento em saúde mental no Brasil de modo a garantir o atendimento integral em saúde mental?

Para tal é preciso que o profissional de saúde mental tenha claro qual o seu papel, função e atividade para desempenhar com êxito suas atribuições. Além disso, é preciso também que esse profissional esteja inserido no contexto social atual do Sistema Único de Saúde (SUS) e especificamente da Saúde Mental no Brasil.

Os objetivos operacionais em saúde mental segundo o Ministério da Saúde são: instruir e melhorar as ações de saúde mental em todos os níveis de prestação de cuidados; promoção e tratamento precoce das perturbações mentais, neurológicas e psicossociais de modo a evitar danos dificilmente reabilitáveis; prevenir a cronicidade das enfermidades e debilidades que acarretam através da integração dos cuidados de saúde mental nos cuidados de saúde primário; propiciar a reinserção do indivíduo na família e sociedade de modo facilitado, instruindo, educando e capacitando os profissionais de saúde a todos os níveis de prestação de cuidados assim como os que ainda estão em formação de forma a permitir uma melhoria na prestação de cuidados no âmbito da saúde mental; proporcionar medidas que

possibilitem a reabilitação, permitindo que a incapacidade gerada pela doença seja minimizada (BRASIL, 2005).

A experiência pessoal nos serviços de saúde durante a graduação demonstram que mesmo com a municipalização das políticas e diretrizes em saúde ainda há diferenças muito acentuadas dos serviços de saúde dentro de um mesmo município evidenciando que a capacidade de melhora e adaptação de um serviço deve-se muito mais pela equipe profissional que ali atua do que pelas políticas existentes no local. Com a saúde aproximando-se ainda mais do cuidado individualizado e humanizado é preciso que cada vez mais o profissional de saúde possa se reinventar e se adaptar na sua prática, valorizando ainda mais a experiência alheia e os estudos vanguardistas existentes fazendo com que até mesmo as posturas e saberes hegemônicos precisem ser devidamente testados e estudados para entender se ainda pertence a nossa realidade de atender com eficiência (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Deste modo os resultados positivos divulgados nos estudos funcionam como uma espécie de credibilização da prática de saúde existente, assim como a presença compulsória de dubiedade do processo ou de readequação sejam um indicativo de que é necessário repensar ou adequar o mesmo para que continue existindo.

Portanto o que se pretende neste estudo é analisar os artigos e estudos nacionais publicados na base de dados LILACS e assim saber quais estratégias, propostas e ações empregadas pelos profissionais de saúde que visam o cuidado integral em saúde mental frente às diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica?

A relevância de estudos como este, está na exploração de materiais que possibilitem trazer para conhecimento dos que se interessam algumas das medidas tomadas e das propostas sugeridas por profissionais, estudiosos e pesquisadores que visam encontrar os métodos mais eficazes de trabalho buscando o conceito aqui nomeado de saúde integral em saúde mental (MENDES, SILVEIRA E GALVÃO, 2008).

Os possíveis erros e/ou problemas, ou ainda, os possíveis acertos e/ou soluções de um específico assunto podem ser melhores compreendidos quando os observados num grande bloco, ou seja, agrupando o máximo de conteúdos existentes relativos ao assunto investigado – aqui denominado integralidade da saúde mental com participação dos profissionais de saúde.

Propostas e queixas sobre estrutura, qualificação, disponibilidade, acesso, políticas, intervenções e planejamento em saúde mental serão aqui apresentadas podendo vir a compor este estudo desde que respeitem os preceitos ideológicos e éticos aqui referidos.

2 OBJETO DE ESTUDO

Inicialmente é necessário classificar quem é o profissional de saúde mental? Com a concepção de integralidade nas diretrizes do SUS todo o profissional de saúde deve estar capacitado ou deveria estar capacitado para identificar uma pessoa com a necessidade de prestação de uma ação em saúde mental. Para Campos 1992, o profissional de saúde mental é todo o indivíduo que trabalha na provisão de serviços de saúde mental treinado ou capacitado para atribuições e tarefas em serviços ou instituições em acordo com os programas de saúde vigentes e que estão sujeitos a regulamentação pública, respeitando as diretrizes de saúde mental contemporânea. Esta concepção permite entender que todo profissional de saúde devidamente capacitado e regulamentado pode ser um profissional de saúde mental bastando para isso ser alguém capaz de participar e contribuir na rede de atendimento ao portador de algum transtorno psiquiátrico.

Delimitado quem é o profissional de saúde mental é preciso entender em que contexto este profissional presta assistência. Conforme Juca, Nunes, Barreto (2009) a assistência em saúde mental no Brasil é historicamente um processo de mudança que atualmente é movido principalmente pela Reforma Psiquiátrica.

A concepção de Reforma Psiquiátrica teve início no ano de 1978 quando surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Esta ação era formada por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, sindicalistas, associação de familiares e membros de associações de profissionais e de pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Apoiado por outros movimentos protagonizou e construiu uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e a hegemonia hospitalocêntrica vigente na época. Neste período surgiram as primeiras denúncias sobre a política de violência dos manicômios e ao que chamavam de mercantilização da loucura. As propostas para a reorientação da assistência em saúde mental surgiram com este primeiro ato (BRASIL 2005). No ano de 1987 é organizado o II Congresso Nacional de MTSM que acaba por adotar o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. No mesmo ano é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (RJ) e surge ainda o primeiro CAPS no Brasil em São Paulo – SP. Dois anos mais tarde (1989) é iniciado um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos – SP, local onde foi comprovado episódios de maus tratos e morte dos ali internados. Esta intervenção mostrou a forma inequívoca do tratamento dos doentes mentais servindo como bandeira de mudança da assistência. No mesmo ano é encaminhado ao Congresso Nacional o projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a extinção progressiva dos manicômios no Brasil e regulamenta os direitos da pessoa com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Inspirados nesta proposta de lei, o início da década de 1990 é marcado pela tomada de ação de vários estados brasileiros que conseguem alterar os leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção em saúde mental. Em meados desta mesma década o Brasil firma um compromisso na Declaração de Caracas que juntamente com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental faz surgir às primeiras normas federais regulamentando a implementação dos serviços de atenção diária que se baseavam nas experiências positivas dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e hospitais-dia existentes. Ainda assim a saúde mental encontrava problemas com classificação, investimentos e expansão dos CAPS e NAPS ao ponto que 93% dos recursos do Ministério da Saúde em saúde mental eram destinados aos hospitais psiquiátricos apesar do funcionamento crescente dos CAPS e NAPS que já chegavam a 208 no Brasil (BRASIL 2005).

É importante destacar que no período final dos anos 1980 e início dos anos 1990 não só foi o momento em que a Reforma Psiquiátrica começou a avançar do idealismo para ações concretas, como também foi neste período que surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS) aquele que viria a regulamentar e direcionar o atendimento em saúde geral, incluindo-se neste a atenção em saúde mental. Este sistema de saúde estava pautado nos pressupostos de essencialidade (saúde como direito fundamental), universalização, regionalização, controle, financiamento, planejamento, autonomia tudo isso visando atuar de maneira integrada. Mais precisamente no pronunciamento de 20/08/1987 do deputado federal Euclides Scalco foi quando pela primeira vez no Brasil se convergiu num só discurso a democratização do país e a democratização da saúde (BRASIL, 2006). Outras figuras importantes para tal processo foram os deputados federais Carlos Sant'anna, Raimundo Bezerra, José Fogaça, Jamil Haddad e Eduardo Jorge. Este último participou como negociador dos debates constituintes e em emendas como a da deputada Abigail Feitosa que previa um mínimo de 13% do orçamento municipal, estadual e federal e na emenda de fusão relativa ao sangue. Em 1988 na Constituição Federal foi instituída a participação popular no Sistema de Saúde e a total liberdade partidária e sindical. O movimento sanitário conseguiu inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação de base desdobrado na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, chamada de Lei Orgânica da Saúde que o presidente da época (Fernando Collor) acabou vetando os trechos referentes à participação popular, trechos que acabaram por ser reparados na Lei 8.142 do mesmo ano (BRASIL, 2006).

Deste período em diante começou a surgir uma transformação da concepção de saúde no Brasil para um modelo menos centrado nos hospitais e grandes centros de saúde passando

a intervir e promover saúde em ambientes sociais. Em 1991, surge o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) e um ano mais tarde a 9ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Municipalização é o caminho” passou a fortalecer a descentralização do gerenciamento cada vez mais e começou a valorização da participação da população nas decisões e ações de saúde (BRASIL 2006). De 1991 em diante surgiram vários congressos, programas e debates que vem fortalecendo cada vez mais a universalização e integralidade na saúde. Destacam-se a regulamentação do processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS (através da Norma Operacional Básica), Criação do Programa Saúde da Família, realização da 10ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “SUS: Construindo um Novo Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”, Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social” e na 12ª Conferência Nacional de Saúde com o tema “Saúde: um Direito de todos e um Dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos”, Criação do programa “De Volta para Casa” em saúde mental- que contribuiu com o processo de reinserção social de pessoas com longa história de internação psiquiátrica e a Instituição da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (Humaniza SUS) (BRASIL 2006).

Em meio a toda essa “revolução em saúde” foi sancionada no país a lei de Paulo Delgado (Lei Federal 10.216/01) referente à Reforma Psiquiátrica que acabou sofrendo algumas importantes mudanças quando comparada a sua criação 12 anos antes. A lei aprovada trata sobre as medidas protetivas e o direito da pessoa com transtorno mental redireciona e privilegia o oferecimento de tratamento de serviços que se baseiam na saúde comunitária em saúde mental, porém não deixa claro o método de extinção progressiva dos manicômios no Brasil. Dentro da mesma dimensão acontece ainda a III Conferência Nacional de Saúde Mental onde surgem linhas específicas de financiamento em saúde mental por parte do Ministério da Saúde, Programa “De Volta para Casa” (para pessoas em longo processo de internação retornar ao convívio social) e no ano de 2004 surge o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Em 2004 existiam 689 CAPS em funcionamento e os Gastos Hospitalares em Saúde Mental caíram dos 93% (1997) para 63,84% mostrando um crescente incentivo aos Gastos Extra-hospitalares em Saúde mental. A década de 2000 é definida como o período de consolidação da Reforma Psiquiátrica devido aos grandes avanços atingidos e a materialização dos ideais propostos nas décadas anteriores tanto do SUS quanto dos ideais em Saúde Mental (BRASIL 2005). A conjuntura atual

caminha para a concretização de uma saúde cada vez mais plena, madura e humanizada, no entanto, é sabido que o que se defende, preconiza e legisla nem sempre é a realidade que se lida e que vemos. Para este autor entender a realidade através de pesquisas, estudos e análises científicas são mais uma forma de construção de saúde em excelência.

Segundo Silva 2009, o profissional em saúde mental atualmente deverá atuar assegurando os princípios e pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica. Para este mesmo autor há na atualidade um apelo à responsabilidade de atores e instâncias sociais no cenário contemporâneo da reforma psiquiátrica brasileira, cujo serviço é o responsável pelo atendimento do território ao qual pertence, existindo concomitantemente um aumento da responsabilidade profissional no processo de trabalho de maneira a propiciar o surgimento e/ou aumento da possibilidade do sujeito advir como responsável por sua própria condição. Com a consolidação da Reforma Psiquiátrica e com a maturidade das políticas de humanização e acolhimento do sistema de saúde brasileiro é possível concluir que a assistência na saúde mental vigente, cada vez mais valoriza a opinião, ação e a participação popular, sendo papel do profissional de saúde propiciar tal proposta (SILVA, 2009).

Em se tratando especificamente do sistema de saúde brasileiro – Sistema Único de Saúde (SUS), o mesmo subsidia e incentiva a prática legal de saúde visando alcançar o tratamento pleno através dos pressupostos de essencialidade (saúde como direito fundamental), universalização, regionalização, controle, financiamento, planejamento, autonomia tudo isso visando atuar de maneira integral. No que diz respeito as suas diretrizes são destacados os princípios de: descentralização, participação da comunidade e a integralidade no atendimento (BRASIL, 2003).

O atendimento em saúde mental possui atualmente uma extensa e complexa rede de serviços e atendimentos bem como normas e diretrizes reguladoras próprias. Entender as ligações, incoerências e influências com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica são fundamentais para que o profissional de saúde mental saiba intervir de modo seguro, objetivo e prático minimizando ao máximo a chance de ferir algum dos princípios e políticas que compõem o atendimento em saúde mental (SILVA, 2009). Os resultados da união dos princípios do SUS com a Reforma Psiquiátrica fizeram surgir os serviços substitutivos de saúde mental entre eles o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que são considerados serviços estratégicos para a organização desta rede de atenção ao paciente e/ou usuário em saúde mental e principais representantes dos serviços substitutivos dos manicômios (CAMPOS, 2009). Nos últimos anos o Ministério da Saúde vem creditando e incentivando a implantação e qualificação deste serviço, tanto que entre 2004 e 2009 o número de CAPS

mais que dobrou (CAMPOS, 2009). Também será alvo do estudo as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde nestes Centros de Atenção Psicossocial devido a relevância que possuem na atualidade como serviços específicos em saúde mental.

Os serviços, a atuação dos profissionais e as ideologias em saúde mental sofreram mudanças influenciadas pelo surgimento do SUS e da Reforma Psiquiátrica e tal fato também trouxe mudança nas causas e no conceito das enfermidades mentais. Atualmente está se migrando do modelo mono causal para uma concepção ampliada que levam em conta outras dimensões além da biológica, juntando-se a este conceito o estilo de vida, meio ambiente e o sistema de saúde, visualizando assim a valorização e identificação da singularidade de cada indivíduo e seus transtornos. Estas definições vêm a mudar também as práticas propostas que só se tornarão efetivas quando transformadas em práticas concretas que acabarão por causar impacto na qualidade de vida da população (TANAKA, RIBEIRO, 2009). A reabilitação psicossocial baseada em novas modalidades terapêuticas busca potencializar a atenção integral à saúde mental, dispositivos como centros de convivência, psicoterapias, oficinas terapêuticas e tantos outros são necessários e indispensáveis para que possamos consolidar tal realidade (HIRDES, 2009). Propostas inovadoras e altruístas também devem ser explanadas de modo a atenderem essa nova concepção da doença mental que precisa ser atendida integralmente.

O princípio da integralidade assumiu posição importante na concepção de saúde na década de 1970, com as manifestações de redemocratização do País e da Reforma Sanitária do Brasil, esse princípio e mais especificamente a integralidade em saúde mental é um dos alicerces da Reforma Psiquiátrica e principal conceito a compor este estudo (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009). O princípio da integralidade em saúde vem a construir uma nova concepção do indivíduo no tratamento de saúde, ela possibilita compreender o indivíduo como um ser completo e complexo levando em consideração as várias dimensões que o compõem e constrói. Este cuidado individualizado ou subjetivo acaba por valorizar o paciente como cidadão. Além disso, este princípio direciona e amplia as ações de saúde na busca da amplitude e questionamento do saber biomédico e das práticas em saúde, algo que remete diretamente as práticas do profissional de saúde (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

Rodrigues (1993) descreve que a assistência prestada pelo profissional de saúde mental passa por três pressupostos: o primeiro é de que uma crise mal resolvida pode levar, no futuro, à apresentação de sintomas de doença mental, o segundo é que uma intervenção adequada nessas crises ajuda as pessoas envolvidas a sair fortalecidas dessa experiência e por

fim, que o profissional de saúde mental tem preparo e capacidade para atuar junto à comunidade na intervenção das crises por meio da relação de auxílio. Isso quer dizer que o profissional de saúde mental capacitado deve trabalhar nas esferas de prevenção das manifestações severas ou debilitantes dos transtornos mentais e educação em saúde (**atenção primária**), na manutenção do processo de doença e/ou surto, redução dos sintomas, na promoção da independência do cliente (seja está independência dos cuidados por outrem, seja pelo abandono dos medicamentos, seja pelos pequenos ganhos antes impossíveis, ou pela retirada do estado de internação das instituições) e na cura (**atenção secundária e terciária**) (RODRIGUES, 1993). NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009, reforçam o discurso da boa prática em saúde em todos os níveis de atenção ao mencionarem que a noção de integralidade não admite conceber que o atendimento a um usuário com várias enfermidades necessite encaminhar-se a variados pontos da rede de saúde para a resolução destes.

Podemos concluir que o atendimento em saúde mental deve atender coletivamente e individualmente as várias dimensões existentes, respeitando assim o conceito da integralidade. Para garantir tal aspecto é necessário que haja profissionais devidamente capacitados em todos os níveis de atenção em saúde em todas as redes de saúde existentes seja nos serviços específicos de saúde mental quanto nos serviços de saúde coletiva (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

Frente ao exposto, o objeto desse estudo são as estratégias, propostas e ações empregadas pelos profissionais de saúde que visam o cuidado integral em saúde mental preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

3 OBJETIVO

Identificar na literatura científica as estratégias, propostas e ações empregadas pelos profissionais de saúde visando a integralidade em saúde mental com base nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

4 METODOLOGIA

Seguem neste capítulo os passos metodológicos desenvolvidos na realização deste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa conforme as definições de Mendes, Silveira e Galvão (2008) que tem por base Cooper (1989). A revisão integrativa de literatura inclui a análise de pesquisas relevantes para melhoria da prática clínica e tomada de decisões. Neste método podemos sintetizar o estado do conhecimento sobre um determinado assunto e ainda apontar as lacunas a serem preenchidas propondo novos estudos. Este estudo mostra-se valioso para o profissional que não dispõe de tempo para uma leitura tão abundante sobre o assunto determinado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

4.1.1 Primeira etapa: Hipótese e/ou Pergunta Norteadora

A primeira fase é onde se determina o objetivo específico, formula-se a questão norteadora (o questionamento a ser respondido ou a hipótese a ser testada) que guiará o estudo. Para a devida revisão foi criada a seguinte questão: **quais estratégias, propostas e ações empregadas pelos profissionais de saúde visam o cuidado integral em saúde mental frente as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica na literatura científica?**

4.1.2 Segunda etapa: Coleta dos Dados

Os dados foram provenientes de periódicos nacionais publicados na base de dados, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A base de dados LILACS pertence a Rede de Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) compreendendo literatura relativa às ciências da saúde com publicações em países da América Latina e Caribe contendo mais de 449.000 artigos atualmente indexados em mais de 700 revistas conceituadas. A mesma ainda possui o maior número de periódicos nacionais (Brasil) na sua língua de origem (português) referentes a estudos da área da saúde. Foi coletado o máximo de pesquisas e estudos (primários) de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos.

*Os critérios de inclusão utilizados para a seleção dos artigos foram:

a) Periódicos nacionais provenientes da base de dados LILACS.

b) Com data de publicação originárias da última década (de 2000 a 2010). A data de publicação escolhida tem como motivo a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira como legislação, política efetiva e direcionamento prático (BRASIL, 2005).

c) Disponíveis em língua portuguesa.

d) Disponíveis na íntegra gratuitamente.

*Respeitado os devidos critérios excluiu-se os seguintes estudos:

a) Documentos oficiais ou programas do ministério da saúde, bem como monografias, dissertação de mestrado ou teses de doutorado.

b) Como alguns transtornos mentais possuem políticas públicas diferenciadas e/ou por vezes evidência social destacada acaba por alterar a forma de lidar e fazer atendimento em saúde. Buscou-se assim incluir estudos com a maior abrangência de atendimento populacional possível, evitando a discriminação de atendimento de outras psicopatias conferindo assim a exclusão dos artigos que se referiam a atendimentos em saúde à transtornos psiquiátricos específicos ex: esquizofrenia, usuários de crack, depressão, etc.

Os descritores (DECS) e seus respectivos refinamentos originaram uma amostra de 483 artigos preliminares conforme o quadro à seguir:

DECS*	NÚMERO DE ARTIGOS PRÉ-SELECIONADOS
<i>Saúde Mental e Serviços de Saúde Mental</i> Refinamento do Assunto: <i>Atenção Primária à saúde</i> ou <i>Reforma dos serviços</i> ou <i>Saúde Mental</i> ou <i>Desinstitucionalização</i> .	320
<i>Saúde Mental e Programa Saúde da Família</i> Refinamento do Assunto: <i>Saúde Mental</i> ou <i>Atenção Básica</i> .	66
<i>Saúde Mental e Atenção Básica</i> Refinamento do Assunto: <i>Saúde Mental</i> ou <i>Desinstitucionalização</i> .	97

*Os DECS foram combinados através do operador booleando AND.

A seleção dos artigos ocorreu entre o período de 12/12/2010 a 10/01/2011.

4.1.3 Terceira etapa: Seleção dos Dados

A seleção dos artigos que compuseram este estudo se deu através de uma análise crítica de leitura. Os artigos selecionados deveriam responder a questão norteadora e estar dentro dos critérios de coleta dos dados e da proposta deste estudo. Os mesmos são

apresentados segundo o modelo do **APÊNDICE A - Apresentação dos artigos**. O quadro a seguir mostra a origem dos estudos dos estudos selecionados:

DECS*	NÚMERO DE ARTIGOS PRÉ-SELECIONADOS	NÚMERO DE ARTIGOS SELECIONADOS
<p><i>Saúde Mental e Serviços de Saúde Mental</i></p> <p>Refinamento do Assunto: <i>Atenção Primária à saúde</i> ou <i>Reforma dos serviços</i> ou <i>Saúde Mental</i> ou <i>Desinstitucionalização</i>.</p>	320	<u>9</u>
<p><i>Saúde Mental e Programa Saúde da Família</i></p> <p>Refinamento do Assunto: <i>Saúde Mental</i> ou <i>Atenção Básica</i>.</p>	66	<u>10</u>
<p><i>Saúde Mental e Atenção Básica</i></p> <p>Refinamento do Assunto: <i>Saúde Mental</i> ou <i>Desinstitucionalização</i>.</p>	97	<u>4</u>

*Os DECS foram combinados através do operador booleando AND.

4.1.4 Quarta etapa: Análise dos Dados

Para análise e posterior síntese dos artigos selecionados foi utilizado um quadro sinóptico construído especificamente para este estudo. Os seguintes aspectos foram contemplados: Título do artigo - Autores – Objetivos/Tipo de estudo – Resultado/Conclusões do estudo – Recomendações/Propostas/Considerações finais do autor. O quadro sinóptico deste estudo é apresentado no **APÊNDICE B - Quadro 1. Quadro sinóptico de análise dos estudos**. Este quadro possibilita agrupar os estudos selecionados e assim ampliar a possibilidade de perceber similaridades dos discursos de resultados e/ou objetivos entre os artigos bem como as diferenças entre eles.

Os estudos possuem publicações entre 2004 e 2010 sendo a maior parte deles (oito) datados de 2009. A amostra é composta por 2 estudos de caso, 1 estudo quantitativo e qualitativo, 13 estudos qualitativos, 5 revisões bibliográficas e 2 relatos de experiência.

4.1.5 Apresentação dos Resultados

A apresentação dos resultados foi feita através do quadro: **5.1 Quadro sinóptico de apresentação dos resultados**, a sua respectiva discussão foi feita de forma descritiva com títulos formados com base nos agrupamentos oriundos das propostas, sugestões ou ações referidas nos estudos entitulado: **5.2 Análise dos resultados**. A apresentação do quadro e dos dados está presente no capítulo: **5 Apresentação dos resultados**.

4.1.6 Aspectos Éticos

O seguinte estudo leva em consideração os aspectos éticos de seguridade e autenticidade das informações adquiridas de resumos, estudos, livros e artigos. O projeto passou pela Comissão de Pesquisa (Compesq) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5 Apresentação dos Resultados

5.1 Quadro sinóptico de apresentação dos resultados

Código do Estudo	Ações, propostas e estratégias relacionadas à:
E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E22, E23	Integração e melhora dos serviços de atenção básica de saúde no atendimento em saúde mental ou inseri-los na rede de atendimento em saúde mental.
E1, E3, E4, E10, E14, E15, E23,	Apoio técnico e específico, suporte especializado. Matriciamento
E1, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E22, E23	Formação adequada, capacitação e/ou educação permanente.
E1, E2, E4, E6, E10, E14, E19, E21, E23	Melhorar a articulação entre os serviços
E1, E5, E6, E9, E12, E14, E17, E19, E20, E23	Maior investimento político administrativo. Ampliação dos recursos.
E5, E9, E12, E13	Diminuir o preconceito
E9, E11, E13, E12, E18, E20	Participação da comunidade
E2, E4, E10, E13, E14, E17, E20, E23	Estabelecer vínculos de profissionais com a comunidade afim de, aproximar o profissional do paciente que está sendo tratado ou da sua realidade
E2, E9, E10 E12, E14, E15, E23	Adequação ou melhora na rede especializada ou formação de seus profissionais

5.2 Análise dos resultados

A apresentação dos resultados está dividida em subitens denominados eixos teóricos. Será apresentada precedida do título: Ações, propostas e estratégias relacionadas à...(e a seguir o eixo teórico).

5.2.1 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Integração e melhora dos serviços de atenção básica de saúde no atendimento em saúde mental ou inseri-los na rede de atendimento em saúde mental.

Todos os artigos da amostra selecionada de algum modo mencionam trabalho com participação mútua ou conjunta dos serviços de atenção básica de saúde na assistência em saúde mental. As diferenças estão nas relações desejadas entre eles e a inclusão ou exclusão de práticas ou serviços. Na maioria dos artigos (E1, E2, E3, E5, E7, E8, E9, E10, E11, E13, E14, E15, E17, E19, E20, E21, E22, E23), 18 dos 23 artigos presentes no estudo (em torno de 78,26%), a parceria com a rede básica é citada ou exigida se mostrando indispensável sua consolidação ou existência para que se atinja a excelência desejada no atendimento em saúde mental estando em conformidade com os atuais princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

O estudo E9 considera que atualmente as relações de Saúde Mental são feitas entre os CAPS e os ambulatórios de saúde mental, e destes dois com a Atenção Básica. Tal citação já coloca os serviços de Atenção Básica como parte da rede de saúde mental. O que o autor acredita ser necessário é a mudança das relações existentes entre esses serviços que tem impedido o desenvolvimento da prestação de serviço adequada.

Encontramos discurso próximo em E15 quando afirma que a atenção básica precisa ser também a porta de entrada do atendimento em saúde mental e que esse acontecimento aproxima o apoio em saúde mental da busca do atendimento integral em saúde tão preconizado nas diretrizes atuais. O artigo assume que na rede básica tem sido crescente a demanda pela atenção aos transtornos psíquicos e que estas ocorrem através de queixas somáticas e “nervosas”. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde de 2001 os transtornos mentais respondem por 12% da carga mundial de doenças. No Brasil 3% da população apresenta transtornos mentais severos necessitando de cuidados intensivos e contínuos, 9% têm transtornos mentais leves e de 6 a 8% apresentam problemas recorrentes do uso de álcool e drogas segundo os dados do Ministério da Saúde de 2003 (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008). A aproximação com a rede básica de atenção em saúde se constituiu numa realidade ao observarmos que 56% das equipes de PSF realizam “alguma” ação em Saúde

Mental. Isto já constitui a Atenção Básica na porta de entrada de todos os atendimentos inclusive na rede de saúde mental. Ao percebermos que essa demanda de saúde mental existe na rede de saúde primária é preciso então intervir de modo a garantir atendimento ampliado e resolutivo.

Os discursos e teses nos estudos E1, E13, E17 defendem a tese de que é hora de inserir a Saúde Mental no Programa de Saúde da família (PSF), dando a entender a relevância desta soma, que ainda não existe “oficialmente”, ou só acontece forçosamente, ou ainda que está seria uma existência presente em discurso formal mas ainda pouco realista. Para estes autores de fato a articulação está prejudicada entre esses serviços da rede de Atenção Básica com a rede de Atenção Psicossocial o que não constitui trabalho mútuo ou integrado.

O artigo E3 é construído descrevendo os impasses e desafios dos PSF no atendimento em saúde mental e o mesmo denuncia a dificuldade dos profissionais dos PSFs em identificar os signos do sofrimento mental que é algo mais amplo do que o diagnóstico psiquiátrico a ser detectado. Esta hipótese diagnóstica (assim denominada pelo artigo que busca um conceito mais ampliado sobre o sofrimento psíquico) e o tratamento conferido possuem falhas por recorrer aos velhos formulismos da saúde mental tradicionalista. Também fica evidente a presença de alguns preconceitos tanto na prática quanto na fala dos profissionais dos locais estudados. No artigo o sofrimento psíquico tinha recebido várias nomeações e perdeu a unanimidade de entendimento do discurso, do entendimento das causas, do diagnóstico e do tratamento. Por fim o autor defende que a capacitação em saúde mental poderia sanar o problema porque visaria nivelar o conhecimento da equipe ou pelo menos muni-los de fundamentos básicos dos saberes em saúde mental capacitando-os para atender em saúde mental. O artigo ainda interpela que o vínculo entre serviço e comunidade pode muitas vezes estar distante e que o tipo de atendimento proposto pelo governo não está sendo garantido pelo nível de atenção preconizado. Segundo o artigo mesmo com todas as dificuldades os serviços da atenção primária em saúde não se eximem de atuar e atender a demanda em saúde mental se constituindo no primeiro passo para um trabalho múltiplo. O artigo conclui que é necessário um apoio especializado de uma equipe ou supervisor (matriciamento como alguns autores chamam) para os PSFs lidarem com suas limitações de saber e experiência de trabalho. A idéia aqui parece ser uma homogeneidade dos conhecimentos e práticas para desenvolver o atendimento segundo o modo existente nas redes especializadas. Neste caso o autor refere que o apoio especializado viria para instruir e preparar os serviços de rede básica. Começa a surgir aqui a concepção de colaboração mútua ao percebermos que há o desejo de

nivelamento dos saberes dos profissionais e ao acreditar que rede básica e especializada podem desenvolver ações conjuntas.

Para E1, E3, E11, E20 importância de compreender o atendimento em saúde mental qualifica não somente os serviços de atenção primária para os cuidados e intervenções básicas em saúde mental, mas também os prepara para as tarefas de acompanhamento da evolução dos pacientes após atendimentos na rede especializada (uma ação de continuidade e supervisão) e também na melhora da comunicação formal e informal entre os serviços (destaque aos registros oficiais em prontuário ainda muito parcos). Não encontramos nestes discursos uma visão onde a colaboração é mútua, mas sim a “necessidade” da Atenção Básica de melhorar seu nível de atendimento para não prejudicar os serviços especializados ou para facilitar a atuação dos mesmos. A concepção de trabalho aqui defendida é a garantia da orientação e diretrizes hierárquicas onde os serviços de “maior complexidade” instruem os de menor. Parece haver um discurso de hegemonias e permanência do saber tradicional ainda que não seja mencionado abertamente tal concepção.

Podemos dizer que as propostas que avançam para a integralidade da saúde mental está nos artigos E5, E6, E8, E10, E12, E18, E23. Neles o discurso é de um modelo de atendimento horizontal e transversal sendo necessário dois acontecimentos: o primeiro seria o fato das equipes de atendimento primário assumir seu papel na rede de apoio psicossocial e munir-se de saberes e recursos para lidar com a demanda que se apresenta para eles. A segunda seria a necessidade das equipes especializadas incluírem os saberes das equipes básicas na sua atuação e assim modificar suas intervenções de acordo com a realidade das equipes de referência e da comunidade ao qual pertencem. Se a luta da integralidade em saúde mental busca a subjetividade do cliente é de suma importância que a interdisciplinariedade surja não somente entre os profissionais das instituições especializadas em saúde mental como também seja ampliada para todo o profissional de saúde que acabam por envolver-se neste trabalho e entre os serviços ao qual constituem.

O estudo E15 parece avançar para a concepção de saúde mental para um modelo extremamente inovador e tão ampliado que acredita não existir papéis definidos nem locais apropriados para o atendimento em saúde mental (desconstrói assim a idéia de serviços especializados ou de maior ou menor complexidade) porque isso teria que ser definido por uma série de fatos e possibilidades onde caso a caso o profissional poderia assumir diferentes papéis e, portanto intervir de diversas maneiras. Para que isso se constitua numa realidade o autor do estudo acredita ser necessário mudar totalmente a lógica de pensar e interagir dos serviços e seus profissionais para que possa assim avançar na “verdadeira união” dos serviços.

E18 relembra que já avançamos para um trabalho multidisciplinar, mas que ainda não é interdisciplinar. Ele destaca que a multidisciplinaridade é empregada quando a solução de um problema surge da interação de conhecimento de duas ou mais ciências. Já a interdisciplinaridade é o nível de interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência com certa reciprocidade no intercâmbio. Exemplifica-se tal concepção ao perceber que atualmente o psicólogo atende, após o mesmo encaminha para o psiquiatra ou ainda para as oficinas que normalmente são conduzidas por enfermeiros ou outros profissionais (que já assumem um papel secundário que depende da decisão do primeiro profissional – hierarquizado), ou ainda, o encaminhamento pode ser feito diretamente para outros serviços, tudo isso sem que haja qualquer tipo de troca entre os profissionais sobre as decisões e abordagens específicas para cada paciente apenas reproduzindo a mesma palestra ou oficina para todos os pacientes que ali estiverem. Para o estudo tudo é feito de modo individualizado onde cada um fazendo sua tarefa garante o atendimento “mútuo”, mas que segue linhas pré-determinadas sem mudar nada diante do indivíduo que será atendido e seguindo uma lógica pouco ou nada interdisciplinar voltado para um modelo capitalista de divisão do trabalho altamente especializado e hierarquizado.

E8 no seu artigo destaca como principal limite a ser modificado a lógica do pensamento ainda institucional ou de sua forte influência que permanece no saber ainda biomédico de diagnóstico e tratamento. O discurso carregado de esperança, mas com várias ressalvas afirma que a principal possibilidade ao inserir os serviços de atenção básica de saúde na rede de saúde mental está na efetivação do modelo tão sonhado pela Reforma Psiquiátrica construindo um processo de trabalho a partir da crítica da realidade tornando a lógica de trabalho mais próxima da concepção de integralidade.

O autor do estudo E20 menciona que somente com a integração real da Atenção Básica na rede é que podemos mudar esse paradigma da centralização e superlotação dos equipamentos especializados (secundários e terciários), a baixa resolutividade e a cronificação das doenças que se prendem em locais e modelos disformes em distribuição e presos a concepções a serem superadas. É preciso considerar a ESF um dispositivo de atenção para alcançar a objetivada Reforma Psiquiátrica com capacidade de promover mudanças culturais e sociais em relação à doença psiquiátrica e seu tratamento (SOUZA, 2006). Um saber ético preocupa-se com a singularidade, igualdade, harmonias e conflitos de cada caso e é isso que precisamos desenvolver para atingir a integralidade em saúde mental (WALDMAN, ELSÉN, 2005).

Para E4 esta reformulação deve iniciar individualmente em cada serviço sendo iniciada com a participação de todos os profissionais nas reuniões de equipe e nas decisões de formas de trabalho tanto na atenção básica quanto nas instituições de saúde mental. E1 na sua teoria da Atenção Básica se beneficiando do apoio dos serviços de referência destaca a necessidade da Atenção Básica desenvolver um olhar abrangente nas dimensões física, mental e social e que somente isso tornará as equipes básicas mais aptas ao enfrentamento das situações que se apresentam, constituindo assim a excelência da rede idealizada pelos preceitos da Reforma Psiquiátrica. É claro que os serviços de atenção primária necessitam modificação nos processos básicos de trabalho para trabalhar em saúde mental. Há falta de registros nos prontuários dos casos de sofrimento mental, existe o sentimento de impotência ou medo de atuar frente uma situação de risco de transtornos mentais (situações de violência, dependência de drogas, abuso de álcool, entre outros) e o desconhecimento para identificar atuar com os pacientes com algum tipo de transtorno são comuns (TANAKA, RIBEIRO, 2009 & JUCA, NUNES E BARRETO, 2009). Mas só esses reparos na rede básica não garantem a excelência do atendimento. Os serviços de atenção especializada continuam mantendo a divisão social do trabalho que tem gerado hierarquização das relações na qual o saber médico é imperativo, evidenciado em momentos que a consulta com o psiquiatra ou psicólogo são considerados por muitos a prioridade, enquanto que os grupos de orientação coordenados por enfermeiras e assistentes sociais ficam à margem da demanda dos indivíduos com cuidado de “maior complexidade” deste modo a hegemonia da exclusão, do trabalho medicalizante, da hierarquização do trabalho nada subjetivo e tão pouco inovador irá permanecer, além da permanência da lógica de trabalho desconexa e baseada na predileção e vontade de cada equipe (YASUI, COSTA-ROSA, 2008).

A permanência da micropolítica hegemônica do saber biomédico citado pelo estudo E9 aponta com precisão as falhas do processo de atendimento de quem está em sofrimento psíquico mesmo nas unidades especializadas (CAPS). Os discursos e processos de trabalho ainda se mostram deficientes e preconceituosos como nestes exemplos citados pelos entrevistados do artigo: “Um sujeito em crise se recusa a ir para uma instituição sobre pretexto de que lá é local de louco.”; “Família quer internar o filho? Pois que interne!”; “Morador de rua em surto? Isso é problema da Assistência social”; “O usuário em crise no serviço? Chama o psiquiatra para medicar!”; “Usuário em crise no meio da rua? Chama a polícia!”. O problema se agrava com os discursos inconscientes da própria equipe que infantilizam o usuário visando apenas sua correção e educação: “Quem não se comportar direito não ganha ovinho de Páscoa.”; “Que gracinha, nem parece que são doentes mentais.”

Tais situações e discursos mostram que quando se trata do tratamento em saúde mental urge modificações socioculturais enraizadas no modelo manicomial em toda a sociedade sendo todos afetados pelo imaginário do doente psiquiátrico como alienado legitimando assim o pensar de sua marginalização e da atuação da equipe profissional se pautar na sua repressão moral.

É preciso lembrar que esta lógica é um processo “instintivo” que tem como intuito praticar o melhor conhecimento existente, porém é do comprometimento teórico na atenção psicossocial tradicional que surgiu o cuidado medicalizante sem grande capacidade resolutiva visando apenas a diminuição das internações psiquiátricas (LUZIO, L’ABBATE, 2009). A visão de trabalho em atenção psicossocial baseado no modelo biomédico de pensar-agir norteou o tratamento dirigido pelos profissionais para os pacientes com algum tipo de transtorno psíquico, algo que tornou o cuidado profundamente excludente e desintegrado alimentando preconceitos até hoje sentidos (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008 & NUNES, JUCA, VALENTIM, 2007).

E22 relembra que a nova proposta de pensar saúde mental (a integralidade da Reforma Psiquiátrica) é favorável e muito próxima da proposta da Atenção Básica. Ambos os serviços desejam uma prática mais voltada ao atendimento do paciente em sua comunidade se inserindo na sua realidade. Porém tanto a rede especializada em saúde mental quanto os serviços de atenção básica de saúde atualmente adotam na maior parte do tempo ações voltadas apenas à queixa clínica, portanto seu processo de trabalho é embasado numa lógica curativa evidenciando a dificuldade de abandono do pensar-agir que considera o cliente um conjunto de sintomas e causas a serem tratadas (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

Diante de estudos com diferença temporal máxima de 7 anos surge a pergunta de como poder haver tantas realidades ou entendimentos diferentes a cerca do mesmo período histórico-social que vivemos no cuidado em saúde mental? Estaríamos vivendo sobre o modelo da Reforma Psiquiátrica ou ainda no modelo tradicional institucionalizante?

O autor do estudo E10 acredita que vivemos num período de transição. O artigo descreve que nosso atual período histórico de atenção em saúde mental ainda sofre a presença ampla dos velhos preceitos, em contrapartida os preceitos vanguardistas da clínica do sujeito passaram a existir, mas ainda não predominam. E22 mostra mesma visão ao informar que o momento é de construção, porém enfatiza que todo o momento é um momento de construção e reconstrução.

Para E18 essa mistura do conceito vanguardista (Reforma Psiquiátrica) com o modelo tradicional (biomédico) está resultando em problemas. Para ele há consciência de uma prática mais humanizada, mas esta por vezes recorre a chavões conhecidos como: liberdade do doente mental, humanização do tratamento e combate a repressão, algo muito cativante na teoria e que na prática vêm encontrando ações repetitivas, mecânicas, fechadas em rotinas de consultórios com entrevistas rápidas e superficiais, sendo estas não tão subjetivas e deste modo distante da integralidade da saúde. Os profissionais se defendem responsabilizando os limites de uma participação mais abrangente devido à hierarquia profissional existente, normas institucionais e modelos de trabalho ainda muito repressivos. O mesmo artigo menciona entre outros problemas as seguintes falhas no modelo atual: uso abusivo de fármacos, reprodução da lógica marginalizante, tendência a reproduzir a lógica de abandono e de institucionalização no processo de trabalho e os limites das tecnologias médico-psiquiátricas baseados nos ideais psicológicos e de reabilitação tradicional.

Também existem discursos mais positivos quanto à realidade histórico-social atual e a perspectiva da soma dos serviços de saúde mental com os serviços da saúde coletiva. No artigo E5 há credulidade que da inclusão do trabalho em saúde mental somar-se a lógica da saúde coletiva vem surgindo uma consciência de abordagens mais voltadas ao coletivo e não somente ao indivíduo. Tais mudanças nas práticas políticas e associativas deverão assim conduzir a atenção em saúde mental a uma consciência sanitária mais alargada acabando por aproximar-se de uma leitura menos individualizada da realidade médica, tanto na gênese quanto na solução das práticas de saúde, devido ao fato de estarem sobre a influência do ideário da medicina social. É desta perspectiva que surge um ponto de confluência com os ideais presentes em um dos movimentos que inspiram fortemente a Reforma Psiquiátrica Brasileira - a prática subjetiva de fazer saúde (NUNES, JUCA, VALENTIM, 2007).

Para NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009 a construção da rede integral de atenção em saúde mental deve incorporar e debater conceitos e referências de universalidade, integralidade da atenção, equidade, referência e contra-referência, participação popular, horizontalidade do sistema, habilitação social, inserção social e a perspectiva da convivência dos diferentes. Para que tais concepções existam estes autores defendem que é necessário o envolvimento de todos os níveis de atenção em saúde, desde os serviços de atenção básica em saúde até os serviços especializados de saúde.

5.2.2 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Apoio técnico e específico; Suporte especializado; Matriciamento

O apoio matricial se configura como suporte técnico especializado ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde potencializando sua área de atuação e capacidade de resolução ou prevenção dos problemas de saúde mental (FIGUEIREDO, CAMPOS, 2008). O Ministério da Saúde ao implantar o apoio matricial para as equipes de PSF possibilita subsídios viáveis de trabalho concretizando efetividade nas ações em saúde mental (TANAKA, RIBEIRO, 2009). A falta de apoio das equipes especializadas se configurou em queixa de 30% dos artigos analisados sendo eles: E1, E3, E4, E10, E14, E15, E23. Todos estes artigos mencionaram a necessidade do suporte especializado, principalmente pela deficiência ou dificuldade das equipes de atenção básica em lidar com situações de cuidado em saúde mental (falta de recurso, falta de conhecimento, não percepção do seu papel no cuidado), mas a alguns ainda destacam os ganhos também para os “matriciadores” e não somente para os “matriciados” porque acreditam numa parceria no processo de trabalho tornando-o mais subjetivo e inovador (E4, E10, E14, E15, E23).

É importante compreender que o apoio matricial surge da existência real e legal deste modo de intervir e não dependendo de “favores” ou “ações esporádicas e/ou altruísta” de certas equipes e/ou profissionais. Está prática de suporte especializado também difere da união, integração ou soma de serviços na rede de saúde mental, pois isto se caracteriza na inclusão ou integração dos serviços algo já descrito no capítulo anterior. Por fim, o matriciamento é um modelo de trabalho específico necessitando ser regulamentado e politicamente regularizado não sendo também meramente uma relação dos serviços (que será descrito no capítulo mais a frente intitulado: 5.2.4 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Melhora na articulação entre os serviços).

E1, E23 são enfáticos em seus discursos explicitando as dificuldades da rede “não especializada” (peculiarmente na atenção básica) em trabalhar questões em saúde mental necessitando assim um suporte especializado, uma alternativa eficaz, capaz de apoiar, preparar e suprir as carências de recursos e conhecimento destes locais.

Para E1 as principais diretrizes para construir uma rede eficiente de apoio em saúde mental com participação da atenção primária dependem de: apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF, priorização de saúde mental na formação das equipes da atenção básica e ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica. O estudo aponta que pediatras que atuam na Atenção Básica apresentam baixa sensibilidade para reconhecer problemas de saúde mental em crianças sendo incapazes de reconhecer

diagnósticos ou situações de risco para desenvolver transtornos ansiosos ou depressivos o que explicita a necessidade de profissionais preparados para supervisioná-los.

Onde E23 difere de E1 é exatamente ao mencionar as dificuldades do CAPS em trabalhar construindo o matriciamento (o contraponto das dificuldades de construir apoio matricial na realidade dos serviços especializados). Para ele é necessário que os profissionais tenham uma visão ampla do processo saúde-doença, de compreender o lugar da rede básica, de contribuir para as discussões dos serviços e de colocar sua experiência e conhecimento a serviço da saúde mental. Além disso, E23 nos lembra que o matriciamento não visa trazer conhecimento apenas para as equipes da Atenção Básica, mas também para a própria Rede Especializada visto que esta carece de saberes de infra-estrutura que rodeiam sua clientela, bem como as condições familiares e os recursos da comunidade disponíveis para executar o tratamento, o que implicaria em propostas terapêuticas mais reais e resolutivas. Ainda num discurso de colaboração mútua E15 e E17 assumem a necessidade da soma de outros serviços de saúde à rede de saúde mental, mas condicionam que todos os profissionais precisam saber e possam trabalhar em conjunto.

Já E1 e E3 acreditam no apoio matricial deve estar voltado a transmissão dos conhecimentos já existentes em saúde mental, não é discutido e provavelmente não há necessidade de ser renovado ou transformado, ou seja, possivelmente os autores só encontraram problemas na rede de atenção psicossocial justamente onde os serviços especializados não estão intervêm com seu saber-agir, ou seja, na saúde primária falta os profissionais da rede especializada em saúde mental.

O apoio matricial de saúde mental não tem a pretensão e nem deve focar na identificação diagnóstica ou propostas terapêuticas já pré-estabelecidas voltadas ao saber biomédico, mas sim no reconhecimento do sofrimento psíquico, suas possíveis causas, os riscos, o manejo de pacientes em surto, o apoio e preparo das famílias e comunidades para enfrentamento e inclusão do mesmo, como e para onde fazer os encaminhamentos, o registro de cada caso e por fim na criação de uma rede interdisciplinar de trabalho mútuo e não somente sobre a sombra do conhecimento hegemônico legitimando uma nova concepção em saúde mental (JUCA, NUNES, BARRETO, 2009). E15 propõem que do apoio matriciado surjam reformas estruturais para produzir saúde com maior grau de resolutividade para ambos os serviços. Para ele a equipe de referência acompanha e intervêm na sua comunidade se responsabilizando pelo planejamento terapêutico e assim promovendo o vínculo e tratamento. O matriciamento trabalharia agenciando e instrumentalizando (direciona e não dirige) esta equipe de referência e deste modo todos estariam assumindo seus papéis nesta rede de

atendimento onde não existe uma equipe apenas para executar o que a outra comanda, mas que fazem isso em concordância e entendimento mútuo surgindo uma nova lógica de trabalho.

Através dos múltiplos discursos pertencentes aos estudos aqui evidenciados pode-se concluir que para garantir a existência do matriciamento é necessário criar condições propícias para tal finalidade e que da sua concretização surja novas concepções de pensar-agir que devem ir ao encontro da integralidade da saúde, do contrário, o matriciamento fundamentando-se em conceitos de hierarquização profissional e na lógica medicalizante-institucional (descendentes do saber ainda hegemônico tradicionalista) surgirá apenas a legitimação do conceito biomédico uma vez que cria-se assim a ampliação do acesso ao atendimento de saúde mental mas em contrapartida a reprodução da lógica e concepção de trabalho acaba se distanciando da integralidade que tem como compromisso romper as barreiras da hospitalização, medicalização, isolamento e perda de autonomia do paciente (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

5.2.3 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Formação adequada, capacitação e/ou educação permanente.

Podemos iniciar este eixo de discussão com a ideologia de E10 no qual ele refere que o Ministério da Saúde definiu seu atendimento na demanda espontânea assumindo um papel eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, instituído em redes hierarquizadas por complexidade e que vem apresentando baixa resolutividade. A equipe neste processo não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade. A reprodução deste modelo não acarretará respostas satisfatórias de modos de atenção como já se evidencia, porque acredita ser este um modelo ultrapassado. Com formação e capacitação dentro dessas concepções fica muito difícil de adquirir bons resultados sendo necessário “capacitar” tanto as equipes de ESF quanto a dos novos serviços de saúde mental para um pensar e agir com foco na Atenção Psicossocial sem recorrer as “velhas” estruturas.

Para dezessete dos vinte e três artigos analisados (E1, E3, E4, E5, E8, E9, E10, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E20, E22, E23) a má formação e/ou falta de capacitação para lidar com questões em saúde mental foi mencionado como o principal problema na reprodução de um modelo defasado de trabalho e que tanto dificulta a prestação de serviço mais eficiente em saúde mental. A falha na formação profissional e/ou a falta de capacitação para lidar com as questões em saúde mental é um dos problemas que colabora no mau atendimento ao portador de transtorno psíquico prestado pelos profissionais de saúde.

Para E1 é o despreparo ou falta de conhecimento que repercute exatamente na dificuldade do profissional da equipe básica se assumir como parte do recurso de apoio da rede em saúde mental, nascendo então a problemática em se perceber como recurso resolutivo ou de importância, que o artigo nomeia como “sensação de incapacidade técnica de intervir” mencionada pelos próprios profissionais do estudo. E22 completa: É preciso sensibilizar as equipes de atenção básica sobre seu papel na atenção em saúde mental, sendo necessário para isso que seus profissionais estejam devidamente qualificados. É por isso que na ausência de uma formação eficiente é mister corrigir esta deficiência com capacitação adequada. No artigo é destacado o papel dos profissionais médicos e enfermeiros de PSF, por estes terem posição destacada na coordenação e direcionamento das ações profissionais destas equipes necessitando assim que os mesmos aprofundem seus conhecimentos técnicos e científicos acerca das práticas em saúde mental.

E16 que no seu estudo faz análises sobre a “mentalidade” dos profissionais especializados no atendimento em saúde mental enfatiza que o projeto terapêutico futuro terá que influir na educação e formação profissional preparando o profissional da rede de Saúde Mental para promover processos de saber-fazer mais integrados e interativos apoiados na interdisciplinariedade.

No estudo E9 o autor acredita que um dos principais instrumentos para expandir e consolidar a Reforma Psiquiátrica é a formação permanente dos profissionais. Para o estudo os processos de trabalho foram moldados e compartimentalizados em modelos hegemônicos em si, sem qualquer articulação com outro conhecimento. O resultado é que nenhum profissional, salvo exceções, está preparado para trabalhar subjetividades no tratamento de sua clientela e tão pouco construir conjuntamente saberes e práticas. Neste artigo o autor define que está nos saberes apoiados “dentro de si” (de cada profissão) a concretude das ações que impedem resoluções conjuntas e, portanto pouco subjetivas e realmente integradas. Os profissionais que entram no mercado não visualizam sua prática como deficiente porque não vem como problema sua ação que segundo seu aprendizado atinge excelência ao seguir modelos comprovadamente de sucesso, ou seja, seguindo tudo que foi ensinado na academia como pode haver falhas?

E2 numa análise histórico-social sobre a deficiência de formação em saúde mental, formula a tese na qual os docentes na sua maioria não tiveram a Reforma Psiquiátrica como parte do seu conhecimento e para muitos a Reforma nem se quer foi um período sociocultural vivido na graduação, dificultando muito que estes docentes possam transmitir com eficiência os novos preceitos de cuidado em saúde mental interdisciplinar. O autor vai além e afirma que

ainda que muitos tenham buscado atualização no saber se evidenciam preceitos e preconceitos antigos que repercutem na contradição do discurso e da prática. Tal fato é denominado como a superficialidade do conhecimento psiquiátrico reproduzido. O autor E4 também prevê mudanças na formação profissional e recomenda redefinir planos curriculares de várias profissões a fim de melhorar problemáticas relacionadas a processos deficientes de trabalho.

Num discurso também inovador e com bem menos representantes para apoiá-lo E18 expõem que os docentes universitários precisam preparar os acadêmicos para o trabalho interdisciplinar em saúde mental com as famílias. Segundo o estudo isso irá favorecer o crescimento do profissional e da ciência e também melhora as condições de cuidado da clientela atendida. É realmente interessante querer mudar o pensamento sobre a loucura também na sociedade comum e não somente nos meios profissionais. Trabalhar, estudar e imbricar-se nos recursos e tarefas da “sociedade comum” realmente seria um avanço para a desmistificação de que o louco não pode estar, fazer ou viver com(o) o restante da sociedade.

O artigo E13 lembra da responsabilidade político administrativa na formação e capacitação dos presentes e futuros profissionais. Porém enfatiza que os próprios profissionais com sua falta de iniciativa em buscar conhecimento e práticas adequados ao movimento da Reforma Psiquiátrica também possuem culpa. Os profissionais da atenção básica ainda estão em nível inferior devido a sua auto-exclusão do processo de cuidar em saúde mental. Esta é uma grande falha porque esta reprodução do trabalho esquece que sua profissão desempenha função e comprometimento com o outro em qualquer nível e tipo de saúde – inclusive em saúde mental. Sete dos dezessete artigos pertencentes a este capítulo (E1, E5, E9, E13, E14, E20, E23) acreditam que a responsabilidade de formação eficiente também depende de ações do poder político-administrativo.

É possível concluir a categoria empírica analisada com a idéia exposta em E20 que menciona uma parceria das Instituições de Ensino Superior e a Secretaria de Saúde para formar profissionais capazes de lidar com as realidades dos serviços de saúde e da sua clientela. É preciso nascer e se consolidar uma transformação do saber em saúde mental devendo incluir outros paradigmas que não permitam a fragmentação do cuidado, mas sim a sua amplitude. Assim o saber deve ser mais flexível e criativo somando-se ainda novas concepções que promovam ações e saberes que incluam a comunidade, a família, o meio ambiente, o contexto histórico-social e político do ser de forma a garantir que cada vez mais possamos nos aproximar da ação integral em saúde mental e fazer deste o modelo norteador do pensar-agir (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

5.2.4 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Melhorar a articulação entre os serviços.

Melhorar a articulação entre os serviços é um processo mútuo. A atenção em saúde deve englobar também a atenção em saúde mental e a rede especializada deve se utilizar do conhecimento, dos recursos e da participação das equipes, afim de, construir um processo mútuo e coletivo e não somente embasado na sua lógica de trabalho. O autor E15 confirma este discurso destacando que há casos que são comuns entre os serviços e situações importantes tanto para o CAPS quanto para a Atenção Básica e estes necessitam estar articulados para possibilitar ações diretas e indiretamente eficientes. Do ponto de vista da integralidade proposta pela Reforma Psiquiátrica, precisa nascer uma relação mútua e colaborativa entre os serviços e não de subordinação e dependência.

E4 destaca que ainda que muitos profissionais encaminhem uma demanda regular para os CAPS os próprios profissionais admitem desconhecer a função e o trabalho desenvolvido nestes locais atuando simplesmente com base em senso comum. Problemas como este destacam a desarticulação entre os serviços prejudicando a rede existente entre eles.

Mas afinal a atenção básica se insere onde neste processo? A rede especializada atua como? Como melhorar a articulação entre os serviços? Como surge o trabalho mútuo entre estes?

Segundo E10 e E15 pela sua característica de construir relações consistentes com a comunidade a rede básica é fundamental para dar as diretrizes dos recursos sociais disponíveis para tratamento de um paciente de sua área de referência. Para tanto é necessário apoio mútuo com as redes CAPS propiciando novas tecnologias e intervenções para ambos e assim tornando a fronteira dos serviços permeável.

Para E5 a rede básica não dispõe do conhecimento e dos recursos suficientes para atuar em saúde mental, já que a atenção em saúde mental se desenvolveu com uma especificidade de teorias, métodos e técnicas de compreensão e de abordagem ao sujeito, raramente incorporado pelas outras clínicas. Algo que agora precisa ser reparado. Precisaria então que o apoio matricial em primeiro momento mostre o que a rede psicossocial tem de conhecimento e forma de trabalho em contrapartida a rede básica mostraria como adequar alguns processos que não podem ter continuidade no seu serviço ou comunidade. Para o autor do artigo E5 o apoio matricial poderia fazer com que profissionais com formação especializada capacitem aqueles com formação generalista ou em saúde pública para aprenderem a lidar com as questões da demanda em saúde mental, em contrapartida, também receberiam uma reeducação sobre a “realidade” de seus processos e saberes adequando-os para a realidade dos serviços básicos e sua comunidade.

Em E10 observamos o descontentamento com o conhecimento da rede especializada no qual, os CAPS têm se fechado nas suas concretudes diagnósticas, de tratamento e processo e acabam por não inovar seu modo de pensar-agir no trabalho e limitam-se unicamente a repetição do processo de trabalho tradicional. É preciso adequar o tratamento, ou seja, individualizar o cuidado indo em favor do atendimento produtor de sociabilidade e subjetividade, trabalhando numa perspectiva antimanicomial que acima de tudo deve estabelecer vínculos entre sí. E23 diagnostica que os CAPS são os responsáveis por ordenar e articular o serviço em saúde mental, mas que os mesmos falham em desenvolver tal tarefa já que centralizam o cuidado invés de construí-lo conjuntamente. E15 afirma que é fundamental um novo processo visto que a rede básica possui informações e vínculo muito particulares sobre a realidade de cada paciente e da comunidade que o cerca, possibilitando às equipes especializadas conhecimento específico das possibilidades de cada indivíduo. Na verdade o que estes artigos apontam nestes trechos é a idéia que o apoio matricial ou a interação da Atenção Básica com a Rede Especializada deve retirar a Saúde Mental do campo das especialidades para o campo das redes de apoio rompendo com o sistema de referência e contra-referência, tendo como base uma nova teoria. Nesta teoria, a relação dos serviços é elevada para um ponto “mútuo-colobarodor”.

No artigo E5 o autor afirma que é preciso lembrar que a conjuntura de trabalho que se deseja visa que os profissionais da rede de saúde mental propiciem a não-hospitalização e intrumentalizem a rede básica para uma maior e melhor participação e ainda tendo que lidar com o manejo da demanda em situações que estão num outro nível de complexidade, é nesta proposta que nasce articulação entre os serviços e por conseqüência surge o trabalho mútuo resolutivo onde cada lócus assume seu papel com possibilidade de intervenções conjuntas.

A idéia apresentada pelo parágrafo anterior com base de um trecho do artigo E5 apresenta as expressões: “não-hospitalização”, “colaboradores”, “apoio mais amplo da rede básica”, “trabalho mútuo”, “possibilidade de intervenções conjuntas” e “nasce a articulação dos serviços” que expressam idéias de trabalho integrado e propostas em conformidade a Reforma Psiquiátrica. No entanto encontramos também as expressões: “outro nível de complexidade” e “cada lócus assume seu papel” demonstrando a idéia de divisão de trabalho (um pressuposto capitalista de trabalho) e que em certo modo rompe com parte dos preceitos da Reforma de inclusão e interdisciplinaridade. Não há aqui uma idéia contraditória em si e tão pouco em desconformidade com a nova ordem em saúde mental. O que observamos é um contexto flexível da realidade que não poderia abarcar todos os preceitos e diretrizes existentes na proposta de Reforma Psiquiátrica que é utópica neste momento histórico.

Ao propor a idéia de articular serviços de saúde com outras parcelas da sociedade o artigo E10 especula que o vínculo entre os serviços e destes com a sociedade poderia gerar maior “tolerância” as diferenças, maior confiança e ampliar as redes de solidariedade entre moradores de um determinado local, contribuindo para mudanças culturais sobre a loucura.

A verdade é que em se consolidando a integração da atenção básica de saúde a rede de saúde mental e avaliando a interação dos serviços da rede especializada de apoio ao portador de transtorno psíquico é preciso ser melhorada algumas relações entre as partes para que esta atinja o patamar de ser considerada articulada e assim melhorar a relação entre os serviços cada vez mais. Esta visão possibilita que cada vez mais personagens possam ser incluídos e considerados passíveis de integrar-se e influir na rede de apoio psicossocial.

5.2.5 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Maior investimento político-administrativo; Ampliação dos recursos

A mudança de atitude dos profissionais, o aprimoramento na formação e capacitação profissional, e outras estâncias que auxiliam na construção deste cuidado em saúde mental renovado dependem de outros profissionais de trabalho – os gestores. Reivindicam-se planos de cargos e salários melhores, isonomia salarial e avaliação dos trabalhadores (produtividade ou outras formas), participação dos gestores nas decisões clínicas e no projeto terapêutico individual (PTI), garantir a continuidade do cuidado nos finais de semana e madrugadas em CAPS, entre outros deejos que estão acima das possibilidades e capacidades dos profissionais dependendo da mobilização de gestores político-administrativos (CAMPOS, 2009).

Os seguintes artigos (E1, E5, E9, E12, E14, E20, E23) mencionam por diversas vezes a necessidade de mudanças político-administrativas para melhorar os resultados e processos de trabalho em saúde mental. Os gestores são colaboradores nos processos de trabalho e na modificação das concepções do pensar-agir, além de serem os principais atores na reestruturação física e na disponibilidade de recursos das instituições.

E14 faz uma comparação do trabalho resolutivo em saúde mental de um PSF em relação com o trabalho de pouco sucesso de outro. Um dos PSFs do estudo apresentou diversas falhas no apoio em saúde mental segundo avaliação dos próprios profissionais. Entre os problemas evidenciados foi apresentado: o pouco investimento de trabalhadores e gestores; a falha no sistema formador da mudança de modelo de assistência; a precariedade de recursos físicos e materiais e a problemática da rede. Quando mencionado o sucesso da outra equipe PSF destacou-se: o investimento municipal, ainda que tímido; a participação dos gestores e profissionais na busca da integração dos serviços que repercutiram favoravelmente na

instrumentalização do sistema e do cuidado do PSF ao portador de transtorno mental. As ações conjuntas dos gestores dos serviços PSF, CAPS, ambulatorios de saúde mental e das políticas municipais em saúde criaram o facilitadores para a equipe PSF propiciando o apoio matricial, os cursos de capacitação em saúde mental e as reorientações de modelos de trabalho que resultaram na melhora e ampliação do serviço PSF para atender portadores de transtornos psiquiátricos.

No estudo E20 é denunciado que no interior de São Paulo, mais precisamente em São José do Rio Preto, as condições oferecidas pelos serviços públicos para avaliação e tratamento em Saúde Mental necessitam de reestruturação facilmente evidenciada por equipamentos com baixa resolutividade ou em condições deficientes para trabalho. Os recursos escassos, em más condições ou centralizados são realidades mais comuns do que se desejam. Exige-se dos gestores a implementação das políticas públicas eficientes em acordo com esta lógica de inclusão da Atenção Básica na saúde mental, disponibilizando recursos, instrumentos específicos, mão de obra qualificada e estímulo político e administrativo para desenvolver um trabalho integrado e resolutivo (RIBEIRO, RIBEIRO, OLIVEIRA, 2008).

Podemos também interpelar aspectos sobre os gestores da rede especializada. O que se exige destes gestores é a possibilidade para desenvolver o projeto pedagógico de auxílio e capacitação aos demais profissionais, concebendo ainda a mudança de suas concretudes ideológicas e por fim ter sensibilidade nas reivindicações de carreira há muito desejadas pelos profissionais desta área, como explicitam os artigos E9, E20 e E23.

E11 enfatiza muito bem a responsabilidade político administrativa referindo que a condição mais necessária para a produção da excelência do cuidado em saúde mental envolve a forma de pensar e gerir os serviços. Em E23 a frase: “tudo se resume a vontade política” é conclusiva. O papel dos políticos na formulação de políticas em saúde mental é fundamental para a mudança da lógica institucional e também são eles os responsáveis por direcionar os recursos para as devidas regiões devendo buscar uniformidade.

O que percebemos é que a gestão das políticas públicas e dos serviços de saúde, especializados ou não, precisam ser inovadoras, integrativas, subjetivas e igualitárias.

5.2.6 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Diminuir o preconceito

Os artigos E5, E9, E12 e E13 são enfáticos ao usar no seu discurso a palavra preconceito e afirmam ser esse o norteador de ações (ou falta delas), de práticas e saberes engessados nas concepções manicomiais. Para os estudos é o preconceito que dificulta integrações e interações dos vários colaboradores, sendo também esse o responsável pelo

desinteresse à tudo que se refere em saúde mental pelas equipes e gestores que não trabalham diretamente na rede de saúde mental e por vezes também aos estão nesta rede.

Segundo E5 a divisão do cuidado da mente do cuidado do corpo foi legitimada e reforçada historicamente pela especificidade de teorias e métodos criados pela área de saúde mental. Tal fato ajudou a criar a lógica de fragmentação do cuidado (ou de separação do cuidado) o que também alimentou o tratamento marginalizado dessa clientela (manicomial ou institucional). A visão discriminatória que hoje ainda influencia a sociedade e seus profissionais de trabalho nada mais é que um vício herdado destas concepções de trabalho outrora tão dissociáveis que colocavam este processo da saúde tão a par dos outros.

E13 no seu artigo adverte que é do preconceito dos profissionais que nasce o maior limitador destes tomarem iniciativas para busca conhecimentos e práticas que viabilizem o atendimento em saúde mental de modo mais socializado.

Ainda que a maior parte dos artigos deseje mudanças nas concepções de pensar-agir e defendam a reformulação do processo de trabalho atual buscando a lógica de Reforma Psiquiátrica, foi somente nos 4 artigos citados no primeiro parágrafo deste capítulo que surgiu a menção explícita da expressão preconceito. Muitos estudos usam em seu discurso: a desconstrução da prática biomédica; sistema falido; renovação; reestruturação; abandono da lógica manicomial; desconstruir a hierarquização; integrar serviços; criar novos conceitos e modos de atuar; formar rede mútua e interdisciplinar; ou seja, todos os conceitos que de alguma forma visam o pensar contrário ao cuidado marginalizado do alienado que advenho do preconceito como adverte E5. Para a maior parte dos profissionais e estudiosos admitir o preconceito é tão difícil quanto percebê-lo, provavelmente porque estes, ou acordam com os preceitos psicobiológicos tradicionais de trabalho, ou querem sua modificação através de “junções” de conceitos pré-existentes, poucos acreditam que precisa nascer um novo saber se reformulando totalmente.

5.2.7 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Participação da comunidade

As equipes especializadas demoraram a entender e adaptar-se ao trabalho conjunto com a Atenção Básica do mesmo modo que as equipes da Atenção Básica tem dificuldade de ver a sociedade como recurso no processo terapêutico E9. O artigo E9 destaca que os modos de trabalho devem ser reinventados e as equipes devem incorporar uma posição de humildade frente o sofrimento psíquico alheio. É preciso ainda uma construção coletiva, com participação efetiva de familiares e pacientes, considerando e ativando dispositivos da comunidade incluindo a própria.

Os sete artigos E9, E10, E11, E12, E13, E18, E20 propõem a idéia ou necessidade de colaboração da comunidade na rede de atuação em saúde mental sendo necessário que os profissionais ajudem a construir esta colaboração.

Segundo E10 a parceria com a ESF possibilita estabelecer relações consistentes com a comunidade, operando em seu interior as desejadas mudanças e transformações sociais de encontro com os objetivos da Reforma Psiquiátrica. A frase: “É preciso estar dentro da comunidade e não ao lado dela.” é a síntese de um discurso integrador e que reconhece que o trabalho até então realizado continua a ser desagregador e reforça a concepção de retirada do louco da comunidade a qual pertence. A comunidade precisa propiciar a convivência com o portador de transtorno mental porque isso dignifica a condição de viver dessas pessoas.

Vale lembrar que para a comunidade ser parte funcional do processo resolutivo e integrado do cuidado em saúde mental é preciso uma reeducação permanente da sociedade visando romper com o preconceito de exclusão como o estudo E12 menciona.

A proposta de intervir conjuntamente com a comunidade é algo totalmente integrador e que se constitui numa diretriz da Reforma Psiquiátrica de estar junto a comunidade. Além disso, a efetivação de uma rede de saúde mental que promova a autonomia, o respeito, a reinserção social dos seus usuários e que assim consolida a Reforma Psiquiátrica necessita da criação de serviços de base territorial que fortaleçam a rede de atenção em saúde mental e que propicie a participação de usuários, familiares e comunidade e não somente os profissionais (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

5.2.8 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Estabelecer vínculos de profissionais com a comunidade afim de, aproximar o profissional do paciente que está sendo tratado ou da sua realidade

Nos artigos E4, E14, E20, E23 fica claro que a pouca afinidade das equipes de Saúde Básica com os conceitos de saúde e doença mental, distanciaram a equipe das reais necessidades da população a que atende o que acaba aumentando o número de encaminhamentos para as redes especializadas. Já na outra ponta da rede, a realidade dos serviços secundários e terciários em Saúde Mental muitas vezes encontra distâncias físicas e subdimensionais advindas do excesso de demanda e políticas de trabalho, esta condição tem como conseqüência a criação involuntária de um circuito excessivo de medicalização que somado com os baixos investimentos do poder público e as dificuldades gerenciais estimula a baixa resolutividade. Claramente a falta de afinidade dos serviços traz problemas para si e para todo serviço adjacente. Os autores em cumplicidade de discurso adotam a teoria da

necessidade do vínculo não só entre os serviços, mas dos serviços com a clientela e que o vínculo é a verdadeira integralidade em saúde mental.

E20 acaba exemplificando os locais onde o acesso das equipes de saúde é difícil, essas comunidades, normalmente carentes, ficam nas periferias e acabam por ser os locais onde os profissionais fazem visitas menos frequentes, por vezes esporádicas. Para agravar ainda mais esse abismo social os moradores destes locais normalmente vivem em condições precárias e acabam por residir em moradias clandestinas sendo obrigados a migrar constantemente, tais situações acarretam na falta de vínculo entre serviço e comunidade prejudicando o processo de intervenção eficiente pelo desconhecimento da realidade do outro e pela interrupção de tratamento pelo desencontro dos personagens.

Para o estudo E16 a crise do serviço em Saúde Mental está em idéias fragmentadas que se apresentam com dificuldade de continuidade terapêutica, influenciado pelo ideário de não assumir plenamente a responsabilização da demanda, colocando o usuário num contínuo “percurso trans-institucional”, quando na verdade todos deveriam estar auxiliando e intervindo em todas as etapas criando vínculo direto com cada indivíduo e sua realidade.

Do estudo E15 surge o discurso do vínculo dos serviços propiciando vínculo com a clientela diretamente ou indiretamente, tanto através de informações pessoais e registros quanto da presença física que apresenta cada local e colaborador. Essa proposta parece amadurecer um trabalho já existente, mas que ainda não funciona sobre tal conjuntura horizontal e transversal onde os papéis são unidos em estrutura e trabalho propiciando que a clientela passe a ter nome e história sem perdas oriundas da desarticulação e distância dos serviços. Não inventa nada novo e sim melhora o já existente o que facilita em ser concretizado.

E4 Acredita na comunidade como recurso e que para tal é necessário que se crie vínculos entre equipes e comunidade, afim de, sensibilizar e identificar o que a localidade tem para oferecer evoluindo do modelo de atenção tradicional para um modelo de integralidade onde todos ganham voz.

5.2.9 Ações, propostas e estratégias relacionadas à: Adequação ou melhora na rede especializada ou formação de seus profissionais

O Ministério da Saúde adotou o termo CAPS para descrever os serviços tidos como substitutivos aos serviços especializados do modelo assistencial tradicional, estes serviços são definidos como um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território (SOUZA, 2006). A ordem crescente de abrangência populacional e complexidade de

atendimento destes serviços seria a seguinte: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS infanto-juvenil e CAPS álcool e drogas. Ainda informa que estes serviços vêm sofrendo constantes transformações quanto ao seu papel desde 2002 quando surgiu a sua primeira regulamentação. Sua missão visa a promoção da qualidade de vida dos usuários, estabelecer laços para além dos serviços de saúde, por isso deve estar voltado para “fora de si” mantendo aquecida sua relação com a cultura local, mas ainda que tenha conseguido uma certa permeabilidade com o social, o CAPS apresenta dificuldades em coabitar fora de seus muros.

O estudo E23 explora detalhadamente a proposta exposta no estudo E10 citada no parágrafo anterior. O autor informa que uma rede completa de atendimento em saúde mental contempla além dos CAPS os seguintes serviços: ambulatórios de saúde mental, centros de convivência e cultura, residências terapêuticas, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em saúde mental na rede básica. O autor ainda defende a tese de que a inclusão dos serviços como emergências psiquiátricas em hospitais gerais e o atendimento em saúde mental na rede básica (recursos do SUS que não estão ligados com a antiga lógica de atendimento da rede especializada) somados aos centros de convivência e cultura (recursos da comunidade) seriam os recursos essenciais para incluir o atendimento em saúde mental na concepção de saúde integral e substitutiva, constituindo-se num passo importante para uma rede articulada, inclusiva e em acordo com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. A sua “rede especializada” é composta pela concepção de finalidade comum e não pela formação ou profissão que possui.

Se a rede especializada obteve sucesso em inserir-se e retroalimentar-se dos recursos “fora de si” parte do êxito está no trabalho somado com a Rede Básica de Saúde. Porém, ainda que os serviços CAPS estejam construindo um trabalho conjunto com a rede básica e isto esteja trazendo benefícios, precisa haver também uma renovação do modo de pensar o processo de trabalho e cuidado ao portador de sofrimento mental nestas instituições e por seus profissionais. Ao não ocorrer essa mudança trabalho continuará prejudicado já que é preciso nascer práticas diferenciadas e que integrem também a sociedade como recurso (YASUI, COSTA-ROSA, 2008).

No que diz respeito a estrutura da rede especializada o estudo E19 que avalia a estrutura de 21 CAPS vinculados a Secretaria de Saúde Municipal de São Paulo, informa que estes estabelecimentos não são heterogêneos nas instalações físicas independente do nível de atenção que deveriam atender. Na maioria das vezes porque surgiram da reutilização de serviços já existentes (hospital-dia, ambulatórios, centros de convivência e mistura deles).

Quanto à equipe destes centros, o mesmo artigo observou que estas instituições são formadas por diferentes profissionais. Em alguns CAPS há uma presença maior de psiquiatras com as demais profissões já em outros a equipe era mais heterogênea. O problema é que em todos os serviços o número de psiquiatras e psicólogos estava acima do preconizado. Havendo um direcionamento errado de recursos e concepções.

Os perfis diferenciados de trabalho são influenciados pelo perfil de abordagem antes utilizada (muitos surgiram de reformas de hospitais psiquiátricos, ambulatorios em saúde mental, hospital-dia, ou fusões de um ou mais destes serviços), pelas diferenças regionais, pelos recursos disponíveis na comunidade (lazer, educação e saúde), além das preferências dos profissionais.

No mesmo artigo explicita-se a necessidade de repensar seus modos de trabalho, de maneira que aumente a responsabilidade de cada profissional nas intervenções e decisões sobre a demanda de um modo geral, mesmo nos momentos de crise, e ainda ter competência nos projetos terapêuticos e na gestão dos dispositivos institucionais disponíveis. O que ainda se evidencia é que mesmo na formação de psicólogos e psiquiatras os modos de pensar e agir perpassam por uma assistência discutivelmente eficaz ou pelo menos pouco inovadora, autores afirmam que ainda se visualiza a enfermidade mental através da concepção monocausal, o tratamento ainda tem rastros na institucionalização ou ainda está sobre os assombros do pensamento manicomial.

E4 retrata problemas no processo de trabalho desenvolvido nestas instituições ao falhar em disponibilizar suas informações com a própria instituição, algo que as passagens de plantão e reuniões de equipe podem melhorar já que são ações fundamentais para a diversidade e continuidade do cuidado.

Para E9 é preciso que as redes especializadas passem a repensar seus modos de trabalho, de maneira que aumente a responsabilidade de cada profissional nas intervenções e decisões sobre a demanda de um modo geral, mesmo nos momentos de crise, e ainda ter competência nos projetos terapêuticos e na gestão dos dispositivos institucionais disponíveis.

E10 em discurso próximo defende que os serviços de saúde devem abandonar a lógica tradicional que rege seu funcionamento devendo superar o modelo psiquiátrico tradicional cujo desafio é cuidar sem segregar. O foco da psiquiatria deve deixar de ser o tratamento da doença mental para constituir-se na promoção da saúde mental. Para atingir o sucesso desejado é necessário intervir em quatro dimensões diferentes sendo elas: dimensão teórico-conceitual, dimensão teórico assistencial, dimensão jurídico-político e dimensão sociocultural.

Também traz no seu discurso o sucesso de uma prática eficiente somente através do desenvolvimento dessas quatro dimensões o artigo E12. O estudo destaca que o tratamento precisa focar em novas práticas diferentes do tratamento moral e sim disponibilizando acesso a bens, à cultura, à convivência, à história, ao trabalho, à educação, ou seja, em ser cidadão.

Para E18 os profissionais não têm preparo para cuidar da família do portador de transtornos, tão pouco, estão aptos para tornar as famílias em colaboradores e ainda fracassam em romper as barreiras do pensar institucional. O artigo conclui que o trabalho interdisciplinar em saúde mental é um dos pressupostos para que a desinstitucionalização seja efetiva, mas os profissionais ainda não conseguem desenvolver este tipo de trabalho.

A rede “especializada” é a referência dos demais serviços para atendimento em saúde mental, se esta não se constituir num serviço exemplar os outros serviços não sabem que modelo seguir. O problema é que estes serviços ainda apresentam um modelo de pensar-agir que para muitos autores necessita ser modificado ou que está transitando em muitas concepções ainda em construção e que no fim se fecham em suas concretudes separando os demais saberes e por conseqüência a colaboração dos outros serviços. Ser a referência é uma responsabilidade enorme porque exige uma posição delicada de possuir as melhores concepções e recursos algo que muitas vezes não é real, mas a demanda que atende ainda é a mais complexa e que precisa do melhor de cada instituição e profissional sendo necessário então assumir as posições mais vanguardistas que apóiam a participação mútua e conjunta. Cabe então destacar e promover a integralidade da saúde como eixo norteador da reforma já que esta concepção não só é vanguardista como também é eficiente, já que a garantia de promoção e planejamento em saúde com qualidade de vida fundamenta-se no máximo de interfaces possíveis algo que somente a integralidade permite (NASI, CARDOSO, SCHNEIDER, OLSCHOWSKYO, WETZEL, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou identificar na literatura científica as estratégias, propostas e ações empregadas pelos profissionais de saúde que visam atingir a integralidade em saúde mental frente às diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica e como resposta observamos que:

A Reforma Psiquiátrica quando concebida era algo muito diferente da proposta de pensar-agir existente na época. Esta “Reforma” possuía em sua proposta integração dos serviços, respeito ao portador de sofrimento psiquiátrico, inclusão da sociedade no processo saúde-doença, mudanças complexas na estrutura de pensar-agir, o rompimento com a concepção institucionalizante e reinvenção de ambientes e tecnologia inovadoras. Ainda hoje muitas destas propostas ainda parecem inovadoras, segundo grande parte dos autores dos estudos aqui analisados. Isto quer dizer que muito da prática atual precisa ser desconstruído ou “inovado” já que a concepção de trabalho ainda tem forte similaridade e/ou influência no modelo manicomial. O estudo levanta a discussão de que cada personagem, recurso e tecnologia atual de algum modo têm influência na concepção antiga de atuar em saúde mental e que por isso negligencia a concepção integralista e subjetiva da Reforma Psiquiátrica, porém ao se avistar a existência de novas ações e concepções no modo de atuar e pensar saúde mental nos é apontado um período diferenciado da concepção tradicional que se ainda não pode ser considerado a Reforma também não é mais a prática tradicional podendo ser denominado período de transição.

Os artigos que compuseram esse estudo possuem diferentes propostas que se acreditam integrativas. A proposta de somar a rede de saúde mental: os serviços de Atenção Básica em Saúde; o cliente; a família; a comunidade; as diversas profissões de saúde; os gestores e as políticas públicas em saúde mental a princípio se revelam inovadores e em conformidade com a Reforma Psiquiátrica integrativa, mas sem a concepção de mudança do modelo de diagnóstico e intervenção biológico não haverá de fato avanços. A integralidade não é somente somar serviços e recursos, é preciso criar estrutura, conhecimento e caminhos para que cada um dos envolvidos desempenhe papéis e ações efetivas e se beneficie mutuamente além do surgimento de uma percepção de tratamento mais ampla que avance para uma concepção social, histórica e política além de biológica. O profissional de saúde é certamente o principal ator das mudanças propostas, visto que o mesmo atua, forma e capacita a força de trabalho, compõe e auxilia na educação da comunidade e ainda influência ou gere as políticas administrativas vigentes. No entanto, os atores coadjuvantes (sociedade em geral, legisladores, gestores, entre outros) também exercem influência e poder em cada parte do

processo e podem colaborar ou prejudicar o andamento da tão desejada Reforma Psiquiátrica que aos poucos vêm se constituindo em realidade, ainda que de modo lento e disperso.

Surpreendeu-nos perceber que o maior número de estudos selecionados para tratar deste estudo foram os estudos com base nas pesquisas ou advindos de profissionais dos serviços de atenção básica de saúde e suas ações em saúde mental e não referentes/(advindos) aos/(dos) serviços especializados em saúde mental. As propostas, estratégias e ações dos estudos advindos dos serviços de atenção básica de saúde se referiam principalmente à: apoio matricial, articulação e integração dos serviços de atenção básica na rede de saúde mental e a formação e capacitação adequada destes profissionais para trabalhar em saúde mental. Nos serviços especializados as propostas, estratégias e ações desenvolvidas que visavam a ampliação da saúde mental que se destacaram foram aquelas que se tratavam da: modificação da lógica de trabalho para um pensar-agir menos institucional e biomédico e mais integralista; formação e capacitação mais voltada a interdisciplinariedade; melhora dos recursos e disposições dos serviços para a comunidade ampliando a participação destes no planejamento e execução do trabalho.

Observamos que a participação conjunta dos serviços comunitários de atenção básica e serviços especializados em saúde mental cria um ambiente muito favorável para desenvolver uma prática com maior êxito de tratamento desde que haja participação mútua, estruturada, desprovida de preconceitos de ambas as partes e que caminhe em direção a amplitude da concepção do indivíduo e de suas demandas algo possível somente com o aperfeiçoamento dos problemas, personagens, ações, serviços e política evidenciados em estudos desta natureza que buscam a integralidade da saúde como alicerce.

REFERÊNCIAS

BARBAN, Eduardo G.; OLIVEIRA Angélica A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. ciênc. saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, jan. 2007.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica / CAPS. **Psicol. cienc. prof**, Natal, v. 28, n. 3, set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva do Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico/ Ministério da Saúde**, Fundo Nacional de Saúde – 3ª ed. rev.amp., Brasília, 2003. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Manual%20FNS.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde**, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 1ª ed. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf

CACAPAVA, Juliana Reale et al . Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600019&lng=en&nrm=iso. acesso em 19 jul. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342009000600019.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al . Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, supl. 1, mai. 2009.

CAMPOS, Gastao Wagner de Sousa. Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em debate**, Londrina, n.37, dez. 1992.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, dez. 2008.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.14. n.1, fev. 2009.

JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jun. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000100023.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.

MARTINS, Iclissan Karine Lima; BRAGA Violante Augusta Batista. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 10, n. 4, out. 2009.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; MURAMOTO, Melissa. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo. v. 17, n. 3, set. 2006.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto – Enferm.** Florianópolis, v.17, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 jun. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MIRANDA, Lilian; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500017&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 jul. 2011. doi: 10.1590/S0034-89102008000500017.

NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino do; BRAGA, Violante Augusta Batista. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE. **Cogitare Enferm.** Fortaleza, v. 9, n. 1, nov. 2004. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/1709>. acesso em 20 jul. 2011.

NASCIMENTO, Andréia de Fátima; GALVANESE, Ana Tereza Costa. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.1, ago. 2009.

NASI, Cintia; CARDOSO, Adriana Serdote Freitas, SCHNDEIDER, Jacó Fernando; OLSCHOWSKY, Agnes; WETZEL, Christine. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev. RENE**, Belo Horizonte, v.13, n.1, jan. 2009.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=pt&nrm=iso>.acessos em 28 jun. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000 012.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ATAÍDE, Inês de Fátima Cunha; SILVA, Maria da Anunciação. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto contexto – Enferm**, Cuiabá, v. 13, n. 4, dez. 2004.

RIBEIRO, Carolina Campos; RIBEIRO, Lorena Araújo Ribeiro, OLIVEIRA, Alice G. Bottaro. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enferm.** Cuiabá, v. 13, n. 4, nov. 2008.

RIBEIRO, Laiane Medeiros et al . Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010.

RODRIGUES, Antonio Regina Furgato. **Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental.**

Ribeirão Preto, 1993. 187f. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, Ana Tereza Medeiros C. da et al . A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 4, ago. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 jul. 2011. doi: 10.1590/S0034-71672005000400006.

SILVA, Martinho Braga Batista. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.14, n.1, fev, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100020&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 jun. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000100020.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 19 jul 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000100019.

SOUZA, Andréa Cardoso de et al . Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enfer**, v. 10, n.4, dez. 2006.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SCATENA, Maria Cecília Morais. Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n.1, jan. 2007.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, n.2, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 jun. 2011. doi:10.1590/S1413-81232009000200016.

WALDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto contexto – Enferm.** Florianópolis, v. 14, n.3, set. 2005.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abilio. A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.32, n. 78/79/80 jan. 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Apresentação dos artigos.

E1) Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção.

1 Dados de identificação

Autores: Oswaldo Yoshimi Tanaka; Edith Lauridsen Ribeiro

Periódico: Ciência & Saúde Coletiva

Ano: 2009

Volume: 14

Numero: 2

Descritores/Palavra-chave: Atenção básica, Saúde mental infantil, Formação Profissional, Políticas de saúde

2 Objetivo/ Questão norteadora

O projeto analisou a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos de idade atendidas em uma UBS de São Paulo e assim mostrar a capacidade dos pediatras em reconhecer problemas de saúde mental em crianças e diagnosticar as possíveis falhas.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Estudo de caso descritivo e exploratório quantitativo e qualitativo.

População/Amostra: médicos pediatras (onze).

Local do estudo: Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo.

Técnica de coleta de dados: Comparou-se os dados clínicos que foram levantados com um inventário de sintomas padronizados Child Behavior Checklist (CBCL). Entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas complementarmente aos pediatras, afim de, diagnosticar as causas de possíveis falhas.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Foi apontada uma baixa capacidade dos pediatras em reconhecer problemas de saúde mental nas crianças que atenderam. Os principais fatores relacionados a este baixo desempenho foram: deficiência na formação e impossibilidade de atuar adequadamente frente a uma queixa ou hipótese diagnóstica.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

O autor conclui que a reorganização do trabalho na atenção básica deveria contemplar o apoio técnico específico em saúde mental, propiciar e incorporar tecnologias de intervenção mais apropriadas para tal finalidade.

E2)Trabalho na atenção básica: integralidade ao cuidado em saúde mental

1 Dados de identificação

Autores: Juliana Reale Caçapava; Luciana de Almeida Colvero; Wânia Regina Veiga Martines; Ana Lúcia Machado; Ana Luísa Aranha e Silva; Divane de Vargas; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; Sonia Barros.

Periódico: Revista da Escola de Enfermagem da USP

Ano: 2009

Volume: 43

Numero: spe2

Descritores/Palavra-chave: Saúde mental, Equipe de assistência ao paciente, Atenção primária à saúde, Assistência integral à saúde, Cartografia.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental em uma UBS e analisar o trabalho em equipe com base nas ações de saúde mental integral.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa qualitativa

População/Amostra: trabalhadores da UBS analisada que atuam em saúde mental (dois psicólogos, um auxiliar de enfermagem, três médicos e um assistente social).

Local do estudo: UBS da cidade de São Paulo.

Técnica de coleta de dados: A técnica usada foi um fluxograma analisador.

4 Resultados/Conclusões do estudo

A conexão dos fluxos dos diversos trabalhadores com/e entre os usuários nesta UBS vêm produzindo espaços distintos e coletivos de trocas, ações, compreensão ampliada e valorização das relações humanas e das subjetividades atingindo a integralidade na saúde mental.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

O autor pontua que é necessário que os trabalhadores não se fechem em suas concretes resolutivas e reinventem um cotidiano que auxilie na transversalidade dos processos de trabalho entre os profissionais e que estes tragam novas possibilidades na compreensão e tratamento multifatorial do sofrimento psíquico.

E3) Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede

1 Dados de identificação

Autores: Vlândia Jamile dos Santos Jucá; Mônica de Oliveira Nunes; Suely Galvão Barreto.

Periódico: Ciência & Saúde Coletiva.

Ano: 2009

Volume: 14

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Programa de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial, Saúde Mental, Significados, Práticas.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Realizar uma investigação que objetiva compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e assim planejam e desenvolvem suas intervenções para tentar minimizar este sofrimento nos seguintes contextos: PSF e CAPS. O artigo apresenta apenas os resultados do PSF.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa em saúde mental que utiliza o “sistema de signos, significados e de práticas”.

População/Amostra: Quatro equipes de saúde da família de uma unidade de saúde da família.

Local do estudo: unidade de saúde da família do bairro ferroviário, em Salvador.

Técnica de coleta de dados: Pesquisa etnográfica.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Mostrou-se os resultados referentes apenas ao contexto PSF e conclui-se que: as quatro equipes analisadas tentam com os recursos que possuem lidar com a situação do sofrimento mental quando esta se faz presente. Há uma pluralidade nas formas de identificar e nomear o sofrimento psíquico e apesar das angústias, despreparos e dificuldades dos profissionais há mobilização por parte dos mesmos para tentar auxiliar o usuário com sofrimento psíquico.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Para o autor é necessária uma providência urgente de estratégias que visem dar suporte as equipes de PSF para que a mesma também entre na rede de suporte de cuidados em saúde mental. Capacitação ou suporte podem ser os meios mais viáveis.

E4) Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental

1 Dados de identificação

Autores: Rosana Teresa Onocko Campos; Juarez Pereira Furtado; Eduardo Passos; Ana Luiza Ferrer; Lilian Miranda; Carlos Alberto Pegolo da Gama.

Periódico: Revista de Saúde Pública.

Ano: 2009

Volume: 43

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Serviços de Saúde Mental, Pessoal de Saúde, Gestão em Saúde, Reforma dos Serviços de Saúde, Pesquisa Qualitativa, Pesquisa Avaliativa.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Pesquisa avaliativa qualitativa com trabalhadores, usuários, familiares e gestores locais e municipais.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa qualitativa/avaliativa

População/Amostra: 12 grupos com trabalhadores de cada um dos seis CAPS, dois grupos com colegiado municipal de saúde mental e dois grupos com usuários.

Local do estudo: seis CAPS de São Paulo.

Técnica de coleta de dados: Pesquisa avaliativa conduzida entre 2006-2007. Transcrição do material gravado de cada grupo e construídas narrativas seguindo o referencial de Ricoeur. As narrativas foram apresentadas aos participantes para contestá-las, corrigi-las e validá-las. Os resultados foram discutidos em oficinas para elaborar um guia em CAPS III.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Foram identificados pontos fortes e fragilidades no que diz respeito: à atenção à crise, articulação com a rede básica, formulação de projetos terapêuticos, gestão de equipes, organização em equipes, sofrimento psíquico e formação educacional.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

É destacado como positivo a expansão da rede de CAPS desenvolvida em virtude dos esforços e da coragem de gestores e profissionais. As fragilidades dirigem-se a necessidade de criar elementos que eliminem a fragmentação do acesso nos finais de semana e no período da

noite. Algumas recomendações sugeridas foram: plano de carreira, treinamento, especificação e educação continuada (referente aos trabalhadores) e ampliação, qualificação e gerência especializada (referente à rede CAPS).

E5)Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária

1 Dados de identificação

Autores: Mônica Nunes, Vlândia Jamile Jucá; Carla Pedra Branca Valentim.

Periódico: Cadernos de Saúde Pública.

Ano: 2007

Volume: 23

Numero: 10

Descritores/Palavra-chave: Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Atenção Primária a Saúde.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Com base nas articulações entre os movimentos da Reforma Psiquiátrica e as bases de territorialização do cuidado em Saúde Básica foi feito este estudo que visa analisar as práticas adotadas e a normativa instituída e proposta, bem como os avanços e dificuldades para se desenvolver um bom trabalho em saúde mental.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Qualitativo semiológico, pragmático e contextual.

População/Amostra: quatro equipes que compõem o PSF da Bahia.

Local do estudo: PSF localizado na Bahia.

Técnica de coleta de dados: Estudo etnográfico com quatro equipes de Programa de Saúde da Família (PSF). Categorizou-se em três grandes grupos a população entrevistada e analisada: agentes comunitários (ACs), técnicos de enfermagem e auxiliar de dentistas e por fim os profissionais de nível universitário. Foram realizados três grupos focais com cada grupo e após entrevistas individuais com pelo menos um membro de cada grupo. Algumas atividades como visita a dois CAPS situados próximos as áreas adscritas pelas ESF, participação de visitas domiciliares dos ACs aos familiares de pacientes com transtorno pessoal, participação da reunião de equipe, participação em grupo, entre outras.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Foi possível perceber confluências entre o modelo e articulação do cuidado em PSF e na rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ampliou-se assim o conceito de saúde-doença, interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações em ambos os modelos, no entanto, na prática concreta existem conflitos entre os modelos que apontam que as equipes de PSF ainda se sentem e atuam limitadamente. Por muitas vezes os profissionais de

PSF não incluem o doente psiquiátrico no seu atendimento mesmo quando o problema está ligado a co-morbidades não-psiquiátricas.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Falta preparo aos profissionais que atuam em saúde pública para lidar com a doença mental e não é preciso ter formação especializada já que estes devem ser vistos como colaboradores. É preciso ainda diminuir o preconceito aos portadores de qualquer tipo de sofrimento psicossocial seja qual for o atendimento a ser prestado. Ainda é preciso munir-los com recursos adequados para atender a complexidade dos casos que surgem. É necessário maior incentivo político-administrativo já que todos os profissionais do estudo manifestaram-se em favor da qualificação da sua formação por motivos da ética do cuidado e para atenuar sua angústia de impotência frente a angústia social.

E6)Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local

1 Dados de identificação

Autores: Daniele Pinto da Silveira; Ana Luiza Stieber Vieira.

Periódico: Ciência & Saúde Coletiva.

Ano: 2009

Volume: 14

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Sofrimento psíquico, Atenção primária em saúde, Programa da Família, Reforma psiquiátrica.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Mapear e analisar as modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas numa unidade de saúde mental mista, no município do Rio de Janeiro e assim conhecer os modos de cuidado oferecidos pelos profissionais da unidade às necessidades de saúde identificadas como problemas de saúde mental elencados sobre os eixos: de escuta do sujeito e de integralidade e da noção vínculo/acolhimento.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Estudo de caso qualitativo.

População/Amostra: médicos (4), profissionais de saúde não-médicos (6), técnicos de saúde (2) e agentes comunitários de saúde.

Local do estudo: Rio de Janeiro.

Técnica de coleta de dados: Estudo de caso qualitativo feito com observação insipiente, registro de observações de campo, coleta de informações dos prontuários e entrevista semi-estruturada com profissionais (informantes-chave) da unidade de saúde e da equipe de Saúde da Família.

4 Resultados/Conclusões do estudo

O estudo apontou que ainda predomina o modelo biomédico nas ações de saúde mental na atenção primária, ainda há a psiquiatrização do cuidado em saúde mental e a burocratização do processo de trabalho.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

É necessária uma política pública especial que contemple os usuários em sofrimento psíquico no contexto das políticas de atenção básica na saúde pública local que rompa com o modelo biomédico ainda hegemônico.

E7)Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial

1 Dados de identificação

Autores: Lilian Miranda; Rosana Tereza Onocko Campos.

Periódico: Revista de Saúde Pública.

Ano: 2008

Volume: 42

Numero: 5

Descritores/Palavra-chave: Equipe de Assistência ao Paciente, Equipes de Administração Institucional, Assistência Centrada no Paciente, Relações Profissional-Paciente, Serviço de Saúde Mental, Recursos humanos, Pesquisa Qualitativa.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Analisar como os usuários, familiares e trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) avaliam o trabalho da equipe e dos profissionais destes serviços de referência.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa qualitativa com base no paradigma construtivista e na hermenêutica Gadameriana.

População/Amostra: Foram analisados dois grupos focais compostos por seis grupos de profissionais (12 trabalhadores de cada CAPS), dois grupos de familiares e um grupo de usuários (dois de cada CAPS).

Local do estudo: 5 CAPS III (funcionamento 24 hs) e um CAPS II (funcionamento 12 hs) São Paulo.

Técnica de coleta de dados: construção narrativa após transcrição dos grupos focais.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Pesquisa qualitativa com base no paradigma construtivista e na hermenêutica Gadameriana. Foram analisados dois grupos focais compostos por profissionais, familiares e usuários de CAPS. Do estudo surgiu um arranjo que produz efeitos terapêuticos e contribui na eficácia do trabalho. Há, porém riscos de centralização de poder praticada pelos profissionais de referência e sofrimento do trabalhador que pode ficar exacerbado com essa responsabilização de referencia.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

O arranjo produtor dos efeitos equipes/profissionais de referência sobre os pacientes embasam-se em aspectos psicossociais e na constância e integralidade do cuidado. Os problemas relacionados a este modo de trabalho centram-se na onipotência exigida do profissional.

E8)A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem

1 Dados de identificação

Autores: Ana Tereza Medeiros C. da Silva; César Cavalcanti da Silva; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Maria Mirian Lima da Nobrega; Sônia Barros; Kamila Késsia Gomes dos Santos.

Periódico: Revista Brasileira de Enfermagem.

Ano: 2005

Volume: 58

Numero: 4

Descritores/Palavra-chave: Saúde Mental, Trabalho, Enfermeira, Programa Saúde da Família.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Compreender os limites/possibilidades de implementação de ações de saúde mental nos serviços da rede básica de saúde do município de Cabedelo PB, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Qualitativo Materialismo Histórico e Dialético.

População/Amostra: oito equipes do PSF de Cabedelo (agentes comunitários, enfermeiros, médicos e familiares dos usuários dos serviços).

Local do estudo: PSF de Cabedelo.

Técnica de coleta de dados: O material empírico foi analisado pela técnica de análise do discurso obtido por entrevista. Neste estudo apenas as entrevistas dos enfermeiros foi analisada.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Os resultados indicaram que o processo de trabalho dos enfermeiros se identifica com o processo de trabalho de assistência/cuidado e que este tem enfoque na Saúde Coletiva apesar de seguir o modelo tradicional com vistas ainda aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (inclusão social e assistência integral da assistência).

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

As políticas vigentes de Saúde Coletiva e de Saúde Mental (Reforma) convergem para uma assistência que objetiva uma prática profissional com processos de trabalho que englobam aspectos individuais e coletivos. O enfermeiro é peça fundamental nos serviços de

saúde mental e como tal carece de uma Educação Permanente que o instrumentalize a uma crítica da realidade e da interdisciplinaridade, afim de, entender melhor o processo saúde-doença mental para que possa haver uma adequação da sua ação.

E9)A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental

1 Dados de identificação

Autores: Silvio Yasui; Abilio Costa-Rosa

Periódico: Saúde em Debate.

Ano: 2008

Volume: 32

Numero: 78/79/80

Descritores/Palavra-chave: Centros de Atenção Psicossocial; Saúde Mental; Assistência Integral à Saúde; Saúde Coletiva.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Refletir sobre os desafios cotidianos das Instituições de Saúde Mental, que buscam implantar uma prática em acordo com a nova proposta apesar de ainda deparar-se com as práticas hegemônicas que precisam ser superadas.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Revisão bibliográfica.

População/Amostra: -

Local do estudo: São Paulo.

Técnica de coleta de dados: Realizado mapeamento das características de Estratégia Atenção Psicossocial e apontados os prováveis avanços desde a implantação dos mesmos.

4 Resultados/Conclusões do estudo

A prática encontrada nos principais dispositivos de saúde mental - os CAPS, revela uma lógica ambulatorial distante da que se idealiza. Este que outrora já fora apontado como instrumento promissor de trabalho em saúde mental (montados com equipes multiprofissionais) mostra-se mais burocrático do que efetivo sem causar grande impacto na lógica hospitalocêntrica.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

É preciso superar o menosprezo ao doente mental e empoderar a população em todas as etapas de se fazer saúde. A assistência precisa pautar-se mais na transdisciplinariedade e deve haver também ação conjunta de Saúde Coletiva e Saúde mental para se atingir à integralidade. A estratégia de atenção psicossocial deve ser uma lógica que perpassa e

transcenda as instituições ultrapassando a organização hierarquizada baseada em níveis de complexidade de atenção.

E10)Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família

1 Dados de identificação

Autores: Ândrea Cardoso de Souza.

Periódico: Revista de Enfermagem

Ano: 2006

Volume: dezembro

Numero: 10

Descritores/Palavra-chave: Saúde Mental; Saúde da Família; Serviços de Saúde Mental.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Discutir a implementação da política de saúde no âmbito da atenção primária de saúde.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa bibliográfica.

População/Amostra: -

Local do estudo: São Paulo.

Técnica de coleta de dados: Pesquisa nas bases MEDLINE e LILACS disponíveis na Bireme através da SCIELO e busca eletrônica na biblioteca da ENSP e UNICAMP no período de agosto de 2003 a julho de 2004, sobre a temática saúde mental e saúde da família.

4 Resultados/Conclusões do estudo

As orientações das políticas de atenção à saúde mental apontam para a consolidação de novas estratégias de cuidado. Tanto a Saúde da Família quanto os CAPS constituem dispositivos ímpares para a modificação das práticas de atenção em saúde mental para uma perspectiva que construa novas formas de convivência com as diferenças e com uma proposta de ampliação das redes a um dado território.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

A Saúde da Família pode propiciar ações embasadas no estabelecimento do vínculo consistente com sua comunidade e capaz de propiciar mudanças. Por esse motivo seja o dispositivo mais próximo ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica se o mesmo melhorasse o acesso a referente a atenção psicossocial. O CAPS necessita inserir-se mais no cotidiano da sociedade que serve atuando nos espaços e percursos do território de atuação. É preciso avançar para além do mono conceito de saúde.

E11) Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família

1 Dados de identificação

Autores: Rozemere Cardoso de Souza; Maria Cecília Morais Scatena.

Periódico: Revista Baiana de Saúde Pública.

Ano: 2007

Volume: 31

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Saúde da Família; Saúde mental; Cuidado

2 Objetivo/ Questão norteadora

O estudo teve como objetivo analisar três aspectos: as necessidades do doente mental, os limites e possibilidades do cuidado na perspectiva dos profissionais que atuam em PSF e o Programa como possibilidade de cuidado em Saúde Mental.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa Qualitativa.

População/Amostra: Realizou-se quatro grupos focais com enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde do município de Ilhéus (BA/Brasil)

Local do estudo: município de Ilhéus – Bahia.

Técnica de coleta de dados: Abordagem teórico-metodológica seguiu os pressupostos do construcionismo social e da pesquisa qualitativa.

4 Resultados/Conclusões do estudo

A conclusão é que o programa praticamente exclui o doente mental apesar de contemplar grande parte da população geral. Os impedimentos do cuidado apresentados devem ser levados em consideração e passar a se tratado como possibilidade (vir a ser) e assim o Programa terá a possibilidade de atuar como parte integrante do projeto maior que é a rede de atenção psicossocial contemplando o atendimento integral em saúde.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

A condição que modificará esse paradigma de debilidade da ação em Saúde Coletiva como apoio a rede de Saúde mental necessita uma modificação da forma de pensar e planejar o serviço do Programa. É preciso valorizar a comunidade e passar a entender que os mesmos são instrumentos auxiliares no cuidado ao sofredor mental incluindo o próprio paciente.

E12)A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica

1 Dados de identificação

Autores: Cristina Amélia Luzio; Solange L'Abbate.

Periódico: Ciência & Saúde Coletiva.

Ano: 2009

Volume: 14

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Reforma psiquiátrica; Atenção psicossocial; Saúde mental; Saúde coletiva.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Estudo que se propõem em verificar como a assistência oferecida nos municípios de Cândido Mota e Assis (respectivamente de pequeno e médio porte) viabilizam os princípios da Reforma Psiquiátrica aos seus usuários e ainda como trabalhadores e gestores estão construindo práticas melhores e novas em Saúde Mental.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa Qualitativa.

População/Amostra: participantes dos diversos segmentos sociais implicados a Saúde Mental.

Local do estudo: municípios de Cândido Mota e Assis.

Técnica de coleta de dados: O estudo foi feito aos moldes das metodologias qualitativas. Foi utilizada a técnica de captação das informações através de entrevistas semi-estruturadas, e analisando-se textos e documentos.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Foi percebida uma baixa efetivação da proposta de Reforma Psiquiátrica nos municípios analisados. O resultado atingido é devido à carência de investimento qualificado nas equipes, ao compromisso dos gestores e a necessidade de ampliação da participação de usuários e seus familiares. Ainda assim percebe-se uma grande evolução nos serviços de saúde oferecidos. Ainda que em modificação não completada, os serviços de Saúde Mental avançam para o abandono das práticas e ideais manicomial e estão se desenvolvendo gradativamente para chegar a Reforma.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

As diretrizes e propostas que compõem a Reforma têm conseguido adentrar-se no Sistema Único de Saúde de diversos municípios principalmente quando os segmentos (gestores, trabalhadores e usuários) envolvidos comprometem-se nessas mudanças. Não investir em formação permanente pode comprometer a ideologia de diminuição das hospitalizações limitando-a apenas a medicalização da demanda. Novas práticas implicam em retomar as práticas de tratamento moral e perda das concepções manicomiais (inclusive de menosprezo ao paciente).

E13)Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?

1 Dados de identificação

Autores: Laiane Medeiros Ribeiro; Soraya Maria de Medeiros; Jonas Sâmí de Albuquerque; Sandra Michelle; Bessa de Andrade Fernandes.

Periódico: Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Ano: 2010

Volume: 44

Numero: 2

Descritores/Palavra-chave: Saúde mental; Saúde da família; Enfermagem em saúde pública; Enfermagem em saúde comunitária.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na ESF e também se os profissionais encontram-se preparados para atender essa demanda.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa Qualitativa.

População/Amostra: Estudo realizado com dez enfermeiros pertencentes a três unidades de saúde da família de Natal/RN.

Local do estudo: Natal – Rio Grande do Norte.

Técnica de coleta de dados: Utilizou-se da análise com abordagem qualitativa que utiliza-se da técnica de história oral temática.

4 Resultados/Conclusões do estudo

As falas constataam que não há atividades para o portador de transtorno mental na rede básica de saúde e que a capacitação débil das enfermeiras mostra-se como um desafio a ser superado.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Precisa aumentar a capacitação em saúde mental dos profissionais de todos os tipos e de serviço de saúde para que os mesmos possam desenvolver ações mais autônomas e não a simples reprodução de ações de outros profissionais especializados (como a transcrição de receitas) além de melhorar a articulação dos serviços. O portador de sofrimento psíquico é um verdadeiro desafio para a equipe ESF.

E14)A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT

1 Dados de identificação

Autores: Carolina Campos Ribeiro; Lorena Araújo Ribeiro; Alice G. Bottaro de Oliveira.

Periódico: Cogitare Enfermagem.

Ano: 2008

Volume: 13

Numero: outubro-dezembro

Descritores/Palavra-chave: Saúde da Família; Saúde mental; Enfermagem; Trabalho.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Analisar a dinâmica assistencial de saúde mental de duas unidades de PSF de Cuiabá – MT.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa.

População/Amostra: dois enfermeiros, um médico, 12 agentes comunitários de saúde e dois técnicos de enfermagem.

Local do estudo: duas unidades de PSF de Cuiabá – Mato Grosso.

Técnica de coleta de dados: Pesquisa de abordagem qualitativa em duas unidades de PSF, delimitada em três eixos: territorialidade, recursos e vínculos dos serviços; processos de trabalho das equipes; rede assistencial em saúde mental. Referencial teórico-metodológico situa-se nos estudos de Mendes-Golçalves. Entrevistas gravadas e transcritas.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Mostrou-se uma dificuldade de acesso e infra-estrutura frágil das unidades com a comunidade. A rede de referência em saúde mental destas unidades se mostrou desarticulada com as mesmas e apesar das duas unidades terem demanda de pacientes de saúde mental apenas uma promovia trabalho articulado à comunidade sobre transtornos de saúde mental.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Conclui-se que o PSF carece de investimentos técnico-assistenciais para atenção aos portadores de transtornos mentais. É preciso investimento dos gestores para melhor articular os processos de trabalho entre os vários serviços de saúde mental. No entanto as equipes precisam também se organizar para atender a população portadora de transtornos, a

capacitação é muito importante, mas ainda é mais precioso que a equipe passe a discutir as dificuldades e possibilidades de atendimento de modo a incluir essa população.

E15)Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica

1 Dados de identificação

Autores: Mariana Dorsa Figueiredo; Rosana Onocko Campos.

Periódico: Saúde em Debate.

Ano: 2008

Volume: 32

Numero: 78/79/80

Descritores/Palavra-chave: Gestão; Saúde Mental; Atenção básica à saúde, Apoio matricial.

2 Objetivo/ Questão norteadora

O artigo discute a inserção de Saúde mental na Atenção Básica como necessidade de continuar a Reforma Psiquiátrica. Também é problematizado o apoio matricial como arranjo as demandas.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Revisão bibliográfica

População/Amostra: -

Local do estudo: São Paulo.

Técnica de coleta de dados: -

4 Resultados/Conclusões do estudo

O artigo reconhece grande potencial das equipes de Atenção Básica para exercer papel à ampliação de atendimento em Saúde Mental e de concretude interdisciplinar das dimensões subjetivas e sociais, para assistência resolutiva de saúde.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Para os autores o apoio matricial tem uma importante função pedagógica. A proposta é que os profissionais aprendam a lidar com os sujeitos e suas complexidades com práticas e saberes comprovadamente eficazes sem diminuir a autonomia e as inovações, além de dinamizar os encaminhamentos aos serviços articulados e ampliar os caminhos de Saúde Mental.

E16)Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental

1 Dados de identificação

Autores: Elisabete Ferreira Mângia; Melissa Muramoto

Periódico: Revista Terapia Ocupacional Univ.

Ano: 2006

Volume: 17

Numero: 3

Descritores/Palavra-chave: Serviços de Saúde mental; Serviços comunitários de saúde; Transtornos mentais/Reabilitação; Assistência à saúde; Terapia ocupacional/psicologia

2 Objetivo/ Questão norteadora

Trabalho que compõem a pesquisa “**Estudo Colaborativo sobre a experiência da rede de serviços em saúde mental no município de Santo André: caracterizando os serviços, conhecendo resultados e desenvolvendo um experimento sobre ativação de rede social**”.

Aspectos caracterizados: integralidade e missão dos serviços substitutivos de saúde mental; necessidades formativas para construção de novos perfis profissionais no campo de saúde mental e da reabilitação psicossocial; diretrizes para a construção de projetos terapêuticos na perspectiva da integralidade.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Estudo qualitativo de inspiração etnometodológica.

População/Amostra: usuários e técnicos.

Local do estudo: município de Santo André – São Paulo.

Técnica de coleta de dados: Realizou-se entrevistas com usuários e profissionais, aplicação de questionários, observação participante em um Núcleo de Atenção Psicossocial com funcionamento de 24 horas do município de Santo André - SP.

4 Resultados/Conclusões do estudo

São apresentados os resultados parciais referentes ao **Sub-Projeto A** e permite discutir e problematizar aspectos como a missão dos serviços substitutivos em saúde mental que ainda estão com dificuldade de assumir seu verdadeiro papel seja pela lógica política, seja pela modificação de hábitos, costumes e idéias. E também a concepção do que é preciso para a construção de projetos terapêuticos resolutivos e o surgimento das diretrizes para a construção desses projetos na perspectiva da integralidade.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Os autores propõem que para um serviço de saúde mental mais desenvolvido é preciso uma construção coletiva de usuários, profissionais, pesquisadores e estudantes. É preciso também caracterizar a lógica dos serviços numa constituição em comum que deve ser: embasada na não fragmentação do indivíduo, das suas necessidades e de suas ações. Para tal é preciso mais do que uma prática diferenciada é preciso surgir uma ética de cuidado diferenciada.

E17)A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermagem construindo caminhos junto às equipes de saúde da família

1 Dados de identificação

Autores: Alice G. Bottarode oliveira; Inês de Fátima Cunha Ataíde; Maria da Anunciação Silva.

Periódico: Texto & Contexto - Enfermagem.

Ano: 2004

Volume: 13

Numero: Outubro –dezembro.

Descritores/Palavra-chave: Saúde mental; Cuidados primários de saúde; Saúde da família; Trabalho de enfermagem.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Apresentar alternativa de trabalho que possibilite assistir o portador de transtorno mental.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Relato de experiência.

População/Amostra: -

Local do estudo: Cuiabá – Mato Grosso.

Técnica de coleta de dados: Relato de experiência de trabalho da enfermeira em equipe de saúde da família. Os dados foram levantados através das fichas de cadastramento preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACs) e das prescrições de conduta terapêutica.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Percebeu-se que os problemas de sofrimento mental eram sub-notificados. Uma busca ativa foi proposta aos ACs utilizando além do cadastramento o conhecimento informal dos mesmos. No cadastro inicial haviam 19 problemas identificados e após a proposta verificou-se 39 casos que tiveram seus diagnósticos confirmados por especialistas. Houve aumento e diversificação dos problemas de ordem psicossocial. A ESF reorientou suas ações e fez prescrição adequada aumentando a qualificação do serviço em Saúde Mental.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Autores apontam para a inclusão de ações de saúde mental na atenção primária para melhoria da rede. A ESF visa desenvolver as ações de saúde operacionalizando os princípios do SUS (entre eles o da integralidade, princípio também presente na Reforma Psiquiátrica) e assim alcançando resultados representativos em Saúde Mental. É preciso operacionalizar um processo de inclusão do portador de sofrimento psíquico na assistência primária de saúde. A experiência de sub-notificação mostra que um dos passos a serem desenvolvidos é a identificação, registro e descrição das informações clínicas para além das redes especializadas de apoio em Saúde Mental. Tal ação possibilita atuar de modo mais efetivo.

E18)O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização

1 Dados de identificação

Autores: Maria Angélica Pagliarini Waldman; Ingrid Elsen.

Periódico: Texto & Contexto - Enfermagem

Ano: 2005

Volume: 14

Numero: 3

Descritores/Palavra-chave: Saúde da Família, Transtornos mentais, Assistência a saúde; Equipe de assistência ao paciente; Desinstitucionalização.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Identificar nos estudos a desinstitucionalização e família as referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental e aprender as categorias que emergem.

3 Metodologia

Tipo de Estudo Pesquisa bibliográfica.

População/Amostra: Foram analisados 41 estudos, 4 teses de doutorado e 10 dissertações de mestrado em enfermagem, 2 dissertações de medicina e 25 artigos publicados em periódicos nacionais de enfermagem e medicina.

Local do estudo: Florianópolis – Santa Catarina.

Técnica de coleta de dados: Critérios para seleção dos estudos: ser de autoria de médicos ou enfermeiros (nos casos de teses e dissertações), ou ter sido publicado nos periódicos de enfermagem ou medicina (artigos), ser realizado com famílias de portadores de doença mental e ter sido publicadp entre 1980 e 2001. Análise de conteúdo através de Bardin.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Foram encontradas três categorias: crítica ao cuidado oferecido por alguns profissionais; a importância do profissional enquanto agente da desinstitucionalização e reinserção social do portador de transtorno mental e; a necessidade de preparo do profissional para cuidar de famílias de portadores de transtorno mental. Observou-se que os profissionais apresentam dificuldades em desenvolver seu trabalho sobre os pressupostos da desinstitucionalização efetivamente.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

O autor faz as seguintes considerações: trabalho interdisciplinar é um dos pressupostos para a desinstitucionalização em saúde mental, porém tem havido grande dificuldade dos profissionais atuarem nesta concepção. É preciso estar atento ao trabalho em equipe, principalmente em saúde mental; e como docentes universitários precisamos preparar os acadêmicos para o trabalho interdisciplinar em saúde mental com famílias levando dois aspectos: melhorar as condições de cuidado oferecido a clientela e favorecer o crescimento do profissional e da disciplina enquanto ciência.

E19) Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP

1 Dados de identificação

Autores: Andréia de Fátima Nascimento; Ana Tereza Costa Galvanes.

Periódico: Revista de Saúde Pública.

Ano: 2009

Volume: 43

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Serviços de saúde mental; Estrutura dos Serviços; Pessoal de Saúde; Saúde Mental; Recursos em saúde; Recursos materiais em saúde.

2 Objetivo/ Questão norteadora

Descrever a estrutura física, recursos humanos e as modalidades de atenção nos centros de atenção psicossocial.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Análise descritiva qualitativa.

População/Amostra: Estudo que incluiu 21 CAPS para atendimento de adultos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP.

Local do estudo: São Paulo - São Paulo.

Técnica de coleta de dados: Coletadas informações físicas dos serviços, recursos humanos disponíveis e dispositivos e procedimentos de cuidado ao paciente pelos gerentes dos serviços. Foi feito através de análise descritiva dos dados e teste qui-quadrado para testar associação entre os tipos de atividades e a localização dos serviços.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Dez serviços foram criados como ambulatórios e posteriormente transformados, oito eram hospitais-dia e apenas três foram criados como CAPS. Metade funcionava em imóveis alugados com instalações improvisadas e nenhum funcionava 24 horas. As equipes eram compostas por diversos profissionais. Apesar de heterogêneas as atividades mais frequentes valorizavam as atividades grupais de arte e cultura. Atividades artesanais e de integração psicofísica foram evidenciadas.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Tanto as atividades desenvolvidas como os modos de trabalho estavam amplamente ligados a preferência dos profissionais não havendo ligação com o tipo de serviço. Embora tal

situação estimule a criatividade causa um certo abismo entre a proposta do serviço e o que é feito. As atividades grupais estão sendo muito utilizadas mostrando reconhecimento e valorização por muitos serviços e profissionais. Em contrapartida as reuniões em equipe não foram detectadas mostrando desvalorização desta prática e que ainda não são reconhecidas como parte do trabalho.

E20) O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente ao profissionais de saúde na atenção básica)

1 Dados de identificação

Autores: Eduardo G. Barban; Angélica A. Oliveira

Periódico: Arq Ciênc Saúde

Ano: 2007

Volume: 14

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Saúde Mental; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Atenção Básica à Saúde; Programa Saúde da Família; Educação Continuada

2 Objetivo/ Questão norteadora

Artigo construído com subsídios adquiridos da experiência prática e com a pesquisa bibliográfica sobre o tema de rede de apoio em saúde mental à partir da atenção primária em saúde. O propósito do estudo é servir como referência para implantar assistência em saúde mental na atenção básica.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Relato de experiência

População/Amostra: Matriciamento em Saúde Mental no Programa Saúde da Família

Local do estudo: São José do Rio Preto - SP

Técnica de coleta de dados: Relato de experiência do autor com embasamento teórico em pesquisa bibliográfica

4 Resultados/Conclusões do estudo

Foi criado um modelo de “matriciamento de Saúde mental no Programa de Saúde da Família em São José do Rio Preto” que vem se adaptando às várias roupagens ou realidades locais a partir destas experiências.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

A faculdade de medicina e a Secretaria de Saúde devem procurar a formação dos estudantes às várias realidades presentes na saúde pública formando recursos humanos mais adequados à realidade do SUS. Locais de periferia, ou mais distantes não devem ter alta rotatividade impossibilitando assim a formação de vínculos e prejudicando a capacitação e sensibilização da equipe para com a comunidade local.

E21) Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfica

1 Dados de identificação

Autores: Álissan Karine Lima Martins; Violante Augusta Batista Braga; Ângela Maria Alves e Souza

Periódico: Rev. Rene. Fortaleza

Ano: 2009

Volume: 10

Numero: 4

Descritores/Palavra-chave: Saúde Mental; Programa de Saúde da Família; Saúde Pública

2 Objetivo/ Questão norteadora

Estudo bibliográfico objetivando analisar pesquisas brasileiras enfocando a saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da família (ESF) frente à atual política de saúde mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Revisão bibliográfica

População/Amostra: Sete estudos oriundos da base de dados LILACS.

Local do estudo: Os artigos foram levantados através de busca na base de dados BIREME. As publicações se compuseram de artigos indexados e acessíveis na integra coletados em maio de 2008.

Técnica de coleta de dados: Uso dos deCS “Saúde Mental” e “Programa de Saúde da Família” medidos pelo operador booleando “and”, considerando o período de 2003-2008.

4 Resultados/Conclusões do estudo

A leitura exploratória, seletiva e interpretativa propiciou perceber que apesar do processo de Reforma Psiquiátrica no país e as recentes experiências de inclusão das ações em saúde mental na ESF, há demanda elevada, mas em contra partida pouco manejo com a temática e limitações dos serviços para com tal situação.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

A consolidação da Reforma Psiquiátrica passa por variados meios e processos entre eles estão à necessidade de integração das redes sociais. Integrar-se é mais do que o mero encaminhamento é assumir papéis, atuar e a responsabilizar-se pela clientela de modo a não fragmentar o processo. A não fragmentação é um dispositivo que depende de estratégias e ações competentes de capacitação e planejamento.

E22) Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE

1 Dados de identificação

Autores: Adail Afrânio Marcelino do Nascimento; Violante Augusta Batista Braga

Periódico: Cogitare Enferm

Ano: 2004

Volume: 9

Numero: 1

Descritores/Palavra-chave: Saúde Mental; Saúde da Família; Reforma Psiquiátrica

2 Objetivo/ Questão norteadora

Estudo com objetivo de analisar a prática do enfermeiro e do médico do PSF quanto à atenção em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Qualitativo.

População/Amostra: Sete enfermeiros e cinco médicos do município de Caucaia-CE.

Local do estudo: Caucaia-CE

Técnica de coleta de dados: Entrevista semi-estruturada com profissionais que aceitaram participar da pesquisa e que possuíam no mínimo seis meses de trabalho pertencentes ao município Caucaia-CE.

4 Resultados/Conclusões do estudo

As práticas de enfermeiros e médicos são orientadas pela prática da psiquiatria tradicional. A equipe reconhece inabilidade de manejo, dificuldade de lidar com a demanda, definição confusa de saúde mental além de desconhecimento e pouca utilização dos recursos da comunidade para lidar com a situação.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Os enfermeiros e médicos da instituição analisada ainda estão trabalhando sobre a ótica antiga onde os encaminhamentos e a medicalização são os meios mais utilizados. Tal condição vai contra os princípios estipulados pela Reforma Psiquiátrica. Precisa haver uma sensibilização dos médicos e enfermeiros de PSF para a importância em se qualificar para atuação em saúde mental.

E23) Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica / CAPS

1 Dados de identificação

Autores: Edilane Bezerra; Magda Dimenstein

Periódico: Psicologia: Ciência e Profissão

Ano: 2008

Volume: 28

Numero: 3

Descritores/Palavra-chave: Reforma psiquiátrica; Saúde mental; Apoio matricial; CAPS; Atenção Básica

2 Objetivo/ Questão norteadora

O artigo pretende discutir a proposta de apoio matricial em saúde mental segundo trabalhadores de CAPS do município de Natal – RN.

3 Metodologia

Tipo de Estudo: Qualitativo.

População/Amostra: Foram feitas 17 entrevistas com os profissionais: 7 psicólogos, 3 enfermeiros, 3 psiquiatras, 3 assistentes sociais e 1 nutricionista pertencentes à 4 CAPS de Natal-RN.

Local do estudo: Natal-RN.

Técnica de coleta de dados: Roteiro de entrevista semi-estruturado visando discutir alguns eixos temáticos visando discutir a articulação dos serviços de saúde mental.

4 Resultados/Conclusões do estudo

Os CAPS estão bastante ativos com a proposta de implementação do apoio matricial em saúde mental. Os seus gestores demonstram empenho em atingir tal resultado. No entanto a articulação entre saúde mental e atenção básica deveria ser articulada e melhor ordenada pelos CAPS. A desarticulação é percebida principalmente no sistema de encaminhamentos e de referência e contra-referência.

5 Recomendações/ Propostas/ Considerações finais do autor

Por ser uma experiência recente percebe-se uma construção do processo da rede local. Essa realidade nova mostra-se como um desafio aos CAPS ao mesmo tempo em que pode ser uma solução. Os saberes da rede especializada são de extrema importância para dar suporte a rede básica, mas não podem ser hegemônicos de maneira que todos possam contribuir. O

matriciamento deve ser uma proposta a ser profundamente analisada e que deve vir a trazer grandes contribuições que também devem vir acompanhadas de outras estratégias.

APÊNDICE B - Quadro 1. Quadro sinóptico de análise dos estudos.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
1	Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção	TANAKA O.Y; RIBEIRO E.L.	O projeto analisou a atenção prestada a 411 crianças de cinco a onze anos de idade atendidas em uma UBS de São Paulo. Comparou-se os dados clínicos que foram levantados com um inventário de sintomas padronizados Child Behavior Checklist (CBCL) e assim mostrar a capacidade dos pediatras em reconhecer problemas de saúde mental em crianças. Entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas complementarmente aos pediatras, afim de, diagnosticar as causas de possíveis falhas.	Foi apontada uma baixa capacidade dos pediatras em reconhecer problemas de saúde mental nas crianças que atenderam. Os principais fatores relacionados a este baixo desempenho foram: deficiência na formação e impossibilidade de atuar adequadamente frente a uma queixa ou hipótese diagnóstica pela falta de apoio matricial.	O autor conclui que a reorganização do trabalho na atenção básica deveria contemplar na melhor capacitação profissional, mas principalmente o apoio técnico específico em saúde mental, propiciando e incorporando tecnologias de intervenção mais apropriadas para tal finalidade.
2	Trabalho na atenção básica: integralidade ao cuidado em saúde mental	CAÇAPAVA J.R; COLVERO L. A.	Cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental em uma UBS e analisar o trabalho em equipe com base nas ações de saúde mental integral. A técnica usada foi um fluxograma analisador.	A conexão dos fluxos dos diversos trabalhadores com/e entre os usuários nesta UBS vêm produzindo espaços distintos e coletivos de trocas, ações, compreensão ampliada e valorização das relações humanas e das subjetividades atingindo a integralidade na saúde mental.	O autor pontua que é necessário que os trabalhadores não se fechem em suas concretudes resolutivas e reinventem um cotidiano que auxilie na transversalidade dos processos de trabalho entre os profissionais e que estes tragam novas possibilidades na compreensão e tratamento multifatorial do sofrimento psíquico.
3	Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede	JUCA V.J.S; NUNES M.O; BARRETO S.G.	Realizar uma investigação que objetiva compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e assim planejam e desenvolvem suas intervenções para tentar minimizar este sofrimento nos seguintes contextos: PSF e CAPS. Pesquisa em saúde mental que se utiliza do “sistema de signos, significados e de práticas”.	Mostrou-se os resultados referentes apenas ao contexto PSF e conclui-se que: as quatro equipes analisadas tentam com os recursos que possuem lidar com a situação do sofrimento mental quando esta se faz presente. Há uma pluralidade nas formas de identificar e nomear o sofrimento psíquico e apesar das angústias, despreparos e dificuldades dos profissionais há mobilização por parte dos mesmos para tentar auxiliar o usuário com sofrimento psíquico.	Para o autor é necessária uma providência urgente de estratégias que visem dar suporte as equipes de PSF para que a mesma também entre na rede de suporte de cuidados em saúde mental. Capacitação ou suporte especializado podem ser os meios mais viáveis.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
4	Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental	CAMPOS R.T.O; FURTADO J.P; PASSOS E; FERRER A.L; MIRANDA L; GAMA C.A.P.	Avaliar os modelos assistenciais, de gestão e de formação de trabalhadores de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Pesquisa avaliativa qualitativa com trabalhadores, usuários, familiares e gestores locais e municipais. Pesquisa avaliativa realizada entre 2006-2007. Transcrição do material gravado de cada grupo e construídas narrativas seguindo o referencial de Ricoeur. As narrativas foram apresentadas aos participantes para contestá-las, corrigi-las e validá-las. Os resultados foram discutidos em oficinas para elaborar um guia em CAPS III.	Foram identificados pontos fortes e fragilidades no que diz respeito: à atenção à crise, articulação com a rede básica, formulação de projetos terapêuticos, gestão de equipes, organização em equipes, sofrimento psíquico e formação educacional.	É destacado como positivo a expansão da rede de CAPS desenvolvida em virtude dos esforços e da coragem de gestores e profissionais. As fragilidades dirigem-se a necessidade de criar elementos que eliminem a fragmentação do acesso nos finais de semana e no período da noite. Algumas recomendações sugeridas foram: plano de carreira, treinamento, especificação e educação continuada (referente aos trabalhadores) e ampliação, qualificação e gerência especializada (referente à rede CAPS).
5	Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária	NUNES M; JUCÁ V.J; VALENTIN C.P.B.	Com base nas articulações entre os movimentos da Reforma Psiquiátrica e as bases de territorialização do cuidado em Saúde Básica foi feito este estudo. Este é um estudo etnográfico com quatro equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) que priorizou a narrativa dos trabalhadores de saúde para que se pudesse assim analisar as práticas adotadas e a normativa instituída e proposta, bem como os avanços e dificuldades para se desenvolver um bom trabalho em saúde mental. Categorizou-se em três grandes grupos a população entrevistada e analisada: agentes comunitários (ACs), técnicos de enfermagem e auxiliar de dentistas e por fim os profissionais de nível universitário.	Foi possível perceber confluências entre o modelo e articulação do cuidado em PSF e na rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ampliou-se assim o conceito de saúde-doença, interdisciplinaridade no cuidado e da territorialização das ações em ambos os modelos, no entanto, na prática concreta existem conflitos entre os modelos que apontam que as equipes de PSF ainda se sentem e atuam limitadamente. Por muitas vezes os profissionais de PSF não incluem o doente psiquiátrico no seu atendimento mesmo quando o problema está ligado a co-morbidades não-psiquiátricas.	Falta preparo aos profissionais que atuam em saúde pública para lidar com a doença mental e não é preciso ter formação especializada já que estes devem ser vistos como colaboradores. É preciso ainda diminuir o preconceito aos portadores de qualquer tipo de sofrimento psicossocial seja qual for o atendimento a ser prestado. Ainda é preciso muni-los com recursos adequados para atender a complexidade dos casos que surgem. É necessário maior incentivo político-administrativo já que todos os profissionais do estudo manifestaram-se em favor da qualificação da sua formação por motivos da ética do cuidado e para atenuar sua angústia de impotência frente à angústia social.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
6	Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local	SILVEIRA D. P.; VIEIRA A.L.S.	Mapear e analisar as modalidades de atenção em saúde mental desenvolvidas numa unidade de saúde mental mista, no município do Rio de Janeiro e assim conhecer os modos de cuidado oferecidos pelos profissionais da unidade às necessidades de saúde identificadas como problemas de saúde mental elencados sobre os eixos: de escuta do sujeito e de integralidade e da noção vínculo/acolhimento. Estudo de caso qualitativo feito com observação insipiente, registro de observações de campo, coleta de informações dos prontuários e entrevista semi-estruturada com profissionais (informantes-chave) da unidade de saúde e da equipe de Saúde da Família.	O estudo apontou que ainda predomina o modelo biomédico nas ações de saúde mental na atenção primária, ainda há a psiquiatrização do cuidado em saúde mental e a burocratização do processo de trabalho.	É necessária uma política pública especial que contemple os usuários em sofrimento psíquico no contexto das políticas de atenção básica na saúde pública local que rompa com o modelo biomédico ainda hegemônico.
7	Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial	MIRANDA L.; CAMPOS R.T.O.	Analisar como os usuários, familiares e trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) avaliam o trabalho da equipe e dos profissionais destes serviços de referência. Pesquisa qualitativa com base no paradigma construtivista e na hermenêutica Gadameriana. Foram analisados dois grupos focais compostos por profissionais, familiares e usuários de CAPS.	Do estudo surgiu um arranjo que produz efeitos terapêuticos e contribui na eficácia do trabalho. Há, porém riscos de centralização de poder praticada pelos profissionais de referência e sofrimento do trabalhador que pode ficar exacerbado com essa responsabilização de referência.	O arranjo produtor dos efeitos equipes/profissionais de referência sobre os pacientes embasam-se em aspectos psicossociais e na constância e integralidade do cuidado. Os problemas relacionados a este modo de trabalho centram-se na onipotência exigida do profissional. É necessária uma articulação entre as equipes, afim de diminuir a exacerbação do cuidado por profissionais especializados unicamente.
8	A saúde mental no PSF e o trabalho de enfermagem	SILVA A.T.M.C.	Compreender os limites/possibilidades de implementação de ações de saúde mental nos serviços da rede básica de saúde do município de Cabedelo PB, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. O material empírico foi analisado pela técnica de análise do discurso obtido por entrevista.	Os resultados indicaram que o processo de trabalho dos enfermeiros se identifica com o processo de trabalho de assistência/cuidado e que este tem enfoque na Saúde Coletiva apesar de seguir o modelo tradicional com vistas ainda aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica (inclusão social e assistência integral da assistência).	As políticas vigentes de Saúde Coletiva e de Saúde Mental (Reforma) convergem para uma assistência que objetiva uma prática profissional com processos de trabalho que englobam aspectos individuais e coletivos. O enfermeiro é peça fundamental nos serviços de saúde mental e como tal carece de uma Educação Permanente que o instrumentalize a uma crítica da realidade e da interdisciplinaridade, afim de, entender melhor o processo saúde-doença mental para que possa haver uma adequação da sua ação.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
9	A estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental	YASUIS; COSTA-ROSA A.	Refletir sobre os desafios cotidianos das Instituições de Saúde Mental, que buscam implantar uma prática em acordo com a nova proposta apesar de ainda deparar-se com as práticas hegemônicas que precisam ser superadas. Realizado mapeamento das características de Estratégia Atenção Psicossocial e apontados os prováveis avanços desde a implantação dos mesmos.	A prática encontrada nos principais dispositivos de saúde mental - os CAPS, revela uma lógica ambulatorial distante da que se idealiza. Este que outrora já fora apontado como instrumento promissor de trabalho em saúde mental (montados com equipes multiprofissionais) mostra-se mais burocrático do que efetivo sem causar grande impacto na lógica hospitalocêntrica.	É preciso superar o menosprezo ao doente mental e empoderar a população em todas as etapas de se fazer saúde. A assistência precisa pautar-se mais na transdisciplinariedade e deve haver também ação conjunta de Saúde Coletiva e Saúde mental para se atingir à integralidade. A estratégia de atenção psicossocial deve ser uma lógica que perpasse e transcenda as instituições ultrapassando a organização hierarquizada baseada em níveis de complexidade de atenção.
10	Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família	SOUZA A.C.	Discutir a implementação da política de saúde no âmbito da atenção primária de saúde. Pesquisa bibliográfica.	As orientações das políticas de atenção à saúde mental apontam para a consolidação de novas estratégias de cuidado. Tanto a Saúde da Família quanto os CAPS constituem dispositivos ímpares para a modificação das práticas de atenção em saúde mental para uma perspectiva que construa novas formas de convivência com as diferenças e com uma proposta de ampliação das redes a um dado território.	A Saúde da Família pode propiciar ações embasadas no estabelecimento do vínculo consistente com sua comunidade e capaz de propiciar mudanças. Por esse motivo seja o dispositivo mais próximo ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica se o mesmo melhorasse o acesso a referente à atenção psicossocial. O CAPS necessita inserir-se mais no cotidiano da sociedade que serve atuando nos espaços e percursos do território de atuação. É preciso avançar para além do mono conceito de saúde.
11	Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no programa de saúde da família	SOUZA R.C; SCATENA M.C.M.	O estudo teve como objetivo analisar três aspectos: as necessidades do doente mental, os limites e possibilidades do cuidado na perspectiva dos profissionais que atuam em PSF e o Programa como possibilidade de cuidado em Saúde Mental. Realizou-se quatro grupos focais com enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde do município de Ilhéus (BA/Brasil) no qual a abordagem teórico-metodológica seguiu os pressupostos do construcionismo social e da pesquisa qualitativa.	A conclusão é que o programa praticamente exclui o doente mental apesar de contemplar grande parte da população geral. Os impedimentos do cuidado apresentados devem ser levados em consideração e passar a se tratado como possibilidade (vir a ser) e assim o Programa terá a possibilidade de atuar como parte integrante do projeto maior que é a rede de atenção psicossocial contemplando o atendimento integral em saúde.	A condição que modificará esse paradigma de debilidade da ação em Saúde Coletiva como apoio a rede de Saúde mental necessita uma modificação da forma de pensar e planejar o serviço do Programa. É preciso valorizar a comunidade e passar a entender que os mesmos são instrumentos auxiliares no cuidado ao sofrimento mental incluindo o próprio paciente.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
12	A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica	LUZIO C.A; L'ABBATE S.	Estudo que se propõem em verificar como a assistência oferecida nos municípios de Cândido Mota e Assis (respectivamente de pequeno e médio porte) viabilizam os princípios da Reforma Psiquiátrica aos seus usuários e ainda como trabalhadores e gestores estão construindo práticas melhores e novas em Saúde Mental. O estudo foi feito aos moldes das metodologias qualitativas. Foi utilizada a técnica de captação das informações através de entrevistas semi-estruturadas, e analisando-se textos e documentos.	Foi percebida uma baixa efetivação da proposta de Reforma Psiquiátrica nos municípios analisados. O resultado atingido é devido à carência de investimento qualificado nas equipes, ao compromisso dos gestores e a necessidade de ampliação da participação de usuários e seus familiares. Ainda assim percebe-se uma grande evolução nos serviços de saúde oferecidos. Ainda que em modificação não completada, os serviços de Saúde Mental avançam para o abandono das práticas e ideais manicomial e estão se desenvolvendo gradativamente para chegar a Reforma.	As diretrizes e propostas que compõem a Reforma têm conseguido adentrar-se no Sistema Único de Saúde de diversos municípios principalmente quando os segmentos (gestores, trabalhadores e usuários) envolvidos comprometem-se nessas mudanças. Não investir em formação permanente pode comprometer a ideologia de diminuição das hospitalizações limitando-a apenas a medicalização da demanda. Novas práticas implicam em retomar as práticas de tratamento moral e perda das concepções manicomial (inclusive de menosprezo ao paciente).
13	Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?	RIBEIRO L.M; MEDEIROS S.M; ALBUQUERQUE J.S; FERNANDES S.S.M.B.A.	Descrever as atividades voltadas para a atenção ao portador de transtorno mental na ESF e também se os profissionais encontram-se preparados para atender essa demanda. Estudo realizado com dez enfermeiros pertencentes a três unidades de saúde da família de Natal/RN utilizando-se da análise com abordagem qualitativa que utiliza-se da técnica de história oral temática (entrevistas gravadas e transcritas).	As falas constatarem que não há atividades para o portador de transtorno mental na rede básica de saúde e que a capacitação débil das enfermeiras mostra-se como um desafio a ser superado.	Precisa aumentar a capacitação em saúde mental dos profissionais de todos os tipos de serviço de saúde para que os mesmos possam desenvolver ações mais autônomas e não a simples reprodução de ações de outros profissionais especializados (como a transcrição de receitas) além de melhorar a articulação dos serviços. O portador de sofrimento psíquico é um verdadeiro desafio para a equipe ESF.
14	A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT	RIBEIRO C.C; RIBEIRO L.A; OLIVEIRA A.G.B.	Pesquisa de abordagem qualitativa em duas unidades de PSF do município de Cuiabá no Mato Grosso, delimitada em três eixos: territorialidade, recursos e vínculos dos serviços; processos de trabalho das equipes; rede assistencial em saúde mental.	Mostrou-se uma dificuldade de acesso e infra-estrutura frágil das unidades com a comunidade. A rede de referência em saúde mental destas unidades se mostrou desarticulada com as mesmas e apesar das duas unidades terem demanda de pacientes de saúde mental apenas uma promovia trabalho articulado à comunidade sobre transtornos de saúde mental.	Conclui-se que o PSF carece de investimentos técnico-assistenciais para atenção aos portadores de transtornos mentais. É preciso investimento dos gestores para melhor articular os processos de trabalho entre os vários serviços de saúde mental. No entanto as equipes precisam também se organizar para atender a população portadora de transtornos, a capacitação é muito importante, mas ainda é mais precioso que a equipe passe a discutir as dificuldades e possibilidades de atendimento de modo a incluir essa população.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
15	Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica	FIGUEIREDO M.D.; CAMPOS R.O.	O artigo discute a inserção de Saúde mental na Atenção Básica como necessidade de continuar a Reforma Psiquiátrica. Também é problematizado o apoio matricial como arranjo as demandas.	O artigo reconhece grande potencial das equipes de Atenção Básica para exercer papel à ampliação de atendimento em Saúde Mental e de concretude interdisciplinar das dimensões subjetivas e sociais, para assistência resolutive de saúde.	Para os autores o apoio matricial tem uma importante função pedagógica. A proposta é que os profissionais aprendam a lidar com os sujeitos e suas complexidades com práticas e saberes comprovadamente eficazes sem diminuir a autonomia e as inovações, além de dinamizar os encaminhamentos aos serviços articulados e ampliar os caminhos de Saúde Mental.
16	Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental	MÂNGIA E.F.; MURAMOTO M.	Trabalho que compõem a pesquisa “Estudo Colaborativo sobre a experiência da rede de serviços em saúde mental no município de Santo André: caracterizando os serviços, conhecendo resultados e desenvolvendo um experimento sobre ativação de rede social” . Realizou-se entrevistas com usuários e profissionais, aplicação de questionários, observação participante em um Núcleo de Atenção Psicossocial com funcionamento de 24 horas.	São apresentados os resultados parciais referentes ao Sub-Projeto A e permite discutir e problematizar aspectos como a missão dos serviços substitutivos em saúde mental que ainda estão com dificuldade de assumir seu verdadeiro papel seja pela lógica política, seja pela modificação de hábitos, costumes e idéias. E também a concepção do que é preciso para a construção de projetos terapêuticos resolutivos e o surgimento das diretrizes para a construção desses projetos na perspectiva da integralidade.	Os autores propõem que para um serviço de saúde mental mais desenvolvido é preciso uma construção coletiva de usuários, profissionais, pesquisadores e estudantes. É preciso também caracterizar a lógica dos serviços numa constituição em comum que deve ser: embasada na não fragmentação do indivíduo, das suas necessidades e de suas ações. Para tal é preciso mais do que uma prática diferenciada é preciso surgir uma ética de cuidado diferenciada.
17	A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermagem construindo caminhos junto às equipes de saúde da família	OLIVEIRA A.G.B.; ATAÍDE I.F.C.; SILVA M.A.	Relato de experiência de trabalho da enfermeira em equipe de saúde da família. Proposta de apresentar alternativa de trabalho que possibilite assistir o portador de transtorno mental. Os dados foram levantados através das fichas de cadastramento preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACs) e das prescrições de conduta terapêutica.	Percebeu-se que os problemas de sofrimento mental eram sub-notificados. Uma busca ativa foi proposta aos ACs utilizando além do cadastramento o conhecimento informal dos mesmos. No cadastro inicial haviam 19 problemas identificados e após a proposta verificou-se 39 casos que tiveram seus diagnósticos confirmados por especialistas. Houve aumento e diversificação dos problemas de ordem psicossocial. A ESF reorientou suas ações e fez prescrição adequada aumentando a qualificação do serviço em Saúde Mental.	Autores apontam para a inclusão de ações de saúde mental na atenção primária para melhoria da rede. A ESF visa desenvolver as ações de saúde operacionalizando os princípios do SUS (entre eles o da integralidade, princípio também presente na Reforma Psiquiátrica) e assim alcançando resultados representativos em Saúde Mental. É preciso operacionalizar um processo de inclusão do portador de sofrimento psíquico na assistência primária de saúde. A experiência de sub-notificação mostra que um dos passos a serem desenvolvidos é a identificação, registro e descrição das informações clínicas para além das redes especializadas de apoio em Saúde Mental. Tal ação possibilita atuar de modo mais efetivo.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
18	O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização	WALDMAN M.A.P; ELSEN I.	Pesquisa bibliográfica que objetivou identificar nos estudos a desinstitucionalização e família as referências sobre o cuidado multi e interdisciplinar em saúde mental e aprender as categorias que emergem. Foram analisados 41 estudos, 4 teses de doutorado e 10 dissertações de mestrado em enfermagem, 2 dissertações de medicina e 25 artigos publicados em periódicos nacionais de enfermagem e medicina. Análise de conteúdo de Bardin.	Foram encontradas três categorias: crítica ao cuidado oferecido por alguns profissionais; a importância do profissional enquanto agente da desinstitucionalização e reinserção social do portador de transtorno mental e; a necessidade de preparo do profissional para cuidar de famílias de portadores de transtorno mental. Observou-se que os profissionais apresentam dificuldades em desenvolver seu trabalho sobre os pressupostos da desinstitucionalização efetivamente.	O autor faz as seguintes considerações: trabalho interdisciplinar é um dos pressupostos para a desinstitucionalização em saúde mental, porém tem havido grande dificuldade dos profissionais atuarem nesta concepção. É preciso estar atento ao trabalho em equipe, principalmente em saúde mental; os docentes universitários precisam preparar os acadêmicos para o trabalho interdisciplinar em saúde mental com famílias levando dois aspectos: melhorar as condições de cuidado oferecido a clientela e favorecer o crescimento do profissional e da disciplina enquanto ciência.
19	Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP	NASCIMENTO A.F; GALVANES E A.T.C.	Estudo que incluiu 21 CAPS para atendimento de adultos vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, SP e assim descrever a estrutura física, recursos humanos e as modalidades de atenção nos centros de atenção psicossocial.	Dez serviços foram criados como ambulatórios e posteriormente transformados, oito eram hospitais-dia e apenas três foram criados como CAPS. Metade funcionava em imóveis alugados com instalações improvisadas e nenhum funcionava 24 horas. As equipes eram compostas por diversos profissionais. Apesar de heterogêneas as atividades mais frequentes valorizavam as atividades grupais de arte e cultura. Atividades artesanais e de integração psicofísica foram evidenciadas.	Tanto as atividades desenvolvidas como os modos de trabalho estavam amplamente ligados a preferência dos profissionais não havendo ligação com o tipo de serviço. Embora tal situação estimule a criatividade causa um certo abismo entre a proposta do serviço e o que é feito. As atividades grupais estão sendo muito utilizadas mostrando reconhecimento e valorização por muitos serviços e profissionais. Em contrapartida as reuniões em equipe não foram detectadas mostrando desvalorização desta prática e que ainda não são reconhecidas como parte do trabalho.
20	O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e educação permanente ao profissionais de saúde na atenção básica)	BARBAN E.G; OLIVEIRA A.A.	Artigo construído com subsídios adquiridos da experiência prática e com a pesquisa bibliográfica sobre o tema de rede de apoio em saúde mental à partir da atenção primária em saúde. Propósito de servir como referência para implantar assistência em saúde mental na atenção básica.	Foi criado um modelo de “matriciamento de Saúde mental no Programa de Saúde da Família em São José do Rio Preto” que vem se adaptando às várias roupagens ou realidades locais a partir destas experiências.	A faculdade de medicina e a Secretaria de Saúde devem procurar a formação dos estudantes às várias realidades presentes na saúde pública formando recursos humanos mais adequados à realidade do SUS. Locais de periferia, ou mais distantes não devem ter alta rotatividade impossibilitando assim a formação de vínculos e prejudicando a capacitação e sensibilização da equipe para com a comunidade local.

C. E.	Título do Artigo	Autores	Objetivos/Tipo de estudo	Resultados/ Conclusões do estudo	Recomendações/Propostas/ Considerações finais do autor
21	Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfica	MARTINS A.K.L; BRAGA V.A.B; SOUZA A.M.A.	Estudo bibliográfico objetivando analisar pesquisas brasileiras enfocando a saúde mental no contexto da Estratégia Saúde da família (ESF) frente à atual política de saúde mental e os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os artigos foram levantados através de busca na base de dados BIREME. As publicações se compuseram de artigos indexados e acessíveis na integra coletados em maio de 2008. Propósito deste estudo foi reunir e aprofundar informações sobre o assunto determinado e compreender os conhecimentos existentes favorecendo a reflexão desta realidade, levantando direcionamentos e lacunas que podem embasar práticas e saberes.	A leitura exploratória, seletiva e interpretativa propiciou perceber que apesar do processo de Reforma Psiquiátrica no país e as recentes experiências de inclusão das ações em saúde mental na ESF, há demanda elevada, mas em contra partida pouco manejo com a temática e limitações dos serviços para com tal situação.	A consolidação da Reforma Psiquiátrica passa por variados meios e processos entre eles estão à necessidade de integração das redes sociais. Integrar-se é mais do que o mero encaminhamento é assumir papéis, atuar e a responsabilizar-se pela clientela de modo a não fragmentar o processo. A não fragmentação é um dispositivo que depende de estratégias e ações competentes de capacitação e planejamento.
22	Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia – CE	NASCIMENTO A.A.M; BRAGA V.A.B.	Estudo com objetivo de analisar a prática do enfermeiro e do médico do PSF quanto à atenção em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Dados obtidos através de observação livre e entrevista semi-estruturada no período de maio a agosto de 2003.	As práticas de enfermeiros e médicos é orientada pela prática da psiquiatria tradicional. A equipe reconhece inabilidade de manejo, dificuldade de lidar com a demanda, definição confusa de saúde mental além de desconhecimento e pouca utilização dos recursos da comunidade para lidar com a situação.	Os enfermeiros e médicos da instituição analisada ainda estão trabalhando sobre a ótica antiga onde os encaminhamentos e a medicalização são os meios mais utilizados. Tal condição vai contra os princípios estipulados pela Reforma Psiquiátrica. Precisa haver uma sensibilização dos médicos e enfermeiros de PSF para a importância em se qualificar para atuação em saúde mental.
23	Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica / CAPS	BEZERRA E; DIMEINS-TEIN M.	O artigo pretende discutir a proposta de apoio matricial em saúde mental segundo trabalhadores de CAPS do município de Natal – RN. Investigação realizada nos 4 CAPS de Natal no período de 2006. Foram feitas 17 entrevistas com os profissionais divididos em categorias. O foco da discussão foi a articulação da rede de serviços e o lugar que o CAPS nela ocupa e os desafios encontrados.	Os CAPS estão bastante ativos com a proposta de implementação do apoio matricial em saúde mental. Os seus gestores demonstram empenho em atingir tal resultado. No entanto a articulação entre saúde mental e atenção básica deveria ser articulada e melhor ordenada pelos CAPS. A desarticulação é percebida principalmente no sistema de encaminhamentos e de referência e contra-referência.	Por ser uma experiência recente percebe-se uma construção do processo da rede local. Essa realidade nova mostra-se como um desafio aos CAPS ao mesmo tempo em que pode ser uma solução. Os saberes da rede especializada são de extrema importância para dar suporte a rede básica, mas não podem ser hegemônicos de maneira que todos possam contribuir. O matriciamento deve ser uma proposta a ser profundamente analisada e que deve vir a trazer grandes contribuições que também devem vir acompanhadas de outras estratégias.