

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**  
**Mestrado em Saúde da Família**

**A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE ITAOCARA-RIO DE  
JANEIRO**

**FRANCINE PINHEIRO NAVEGA**

RIO DE JANEIRO  
2012

**FRANCINE PINHEIRO NA VEGA**

**A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA (ESF) NO MUNICÍPIO DE ITAOCARA-RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Carnot de Almeida

Rio de Janeiro, dezembro de 2012.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N323a

Navega, Francine Pinheiro

A atenção em saúde mental na estratégia saúde da família (ESF) no município de Itaocara-Rio de Janeiro- Rio de Janeiro, 2012.

95f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2012.

1.Saúde Mental. 2. Atenção Primária a saúde. 3. Saúde da Família. 4. Prática profissional  
I. Título.

CDD: 615.851



Estácio

Universidade Estácio de Sá

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

A dissertação

**ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA  
NO MUNICÍPIO DE ITAOCARA - RJ**

elaborada por

**FRANCINE PINHEIRO NAVEGA**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

**MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rio de Janeiro, 15 de dezembro de 2012.

BANCA EXAMINADORA

**Profª Drª Eliane Carnot de Almeida**  
Presidente  
Universidade Estácio de Sá

**Profª Drª Luciana Maria Borges da Matta Souza**  
Universidade Estácio de Sá

**Profª Drª Valéria Ferreira Romano**  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

## DEDICATÓRIA

A orientadora desta pesquisa Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Eliane Carnot de Almeida pelo incentivo, atenção e auxílio na elaboração deste trabalho.

Ao meu irmão Antonio Marcos Pinheiro Navega, aos meus pais Antônio Alves Navega e Maria Antônia Pinheiro Navega que sempre estiveram comigo me apoiando, incentivando e demonstrando total paciência e amor.

Aos queridos professores e colegas do mestrado pelo carinho e amizade.

Aos profissionais de saúde mental que atuam comigo e aos usuários de saúde mental que são parte essencial deste trabalho.

Dedico esta dissertação a vocês com muita satisfação e amor.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, meu pai e criador por ter me possibilitado cursar esse Mestrado, estando sempre à frente dos meus passos, me guiando e permitindo essa grande vitória. A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Carnot de Almeida, coordenadores e Mestres do Curso, aos queridos colegas de turma, pela amizade, companheirismo e apoio nesse momento tão importante para a minha qualificação profissional e realização pessoal. Agradeço também a Secretária Municipal de Saúde, a Coordenação de Saúde Mental e a todos os profissionais atuantes na Saúde Mental e na Saúde da Família que acreditaram, valorizaram o trabalho e contribuíram para ele.

“Não há saber mais ou saber menos. Há saberes diferentes”.

(Paulo Freire)

## RESUMO

Esta pesquisa teve por objetivo investigar a organização da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Itaocara - Rio de Janeiro. Este estudo levou a compreensão da importância da articulação da rede em saúde mental destacando que uma rede diversificada de serviços juntamente com a incorporação de ações de saúde mental na atenção primária poderá propiciar resultados satisfatórios ao nível de saúde mental na comunidade, assim como contribuir para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e da atenção em saúde mental na ESF. A reflexão a respeito da atenção que tem sido dispensada a saúde mental na ESF no município de Itaocara pode se estender a outros municípios de pequeno porte. O desenho da pesquisa foi qualitativo e exploratório, complementado pelos conceitos da pesquisa descritiva. Os métodos de pesquisa utilizados na coleta de dados foram grupo focal e entrevistas individuais com roteiros semi-estruturados. O estudo teve como cenário as unidades da ESF, o CAPS e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Itaocara-RJ. Os sujeitos da pesquisa foram gestores e profissionais da saúde mental e da estratégia saúde da família. Os resultados apontam que a atenção em saúde mental na ESF deste município apresenta entraves em relação à organização da rede e aponta o CAPS como a referência. O sistema de contra-referência foi outra dificuldade identificada, sendo o usuário quem geralmente transmite as informações à equipe. O estudo concluiu também pela necessidade de capacitação das equipes de ESF em saúde mental como fator principal para melhor articulação da rede e o desenvolvimento de uma atenção integral ao usuário.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Primária a Saúde. Saúde da Família. Prática Profissional.



## **ABSTRACT**

This research had for goal to investigate the care organization in Mental Health in Family Health Strategy in Itaocara city. Rio de Janeiro. This study does me to understand the importance articulation network of mental health highlighting that a diversified service network with an annexation mental health services in primary care can show propitiate satisfactory result the level of mental health in the community, like this to contribute to the strengthening of the Psychiatric Reform and mental health care in the FHS. Thinking about the care that has been offered to mental health in FHS in Itaocara city can extend to others small towns. The research design was qualitative and exploratory, complemented by descriptive concepts. The research methods used in data collection were focus group and individual interviews with semi-structured guide. This study had the FHS units like setting, the CAPS and Municipal Health Department of Itaocara city. The research interviewee were managers and mental health and family health strategy professionals. The results showed mental health care in FHS in this city has barriers in relation to the organization's network and pointed CAPS as reference. The counter transference system was another difficulty found, and the user who usually says the information to the team. The study also concluded the need for training of mental health FHS teams as main factor to improve the articulation of the network and the development of a comprehensive care to the user.

**Keywords:** Mental Health. Primary Health Care. Family Health. Professional Practice.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CID 10 - Classificação Internacional de Doenças na décima edição

CIR - Comissão Intra-municípios por Região

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICPC - International Classification of Primare Care

ICPC 2 - International Classification of Primare Care, 2 ed.

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

MS/DAB - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde

MS/SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNASH - Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

PRH - Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS

PSF - Programa Saúde da Família

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TMC - Transtornos Mentais Comuns ou menores

TMM - Transtornos Mentais Maiores

UA - Unidade de Acolhimento

UBS - Unidade Básica de Saúde

WONCA - World Organization of Family Doctors

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	11
II. JUSTIFICATIVA.....	16
III. OBJETIVOS.....	19
3.1 OBJETIVO GERAL.....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
IV. REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
4.1 O Movimento da Reforma Psiquiátrica.....	20
4.2 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	21
4.2.1 Lei 10.216 - A Lei Paulo Delgado.....	25
4.2.2 A Desinstitucionalização.....	26
4.2.3 Novos dispositivos em Saúde Mental.....	27
4.2.4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.....	28
4.3 Estratégia Saúde da Família.....	30
4.4 Saúde Mental na Atenção Primária.....	33
4.4.1 Apoio Matricial.....	36
4.4.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).....	38
4.5 Estratégia Saúde da Família no Município de Itaocara - Rio de Janeiro.....	39
V. METODOLOGIA.....	42
5.1 Cenário da Pesquisa.....	43
5.2 Sujeitos da Pesquisa.....	44
5.3 Procedimentos.....	45
VI. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
6.1 Rede de Saúde Mental.....	48
6.2 Capacitação.....	50
6.3 Comunicação usuário / equipe / família.....	53
VII. DISCUSSÃO DOS DADOS.....	55
7.1 Rede de Saúde Mental.....	55
7.2 Capacitação.....	61
7.3 Comunicação usuário / equipe / família.....	70
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
IX. REFERÊNCIAS.....	81

## **I. INTRODUÇÃO**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira têm trazido contribuições importantes para a reformulação da atenção à saúde no país. As políticas assistenciais adotadas tem proporcionado grandes avanços no processo de municipalização da saúde e no modelo assistencial vigente, pois defendem os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) e promovem mudanças no modelo de assistência a saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária/familiar (PEREIRA, 2007).

As propostas de reorganização previstas pelo SUS visam à preservação não apenas através da cura das doenças, mas com a possibilidade de vivenciar esse processo de maneiras diferentes, numa busca mais ampla e global, necessitando de vários outros investimentos para a comunidade, com uma intervenção intersetorial (BORGES, 2002).

Baseado na proposta de reorientação do modelo de assistência, o Ministério da Saúde (MS) pretende fortalecer o SUS, a promoção de saúde e a prevenção de doenças, tornando a assistência de primeiro nível mais humanitária, justa, democrática, participativa e com uma maior qualidade de vida para o indivíduo, sua família e a comunidade (BORGES, 2002).

De acordo com o MS, a ESF é uma estratégia que visa atender indivíduo e família de forma integral e contínua, dentro de sua comunidade. O programa vem sendo considerado um aliado no que diz respeito à promoção, prevenção e intervenções básicas de saúde, incluindo a saúde mental. Ele possui duas características imprescindíveis para o atendimento às famílias: ter o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias. Deste modo, pode se tornar um adequado modelo para assistir o usuário na área de saúde mental, visto que o atendimento está inserido no convívio social do usuário (SOUZA et al, 2007).

Segundo Nunes et al (2007), em vários países do mundo, nas Reformas Psiquiátricas desenvolvidas a partir dos pressupostos da desinstitucionalização e da consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, a ênfase é atribuída a uma rede de cuidados que contemple a Atenção Primária. Parte-se da premissa de que um grande número de problemas em saúde mental pode ser resolvido nesta complexidade, sem ter a necessidade de se reportarem a níveis especializados do sistema de saúde. Enfatiza-se ainda a importância do

desenvolvimento de ações de tipo preventivo e promocional da saúde mental que teriam, na atenção básica, o lócus preferencial de desenvolvimento.

A demanda de saúde mental nas unidades da ESF requer a inclusão destas equipes na rede assistencial em saúde mental com capacitação específica para essas intervenções. Dentre essas capacitações é necessária a inclusão de técnicas direcionadas para o atendimento a pacientes somatizadores e portadores de síndromes ansiosas e depressivas específicas (FORTES et al, 2004).

Para contribuir com a identificação e o diagnóstico desses transtornos mentais e de comportamento que se apresentam na Atenção Primária e com o objetivo de complementar a utilização da Classificação Internacional de Doenças (CID) utilizada para a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento, foi criada a Classificação Internacional de Cuidados Primários, do original International Classification of Primary Care (ICPC). É um sistema de códigos clínicos voltados especialmente para a área de atendimento primário. As informações classificadas são relacionadas aos sintomas do paciente e caracterizam-se pela inclusão de queixas expressas pelos pacientes e dos problemas de natureza social (CAMMAROTA, 2010).

Para garantir a capacidade de comparabilidade dos seus códigos com os da CID 10, a ICPC sofreu uma revisão em 1998 pela World Organization of Family Doctors (WONCA), que ficou conhecida como ICPC-2. Este novo código é composto por dois eixos: o primeiro apresenta informações sobre os sistemas do corpo humano, psicológicos e sociais e o segundo eixo se refere ao tipo de relato, tais como: diagnósticos, procedimentos, sinais e sintomas e doenças. O código de um motivo de consulta é composto por uma letra que representa o primeiro eixo, e dois dígitos numéricos, que representam o segundo eixo. Como exemplifica Cammarota (2010), no caso de perturbação depressiva, seria representado pelo termo “psicológico” (P). O segundo eixo representa a presença de um diagnóstico (76). Logo, a descrição pelo ICPC 2 é P76. Apesar de específica para a atenção primária, essa classificação é ainda pouco conhecida e utilizada no Brasil (CAMMAROTA, 2010).

Para a estruturação de um serviço no nível primário de atenção, com enfoque na saúde mental, de bases psicossociais, há necessidade de serem incluídos os fatores políticos, biopsíquicos e sócio-culturais como determinantes das doenças e que estão em íntima relação com a atitude de participação na gestão do serviço (do usuário, do núcleo familiar, com extensão à comunidade), e a integração da equipe (interna e com a rede de serviços) e com uma atitude emancipatória dos profissionais com relação à clientela. Cabe ao profissional investir nas potencialidades da família, levando-a a lidar com as limitações que a doença

mental lhes impõe e se utilizar da rede de apoio disponível na sua comunidade: os serviços de saúde mental, rede básica de saúde, grupos de socialização, associações de familiares e de usuários (MACHADO & MOCINHO, 2003). Além de investir nas potencialidades da família, cabe a equipe orientá-la e incentivá-la quanto ao usuário com relação à necessidade da continuidade do cuidado iniciado.

A importância da continuidade do cuidado para os portadores de transtorno mental tem sido reforçada na literatura internacional, abrangendo vários aspectos e serviços avaliados, incluindo a Atenção Primária em Saúde (APS). Ainda com enfoque no cuidado, Alves e Francisco (2009) ressaltam a importância também de se contemplar a cultura e o cotidiano daqueles que buscam por atenção psicológica, o que implica o fazer clínico voltado para intervenções comprometidas com o sujeito sociohistórico. Assim, tem-se uma clínica voltada para a sua singularidade e coletividade, com uma maior proximidade do sujeito, melhorando o processo do cuidado.

A saúde mental pode impactar não apenas o sujeito acometido pela sua ausência, mas também a sua família e a comunidade em que este está inserido, prejudicando a promoção da saúde e afetando a qualidade de vida. A promoção da saúde mental e o seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar porque quando uma pessoa apresenta um comprometimento mental, toda a sua família sente e sofre. Assim, todos precisam de apoio e assistência (BRASIL, 2009).

A maioria dos transtornos mentais não tem apenas as fases agudas mas apresentam um quadro de cronicidade. A inclusão de distúrbios mentais alarga os conceitos tradicionais de condição crônica. A depressão e a esquizofrenia são exemplos de distúrbios que costumam se tornar crônicos. Eles aumentam e diminuem em termos de gravidade e demandam monitoramento e gerenciamento à longo prazo. Em relação às incapacidades causadas pelas condições crônicas, a depressão é um ponto preocupante porque se estima que até o ano 2020 ela só será superada pelas doenças cardíacas. Os impactos pessoais, sociais e econômicos causados pela depressão serão significativos (OMS, 2003).

Para lidar com a ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham o paradigma do tratamento agudo. O tratamento agudo será sempre necessário mas os sistemas de saúde também devem adotar o conceito de tratamento de problemas de saúde de longo prazo (OMS, 2003). O SUS trabalha bem na lógica do paciente agudo e busca dar conta dos episódios agudos, com referência aqui aos pacientes de saúde mental mas os princípios que o norteiam como a universalidade, a integralidade, a equidade, a

participação da comunidade, a hierarquização e a regionalização, etc, estão mais bem representados pelos usuários crônicos.

As condições crônicas englobam todos os problemas de saúde que persistem no tempo e requerem algum grau de gerenciamento do sistema de saúde e não são mais vistas limitadamente, se remetendo somente às doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma e não são consideradas de forma isolada ou como se não tivessem nenhuma relação entre si. As condições crônicas envolvem as condições não transmissíveis; as transmissíveis persistentes; as deficiências físicas/ estruturais contínuas e os distúrbios mentais de longo prazo (OMS, 2003).

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo. Atualmente, um número cada vez maior de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento da população e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Estima-se que até o ano 2020, os distúrbios mentais associados a lesões acidentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2003).

Com relação aos distúrbios mentais de longo prazo, a ESF possui um papel fundamental quanto a sua cronicidade, acolhendo e acompanhando esses casos, uma vez que sua proposta é longitudinal, centrada na família, na comunidade, onde a equipe deve se atentar para a necessidade do vínculo familiar. Isso propicia um melhor trabalho junto a esses usuários e a manutenção de sua saúde. A saúde mental como uma condição crônica necessita de cuidados cotidianos, uma assistência sistemática, de qualidade e a atenção primária, aqui representada pela ESF, requer uma reformulação da rede de atenção em saúde que atenda a essa demanda.

Para fazer face aos desafios inerentes a promoção da saúde mental, é necessário realizar um planejamento e promoção em todos os níveis de atendimento da rede de saúde pública. Problemas deste tipo são inerentes ao cotidiano da ESF e o trabalho das equipes matriciais, que será melhor explicado adiante, funciona como uma estratégia para o enfrentamento dos mesmos. Essas equipes propõe um trabalho compartilhado, articulado e integrado junto às equipes de saúde da família como preconiza o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) almejando atender a demanda em saúde mental apresentada na ESF (BRASIL, 2009).

Considerando-se a relevância dos problemas relacionados à saúde mental e a consequente importância da ESF enquanto estratégia capaz de prover a atenção integral à



saúde da população, esta pesquisa tem como objeto de estudo investigar a organização da atenção em saúde mental no Município de Itaocara (RJ), entendendo que esta investigação possa trazer informações importantes sobre a organização da assistência em saúde mental em municípios de pequeno porte. Dessa forma, pretende-se investigar a organização da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) neste Município, a rede de cuidados, como se articula a referência e a contra-referência, o papel desempenhado pela atenção primária na saúde mental, assim como identificar como as unidades da ESF têm acolhido e trabalhado com as demandas de saúde mental que emergem frequentemente nas unidades básicas de saúde.

## **II. JUSTIFICATIVA**

Nas últimas décadas, o Brasil adotou um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas, que têm buscado transformar a cultura e a relação da sociedade com as pessoas que apresentam transtornos mentais. A Organização das Nações Unidas (ONU) comemorou, em 2001, o 10º aniversário dos direitos dos doentes à proteção e assistência, enfatizando que não deverá existir discriminação em virtude de doenças mentais e que, na medida do possível, deve-se conceder a todo paciente o direito de ser atendido em sua própria comunidade e com tratamentos não intrusivos realizados em ambientes minimamente restritivos (MACHADO & MOCINHO, 2003).

Apesar do direito de atendimento junto a sua comunidade, o imaginário construído acerca dos transtornos mentais é muitas vezes constituído de representações pautadas pela exclusão, periculosidade, preconceito, o que acaba influenciando posturas e determinando o tipo de assistência prestada na área de saúde mental.

Desde 1980, verifica-se uma alta incidência de transtornos mentais atendidos na APS. Esses transtornos têm sido denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC) ou Menores, contrapondo-se aos Transtornos Mentais Maiores (TMM), patologias de maior gravidade, objeto de intervenções por terapeutas especializados (FORTES et al, 2004). Os transtornos mentais comuns são os transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão. Os seus sintomas são: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Aparecem com mais frequência nas mulheres, nos idosos, nos negros e nos separados ou viúvos. Tem sido verificada a associação dos transtornos comuns com os eventos vitais produtores de estresse, como o baixo apoio social, condições de vida e trabalho (COSTA & LUDERMIR, 2005).

A compreensão do processo saúde / doença da população que chega à APS, por não apresentar uma perspectiva cartesiana, com uma expressão clara e racional à respeito da doença, demonstra uma possível existência da participação de fatores emocionais no adoecimento, mesmo em caso de doenças de comprovada origem orgânica. Segundo Fortes et al (2004), a alta prevalência dos episódios de adoecimento psíquico no âmbito da Atenção Primária sugere que não é apropriado que serviços especializados sejam os únicos destinados a responder por essa demanda.

A mesma autora utiliza a expressão "somatizações de apresentação", para definir uma forma cultural e socialmente aceita de um sofrimento que é identificado como psíquico

em sua origem. Considerando que a presença de queixas somáticas justificadas indica a presença de patologias de base orgânica comprovada, esses padrões de associação confirmam que essas queixas inexplicáveis estão relacionadas a transtornos mentais comuns, associados às queixas psicológicas, uma forma tradicional de apresentação dos transtornos mentais. Esta acaba sendo uma forma socialmente aceita de manifestação do sofrimento mental e que se apresenta na APS.

A complexidade das ações na APS, especificamente na Saúde da Família, recomenda a utilização de diversos saberes para alcançar a eficácia e a resolutividade, consistindo em um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade. Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença que às vezes atua como entrave à adesão a práticas de vida mais saudável, como também cria resistências à adesão dos tratamentos nas unidades. Nesse sentido, será sempre necessária a articulação da saúde mental com a APS, principalmente, com a ESF. De acordo com o Ministério da Saúde, a organização de uma política de recursos humanos na área de saúde mental é crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (PEREIRA, 2007).

Os serviços de saúde na APS, ao receberem usuários portadores de transtornos mentais, devem oferecer acolhimento, atendimento e, se necessário, promover o devido encaminhamento. Sem acolhimento e vínculo não há produção de responsabilização e nem otimização das resolutividades que efetivamente podem impactar os processos sociais de produção de saúde e da doença (SCHNEIDER, 2008). Indivíduos acometidos por condições crônicas, especificamente os portadores de transtorno mental, estão expostos ao risco de marginalização em suas respectivas comunidades, o que pode resultar em outras limitações no que diz respeito a oportunidades de estudo e emprego. O estigma e o abandono estão associados ao agravamento desses problemas de saúde (OMS, 2003).

Os dados que permitem conhecer o nível de implementação de ações de saúde mental na rede básica ainda são incipientes (NUNES et al, 2007). Dessa forma, conhecer o processo de implantação da atenção em saúde mental em um município de pequeno porte, seus ganhos e os obstáculos enfrentados, pode fornecer dados para a implantação desta estratégia em outros municípios. O processo de implantação das ações de saúde mental na APS obedece aos mesmos parâmetros e embora cada município tenha suas próprias especificidades, os princípios e a regulamentação da saúde mental na atenção primária são os mesmos, o que pode transformar os dados levantados em subsídios para implantação ou articulação da rede de saúde mental em outros municípios com características semelhantes.

Nos municípios de pequeno porte, os segmentos da APS, principalmente a ESF, devem se integrar à rede ampliada de saúde mental. A articulação de uma rede diversificada de serviços de saúde mental juntamente com a incorporação de ações de saúde na APS poderá contribuir para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica e para promover a atenção em saúde mental na ESF. Portanto, este trabalho pretende contribuir com a reflexão a respeito da atenção que tem sido dispensada a saúde mental na ESF não somente ao nível local, no município de Itaocara, mas também em municípios vizinhos e no território brasileiro. A realização deste trabalho é também de extrema importância para mim enquanto profissional de saúde mental, psicóloga atuante no município na rede SUS, que busca cotidianamente avançar na luta antimanicomial, principalmente, através da visualização de outros dispositivos de saúde como a ESF que podem ajudar na diminuição da demanda de saúde mental do CAPS, diminuindo as listas de espera, evitando encaminhamentos desnecessários para a atenção secundária e terciária e por ser uma estratégia que aborda o sujeito em seu estado de saúde e doença, atuando na prevenção, recuperação e promoção da saúde, dentro do seu meio social. Essa articulação pode beneficiar usuários, profissionais, familiares e gestores. Que a ESF possa conhecer e abarcar a saúde mental de forma respeitosa, acolhedora, cooperativa e solidária. Com isso, tem-se como pretensão ainda a tentativa de amenizar estigmas, preconceitos e a segregação.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar a organização da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Itaocara - Rio de Janeiro.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Identificar os dispositivos de saúde mental que compõem a rede de Atenção Primária no Município de Itaocara - Rio de Janeiro;

Pesquisar a interação entre os dispositivos da rede de saúde mental e a Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município de Itaocara - Rio de Janeiro;

## **IV. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

A existência das doenças mentais é tão antiga como a vida, mas a sua identificação, interpretação e os tratamentos aplicados, vêm sofrendo ao longo da história transformações para acompanhar os padrões culturais, socioeconômicos, o desenvolvimento da ciência e os avanços do conhecimento na sociedade. No fim do século XVIII e início do XIX, com o avanço do conhecimento científico e da consciência social é que a medicina começou a tomar a forma atual e começou a assistência aos doentes mentais. A Revolução Francesa e os avanços científicos relacionados à Revolução Industrial foram às influências mais significativas desse processo (BARRETO et al, 2008).

A Revolução Francesa tinha como lema "Liberdade, Igualdade e Fraternidade", e o alienismo veio sugerir uma possível solução para a condição civil e política dos alienados que não poderiam gozar igualmente dos direitos de cidadania. O asilo tornou-se então o espaço da cura da razão e da liberdade e do alienado tornar-se sujeito de direito (AMARANTE, 1995b). A Revolução Francesa repercutiu mundialmente e fez com que estes princípios alienistas fossem adotados na maior parte do mundo ocidental. A psiquiatria tradicional posicionava o alienado como uma pessoa sem razão, sem juízo e sem direitos, que deveria ficar a margem da sociedade.

Ainda no contexto francês, Philippe Pinel, iniciou a instauração de um tratamento que parecia ser mais humanizado para os doentes mentais, libertando-os de correntes e substituindo-as por camisas de força, medida essa que para a época foi uma revolução. A partir disto, a assistência aos doentes mentais se transformou em responsabilidade médica e estatal. No Brasil, também foi nessa época que nasceu a assistência psiquiátrica pública (BARRETO et al, 2008).

A reflexão sobre essa assistência psiquiátrica foi uma das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Este movimento surge em meio a contestações e considerava os hospitais psiquiátricos grandes depósitos humanos; um lugar de isolamento, abandono, tortura e até óbitos dos considerados alienados. Inicialmente, o que precisava ser reformado, modificado, encontrava-se nas teorias e nos conceitos da assistência psiquiátrica tradicional buscando construir uma atenção em saúde mental humanizada e voltada para as necessidades

psicossociais do doente mental, promovendo-o a sujeito e cidadão, com direitos, deveres, capaz de conquistar autonomia e gerir sua própria vida (AMARANTE, 2003).

A Reforma Psiquiátrica surgiu como um processo complexo que vem reformular o modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco do modelo hospitalocêntrico para uma rede integrada de atenção psicossocial, estruturada em unidades de serviços comunitários, no seu local de domicílio, em seu território. Através das políticas públicas, procura consolidar uma rede territorial de atenção diversificada que ofereça atendimento aos diversos problemas psiquiátricos e as necessidades psicossociais dos sujeitos, além de tratá-los em sua integralidade, evitando o seu afastamento da família e comunidade (AMARANTE, 2003).

## **4.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

No final da década de 70, o modelo de assistência à saúde mental fundamentado no confinamento, na exclusão do ser humano do convívio social já apresentava sinais de esgotamento (TERRA et al, 2006). Nessa época teve início o processo da reforma psiquiátrica, que se deu através de uma construção permanente porque o sujeito em questão, o doente mental, é um ser humano em constante mudança e, conseqüentemente, foram mudando os conceitos, a prática, o contexto histórico e o social.

A primeira política de assistência psiquiátrica brasileira ocorreu através da Lei n. 1.132 de 1903 que reorganizou a assistência aos alienados no Brasil. A Assistência Médico-legal e o Hospício Nacional de Alienados, ficaram sobre a direção de Teixeira Brandão que caracterizou sua gestão pela ampliação dos asilos e pela criação da primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina (primeira cadeira de clínica especializada), sistematizando a formação de profissionais para a especialidade. O seu trabalho com as colônias de alienados foi posteriormente continuado por Aduino Botelho e Juliano Moreira através da criação de novas colônias e da ocupação da direção da Assistência Médico-legal. Com a sua obra prática e teórica, Juliano Moreira passou a ser o mestre da psiquiatria brasileira e fez uma importante transição, onde houve diminuição da influência da escola francesa de Philippe Pinel e o crescimento da escola alemã de Emil Kraepelin, o pai da psiquiatria contemporânea. A vinculação da psiquiatria brasileira à alemã teve um importante significado quanto a discussão etiológica das doenças mentais, dos fatores étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos (AMARANTE, 2003).

Desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, se pensa e se fala em “Reforma da Psiquiatria”. Foi após a II Guerra Mundial que ocorreu a intensificação desse

processo e deu origem a projetos técnicos e administrativos como a: intervenção da psiquiatria, a descoberta de neurolépticos e as experiências de reformas psiquiátricas (AMARANTE, 1995b). A primeira reforma psiquiátrica no Brasil teve como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Essas colônias de alienados inspiraram-se em experiências européias (AMARANTE, 2003).

De acordo com Amarante (2003), em 1978 teve início o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este Movimento trouxe uma crítica ao chamado saber psiquiátrico, a violência nos manicômios e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

Neste mesmo ano, aconteceu em Camburiu (SC) o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria onde o MTSM ressaltou a necessidade de organização de um encontro do movimento que acabou por acontecer em 1979. Nele foi discutido que a luta pela transformação dos sistemas de atenção a saúde mental deveria estar vinculada aos demais setores sociais em busca da democracia plena e a crítica ao modelo dos hospitais psiquiátricos. Ainda neste ano, em Belo Horizonte, aconteceu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria com a presença de Franco Basaglia cuja experiência teve grande repercussão nacional, sendo a principal referência teórica do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, um dos mais expressivos processos sociais no cenário nacional (AMARANTE, 2003).

O movimento Antimanicomial no Brasil está ligado à Reforma Sanitária e a desinstitucionalização, que se desenvolveu a partir do pensamento de Franco Basaglia, na Itália. Em 1971, Basaglia fechou os manicômios e acabou com a violência aos portadores de transtornos mentais, findando a instituição psiquiátrica tradicional. Em 1978, Basaglia instituiu a Lei 180, que incorporada a Reforma Sanitária Italiana buscou reorganizar os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo a cidadania e os direitos aos doentes em ter um tratamento adequado. Todas as experiências de Luta Antimanicomial no Brasil e em outros países têm na Itália o seu ponto de referência (AMARANTE, 2003).

Em 1987, as reivindicações do movimento antimanicomial, provocaram grandes transformações na concepção do atendimento às pessoas com transtorno mental e criaram bases para a Reforma Psiquiátrica, que busca substituir o tratamento baseado no modelo hospitalocêntrico por centros que trabalhem o cuidado a essas pessoas de forma intersetorial (Educação, Justiça, Cultura, entre outros), garantindo sua efetiva participação na vida social.



A inserção social foi um dos eixos abordados pelo movimento, que trabalha dentro de uma perspectiva mais ampla, visando não só a doença, mas a reinserção e a autonomia do sujeito, a atenção à saúde, a partir da ampliação da rede de cuidado e a mudança cultural (AMARANTE, 2003).

Na década de 80 aconteceu também a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde Mental que tinham por objetivo o debate e formulação das políticas de saúde mental. O II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental ocorreu em 1987, denominado “Congresso de Bauru” que introduziu o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Este lema foi lançado pelos profissionais de saúde mental que se reuniram para realizar a I Conferência de Saúde Mental neste II Congresso Nacional. Este Congresso trouxe desdobramentos, incluindo novas modalidades de atenção que passaram a ser uma alternativa ao modelo psiquiátrico tradicional, como por exemplo, o surgimento do CAPS. Foi em Bauru também que se decidiu organizar o dia da Luta Antimanicomial, em 18 de maio, comemorado até os dias atuais, com atividades políticas, culturais e científicas (AMARANTE, 2003).

Neste período, é de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987. Em 1989 ocorreu o processo de intervenção pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta, um hospício privado que contava com mais de 500 internos. Possibilitada pelo processo de municipalização do sistema de saúde, a intervenção deu início ao fechamento do hospício e à substituição do modelo assistencial. A experiência do município de Santos passou a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995b). Nesse mesmo período foi apresentado ao Congresso Nacional o Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados no país. Este foi o início da luta do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo que, por sua importância, será discutido em capítulo específico abaixo (AMARANTE, 2003).

Em 1990, com a Declaração de Caracas, aconteceu o debate sobre a mudança no modelo de atenção à saúde mental, estabelecendo, como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica, a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de viabilizar modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais, garantindo os direitos dos portadores de sofrimento psíquico (MACHADO & MOCINHO, 2003). Segundo Torre e Amarante (2001) a ênfase não é mais colocada no processo de "cura", mas no projeto de "invenção de saúde" e de reprodução social do paciente.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizou-se em 1992 e foi construída a partir da mobilização de distintos atores sociais. Os trabalhadores da saúde mental, a sociedade civil e outros segmentos em nível nacional sentiram a necessidade de leis voltadas para as questões sociais de maneira a proporcionar um ambiente adequado para organizarem a reforma do sistema psiquiátrico. Nessa Conferência, foi resgatada a proposta do projeto do Deputado Paulo Delgado, de 1989, que já sinalizava a substituição progressiva do modelo hospitalar, por serviços descentralizados, hierarquizados e diversificados nas práticas terapêuticas (TERRA et al, 2006).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi convocada quase dez anos após a II Conferência. Foi realizada em dezembro de 2001, em Brasília, com o tema “Cuidar sim, excluir não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social.”. Como desdobramento da III Conferência, o Ministério da Saúde promulgou as portarias 251/02 e 336/02. A Portaria 251/02 estabeleceu diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais e estruturando a porta de entrada para as internações na rede do SUS. A Portaria 336/02, a partir da revisão da Portaria 224/92, regulamentou os funcionamentos dos CAPS, passando estes a serem os dispositivos ordenadores e a porta de entrada da rede territorial em saúde mental (AMARANTE, 2003).

Em 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política de Saúde Mental que possui como diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica e a expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial, buscando a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, com a garantia da assistência destes pacientes na rede de atenção extra hospitalar, buscando sua reinserção no convívio social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica engloba o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar (PRH) através da redução gradual e planejada de leitos, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria), o programa “De Volta Para Casa”, a expansão dos serviços residenciais terapêuticos, a reorientação dos manicômios judiciários e os leitos em hospitais gerais. A expansão e consolidação da rede de atenção psicossocial preconiza o crescimento e qualificação dos CAPS, dos ambulatorios, a implantação de centros de convivência, a inclusão das ações de saúde mental na Atenção Primária, a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, a política de Saúde Mental infanto-juvenil, o programa permanente de formação de profissionais para a saúde mental, os programas de geração de renda e trabalho, as intervenções na cultura, e a mobilização de usuários e familiares em prol da saúde mental

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esta Lei foi de extrema importância devido ao seu papel de desinstitucionalizar e reestruturar o atendimento em saúde mental.

A Marcha dos Usuários de Saúde Mental, realizada em 30 de setembro de 2009 reconheceu que a Reforma Psiquiátrica precisava de uma dimensão intersetorial. Desse ato político surgiu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, realizada no ano de 2010. Essa Conferência teve como resultado uma avaliação que aponta para a necessidade de continuidade, avanço e fortalecimento da política de saúde mental. Ela exigiu, no âmbito das políticas de saúde, a total substituição dos hospitais psiquiátricos pela rede de atenção comunitária, que precisa ser qualificada e pública (BRASIL, 2011).

#### **4.2.1 Lei 10.216 - A Lei Paulo Delgado**

A proposta apresentada pelo deputado Paulo Delgado em 1989, referida no item anterior, tramitou no Congresso por 12 anos, sendo aprovada 2001. A versão aprovada que recebeu o número de Lei Federal 10.216 introduziu muitas inovações no modelo assistencial, além de regulamentar as internações psiquiátricas, que passaram a ter a classificação de voluntárias, involuntárias e compulsórias. Esta Lei passou a ser conhecida como Lei Paulo Delgado. (AMARANTE, 2003)

A Lei 10.216 define diretrizes para a assistência psiquiátrica no Brasil, explicitando que a internação deve ser o último recurso utilizado em uma assistência e deve ser em um ambiente o menos restritivo possível; com garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental; garantia da continuidade dos cuidados para os dependentes de instituições psiquiátricas e penalização do ato médico inadequado, envolvendo o profissional e a instituição, estando o Ministério Público como guardião, por lei, dos direitos destes cidadãos (FIOCRUZ, 2003).

É considerada extremamente significativa, pois resultou em uma lei universal, enfatizando a inclusão ao invés de exclusão do portador de transtorno mental, independente de orientação sexual, família, recursos econômicos, grau de gravidade e tipo de evolução do transtorno. Esta lei enumera também os direitos dos portadores de doença mental e a universalidade de sua abrangência. Preconiza o atendimento aos portadores de transtornos mentais preferencialmente junto à comunidade e junto à família, enfocando a melhoria da qualidade de vida que tem implícita a promoção da saúde mental e o acompanhamento de pacientes e de sua família nas ações básicas de saúde (SOUZA et al, 2007).

Antes da Reforma Psiquiátrica, o sujeito com transtorno mental era considerado “louco”, uma ameaça a sociedade e de alta periculosidade e, após a promulgação desta Lei, o

objetivo é que este sujeito encontre amparo nesta que considera o indivíduo em situação especial, em possível desvantagem social e que requer uma lei inclusiva, cidadã e protetora.

A Lei 10.216 possui uma íntima relação com a atenção primária e com os princípios do SUS que priorizam a igualdade, a integralidade, o contexto social, entre outros, como essenciais a assistência à saúde do indivíduo. Ela define objetivos, assegura direitos individuais e reforça a inclusão social do sujeito (BRASIL, 2001).

#### **4.2.2 A Desinstitucionalização**

O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do MS, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais (BRASIL, 2005)

Foi em meados do século XX, que os hospitais psiquiátricos brasileiros diminuíram o número de internações, havendo um maior número de altas e a necessidade da criação de novas instituições ou dispositivos assistenciais, nos quais o doente recebesse o tratamento sem ter de se separar fisicamente do seu ambiente familiar e social (BARRETO et al, 2008).

As portarias 189/91 e 224/92 do MS abriram a possibilidade, até então inexistente, para que o SUS pudesse financiar outros procedimentos assistenciais além do leito/dia ou consulta ambulatorial (AMARANTE, 1995b).

Foi na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que se reafirmou e renovou os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial (AMARANTE, 2003).

A proposta da desinstitucionalização foi sustentada nos princípios da inclusão, solidariedade, cidadania e da ética, apontando para a desconstrução do manicômio por meio de questionamentos do saber médico, buscando reconstruir conceitos e alternativas em saúde mental. A ação consistia numa desospitalização com fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos e a construção de serviços alternativos nos municípios, regiões e, mais que isso, a redefinição do espaço simbólico da loucura no seio da sociedade e de suas instituições (TERRA et al, 2006).

A instituição pelo MS do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como do Programa de Volta para

Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as Residências Terapêuticas, proporcionam a redução de milhares de leitos psiquiátricos no país e o fechamento de vários (BRASIL, 2005).

Para reforçar esse processo, o MS criou os leitos de atenção integral. São todos os recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção à saúde mental: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. Esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente (BRASIL, 2010).

Apesar dos incentivos à desospitalização e dos benefícios no pagamento de procedimentos extra-hospitalares pelo SUS, as internações psiquiátricas ainda existem. Esse modelo ainda é encontrado em alguns municípios, mesmo naqueles onde já existem os serviços alternativos (TERRA et al, 2006).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) tem demonstrado preocupação com o tempo que o Brasil levará para fechar todos os seus leitos psiquiátricos. Mantido o ritmo atual, em média 2,3 mil por ano desde 2002, serão necessários mais 15,2 anos até que todos os leitos em hospitais psiquiátricos sejam fechados, como denuncia o Movimento da Reforma Psiquiátrica. O enfrentamento dessas situações exige a criação de estratégias, pois a Reforma não se faz somente com diminuição de leitos e aumento de CAPS (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2009).

#### **4.2.3 Novos dispositivos em Saúde Mental**

No âmbito do modelo assistencial, surgiram novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional. (AMARANTE, 1995a). O MS tem disponibilizado recursos, buscado criar e estruturar os diferentes tipos de serviços que podem ser oferecidos ao portador de transtorno mental, bem como formar e reorientar uma prática assistencial direcionada para a sua reinserção social.

O MS preconiza que a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais segundo critérios populacionais e demandas através de municípios. Esta rede é composta por ações de saúde mental na atenção primária, centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com o Programa “De Volta para Casa”.

As residências terapêuticas ou lares abrigados são considerados mais uma alternativa na reabilitação e estão vinculados ao CAPS ou ao ambulatório. Os usuários dividem uma

casa, alugada com recursos públicos ou vivem sob tutela da família. São assistidos pela rede onde recebem os cuidados em saúde mental e são estimulados a participarem de atividades sociais e a serem inseridos no mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

O programa “De Volta Para Casa”, instituído em 2003, busca ressocializar usuários com alta hospitalar, egressos de longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, pelo menos dois anos, usuários das residências terapêuticas e que tiveram internação em hospitais de custódia. É o próprio usuário que recebe o benefício e caso tenha algum comprometimento para exercer atos da vida civil, o responsável legal recebe por ele. O benefício é anual e se nesse período o usuário não apresentar condições para a reintegração social, é feita uma renovação (BRASIL, 2005).

A política de atenção a álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internação em hospitais gerais (para desintoxicação e outros tratamentos). Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central ao atendimento. O tratamento deve estar pautado na realidade de cada caso (BRASIL, 2010).

#### **4.2.4 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

A reforma psiquiátrica brasileira caracteriza-se por ser essencialmente pública e de base municipal. No final do século XX, ocorreram as primeiras implantações de CAPS, um serviço de base territorial que possui várias funções, desde o acompanhamento dos pacientes com transtornos mentais até a organização da rede de saúde mental de sua área de abrangência, sendo a regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, apoiando assim a atenção na rede básica (CAVALCANTI et al, 2009).

Segundo Schneider (2008), o CAPS é um serviço de base territorial que possui várias funções e deve estar integrado na rede de cuidados, buscando atender a complexidade das demandas de inclusão necessárias para que seus objetivos sejam atingidos. Qualquer medida terapêutica necessita ser parte de um projeto de intervenção, considerando os aspectos pessoais, familiares, sociais, econômicos, laborais e culturais do sujeito.

São considerados serviços de saúde abertos e comunitários do SUS, que visam atender pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico e que estão impossibilitadas de viver e realizar seus projetos de vida. Devido a isto, foram apontados como essenciais para as mudanças na atenção em saúde mental (BRASIL, 2003).

A partir da criação dos CAPS, o MS regulamentou a implantação e o financiamento de novos serviços dessa natureza, através da promulgação das portarias 189/91, 224/92 que

posteriormente foram revisadas e substituídas pela Portaria 336/02 que regulamentou o funcionamento dos CAPS, agrupando-os em cinco diferentes tipos: o CAPS I que presta serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20 mil a 70 mil habitantes; o CAPS II com população entre 70 mil e 200 mil habitantes; o CAPS III para população acima de 200 mil habitantes; CAPSi II para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200 mil habitantes e o CAPSad para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, para uma população superior a 70 mil habitantes (AMARANTE, 2003).

A implantação desses serviços demonstra a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico no país. É função dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

É função por excelência dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios pois são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Tendo este como espaço geográfico que envolve uma demarcação de limites das áreas de atuação, assim a dinâmica social dessas áreas; é o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (BRASIL, 2003).

No processo de inserção do usuário no CAPS, é desenvolvido o projeto terapêutico individualizado. A sua construção não é formalizada e determina o tipo de acompanhamento que o usuário terá no serviço. É iniciado no acolhimento, quando é dado o primeiro direcionamento ao atendimento. Posteriormente, é discutido nas reuniões da equipe e de modo informal, pelos profissionais mais envolvidos no atendimento ao usuário e, principalmente, discutido com o mesmo para que o projeto terapêutico tenha significado, que atenda as suas necessidades e seja efetivo para o seu acompanhamento e sua vida. Os profissionais devem inserir o usuário no tratamento, tornando-o co-responsável pelo seu projeto terapêutico. Este pode e deve ser reformulado a qualquer momento a partir da demanda do usuário e de seu progresso terapêutico. Na construção do projeto terapêutico pensa-se, em geral, nas necessidades, interesses e habilidades do usuário e no que ele pode usufruir no CAPS (MÂNGIA et al, 2006).

Distribuídas por 15 estados, suas unidades representam um investimento do MS de R\$ 11 milhões por ano em recursos para funcionamento. Em 2010, existiam 1.502 CAPS em

funcionamento em todo o País (BRASIL, 2010). Em 2012, mais duas portarias relacionadas ao CAPS foram criadas: 121/2012 que institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (UA), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial e a 130/2012 que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros (BRASIL, 2012).

### **4.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

O MS regulamentou o Programa Saúde da Família (PSF) através da Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994, após algumas experiências em cidades do país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste abrangendo locais de precária cobertura da assistência à saúde (BORGES, 2002).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica ou atenção primária (termos equivalentes de acordo com a PNAB). A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta-se como um importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico e como porta de entrada do sistema local de saúde, substituindo as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde. Suas unidades são instaladas nos postos de saúde, centros de saúde ou unidades básicas de saúde (UBS) já existentes no município, ou naquelas a serem reformadas ou construídas de acordo com as normas sanitárias e o manual de infra estrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/ MS (BRASIL, 2011).

A ESF é um projeto dinamizador do SUS, condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos, fato que comprova a adesão de alguns gestores estaduais e municipais aos seus princípios. Segundo Rosa & Labate (2005) o MS, vislumbra na ESF uma política que visa atender indivíduo e família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A partir de 2003, o Programa Saúde da Família (PSF) passa a ser designado como Estratégia Saúde da Família (ESF) uma vez que o termo programa é restrito, aponta para uma atividade com início, meio e fim e o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária qualificada e resolutiva sem previsão de término do processo (BRASIL, 2006). Para Lyra, (2007) a adoção da ESF na condição de estratégia estrutural do Sistema de Saúde



permite grande impulso e ampliação do acesso da população à assistência em saúde, principalmente nas regiões mais distantes dos grandes centros urbanos, sendo, em alguns locais, a única forma de acesso da população à assistência em saúde.

No âmbito da unidade básica, o MS recomenda uma equipe mínima de saúde da família composta por: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, ampliando a equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e um auxiliar de consultório dentário. O número de agentes comunitários de saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2011).

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de saúde da família estão: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, atualização do cadastramento das famílias no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde. Cuidar da saúde da população adscrita, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde, realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade da população local e da gestão local, buscar a integralidade por meio de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos, atendimento da demanda espontânea, realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, participação no acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo. Realizar busca ativa, notificar doenças e agravos

de notificação compulsória, outros agravos e situações de importância local, praticar o cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais, propondo intervenções que influenciem os processos de saúde / doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade; realizar reuniões para discutir planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir dos dados disponíveis, acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na atenção primária, realizar a interdisciplinaridade integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações, realizar ações de educação em saúde à população adstrita, participar das atividades de educação permanente; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2011).

No caso de Itaocara e em municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% das equipes de saúde da família na modalidade transitória. A equipe transitória é composta por um médico com carga horária de 20 horas semanais e o restante da equipe 40 horas, sendo 60% de repasse do incentivo financeiro, abrangendo no máximo 2.500 pessoas, 10 a 50% de acordo com o quantitativo populacional do município. Nesta modalidade, há uma flexibilidade quanto à carga horária do médico de família, podendo ocorrer também, dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família, entre outras opções de carga horária (BRASIL, 2011).

Com relação aos mecanismos de gestão da ESF, o Departamento de Atenção Básica (DAB), estrutura vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do MS, tem a missão institucional de operacionalizar essa política no âmbito da gestão federal do SUS. A execução dessa política é compartilhada por estados, Distrito Federal e municípios. Ao DAB cabe, ainda, desenvolver mecanismos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica a estas instâncias de gestão na implementação e organização da Estratégia Saúde da Família e ações de atendimento básico como o de Saúde Bucal, de Diabetes e Hipertensão, de Alimentação e Nutrição, de Gestão e Estratégia e de Avaliação e Acompanhamento (BRASIL, 2011).

À Secretaria de Saúde cabe definir, no âmbito municipal ou regional, os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares. A responsabilidade pelo acompanhamento dos indivíduos e famílias deve ser mantida em todo o processo de referência e contra-referência pela equipe da ESF.

Este busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

A família é fundamental no auxílio e na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, reforçando o papel dos profissionais atuantes na ESF, no que diz respeito a preparar e apoiar esta família, com objetivo de integrá-la ao processo terapêutico, preparar seu convívio com o portador de transtorno mental e proporcionar a inserção deste na comunidade. A equipe de Saúde da Família deve se aliar a família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, auxiliando-a na descoberta e no desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas (MACHADO & MOCINHO, 2003).

Na ESF, o princípio operacional de adscrição da clientela (a unidade de saúde da família trabalhando com a definição de um território de abrangência, que significa a área geográfica sob sua responsabilidade) preconizado pelo programa, proporciona vínculo das unidades básicas de saúde com a comunidade, possibilitando o resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços. Esse vínculo é o que constitui o diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde. Essa importante mudança, no Sistema de Saúde do país, caracteriza um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de saúde mental (MACHADO & MOCINHO, 2003).

Além da ESF, o município cenário da pesquisa pode contar também com a cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Considerado parte da Saúde da Família, o PACS tem na pessoa do agente comunitário de saúde o elo entre os serviços de saúde e a comunidade. É composto por uma equipe formada pelo enfermeiro coordenador e de quatro a doze ACS, um ACS por 750 pessoas. Suas atividades principais são: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação juntamente com a equipe de saúde (BRASIL, 2011).

#### **4.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Em 1988, com a criação do SUS, a crítica ao modelo de tratamento psíquico institucional fortaleceu-se, principalmente por suas características de isolamento social, submissão e de discriminação, trazendo a necessidade de promover a vida comunitária e a autonomia dos usuários dos serviços de saúde mental, incluindo os indivíduos que apresentam algum tipo de transtorno psíquico (SCHNEIDER, 2008).

Para o MS a maioria dos transtornos mentais leves ou moderados pode ser atendida na atenção primária, seja nos grandes ou nos pequenos municípios, principalmente pelas equipes de Saúde da Família. Esta condição determina um grande compromisso e responsabilidade em relação à produção de saúde, à eficácia das práticas, à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS (SCHNEIDER, 2008).

A APS deve acolher e desenvolver uma ação seletiva da demanda de saúde mental, solucionando os casos menos complexos. As equipes de saúde mental, integrando-se aos demais serviços de saúde e a comunidade, devem assessorar os trabalhadores de APS, para proporcionar a operacionalização desses serviços, constituindo uma percepção psicossocial do trabalho em equipe (BRASIL, 2009).

Baseado nas idéias de Schneider (2008), na prática das UBS, uma boa forma de inclusão, pode ser a inserção dos pacientes psiquiátricos nos grupos já existentes na ESF, e não formar novos grupos, para não ocasionar estigmatização do portador de transtorno mental. Os grupos podem ser um espaço privilegiado para o usuário vivenciar novas experiências e compartilhar as suas. Cabe aos profissionais desenvolverem um olhar mais crítico para esta realidade, a fim de saber interpretá-la, sabendo como e quando realizar uma intervenção de forma a assistir de forma satisfatória ao usuário.

As ações de saúde mental articuladas com as de saúde na APS trazem contribuição não somente para acelerar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas também, para a melhoria da atenção em saúde mental na ESF. A principal razão desse processo é uma melhora na cobertura assistencial aos transtornos mentais no âmbito do SUS (PEREIRA, 2007).

Quando existem falhas nessa articulação, na cobertura assistencial, ou na continuidade do tratamento para os portadores de transtorno mental, os resultados obtidos pelos pacientes são afetados negativamente, gerando um gasto maior dos recursos dos serviços, podendo até se relacionar às altas taxas de suicídios. Apesar dessas consequências, alguns estudos apontam a dificuldade em se manter a continuidade quando os pacientes saem de serviços de referência e são encaminhados para centros de saúde (OLIVEIRA et al, 2008).

Segundo Oliveira et al, (2008), os motivos apontados para esta ruptura na continuidade do tratamento se referem a aspectos de infra-estrutura dos serviços (escassez de recursos humanos; falta de medicação; de veículos para visita domiciliar, dentre outros) e a aspectos conceituais (inconsistência entre a política proposta e a indefinição do referencial teórico e das tecnologias de tratamento a serem utilizadas). Existe também, uma falha na

continuidade transversal, na capacidade dos serviços manterem contato com o paciente quando ele muda de nível de assistência. Ao mesmo tempo, pode haver a existência de uma boa continuidade longitudinal, quando o paciente consegue chegar ao serviço e obter tratamento por longo tempo.

Baseado nos autores acima, a continuidade do cuidado pode ser entendida como o movimento ordenado e ininterrupto dos pacientes entre os diversos elementos do sistema de saúde. A importância da continuidade do cuidado para os portadores de transtorno mental tem sido extensamente reforçada na literatura internacional, abrangendo vários aspectos e serviços avaliados. O sujeito ganha destaque como participante principal no tratamento, sendo a família também agente fundamental do cuidado.

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, trata da estruturação da rede de saúde nos três níveis visando a continuidade do cuidado dos usuários da saúde da família. Com base no Art. 12, deste Decreto, ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (BRASIL, 2011).

A partir desse Decreto e, observada a pirâmide das atenções primária, secundária e terciária que, na saúde mental, era composta por uma base ínfima de atenção primária, e seguida de um miolo mediano de atenção secundária e um topo largo e robusto de atenção terciária representado pelos hospitais psiquiátricos, pretende-se aumentar o atendimento ambulatorial e a atenção primária nos centros de saúde e unidades básicas (SCHMIDT, 2008).

Segundo pesquisa de Reis et al (2010), a organização de linhas de cuidado consiste em uma ferramenta potente de aproximação da integralidade, desenhando o caminho a ser percorrido pelos usuários na sua busca por cuidado integral, de forma horizontal ou circular, e não mais com base na pirâmide, como é tradicionalmente representado o sistema de saúde .

A rede de ações e serviços de saúde pressupõe a correspondência entre a escala das unidades de atenção, o território e sua população. As unidades de cada nível de atenção são capazes de solucionar problemas de saúde de um determinado número de pessoas e devem ser dimensionadas de forma a garantirem essa oferta de serviços com qualidade (GONÇALVES & ALMEIDA, 2010).

A rede de serviços de saúde mental e a cobertura de equipes de saúde da família nem sempre são suficientes em relação à densidade populacional, o que gera uma sobrecarga nos

serviços de saúde disponíveis (CAVALCANTI et al, 2009). De acordo com o MS, a ESF pretende assistir indivíduo e família integralmente e continuamente através de suas ações.

Nos últimos anos, o desenvolvimento da ESF marca um progresso indiscutível na política do SUS. Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção, a ESF, vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva (BRASIL, 2011). Na tentativa de obter a promoção da saúde mental, a saúde integral, o ser humano deve ser olhado de uma forma global, como ser dotado de funções físicas, psíquicas e sociais, interligadas entre si. A saúde deve ser contemplada como a articulação dos fatores físicos, mentais e sociais e, o ideal de saúde, envolve todos esses fatores em um único sujeito.

As ações neste nível de atenção devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas, promovendo o estabelecimento de vínculos e acolhimentos, ações essas enfocadas e determinadas pelos princípios do SUS e os da Reforma Psiquiátrica (SCHNEIDER, 2008). Nessa articulação, segundo o Ministério da Saúde, se destacam como fundamentais as seguintes características: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

#### **4.4.1 Apoio Matricial**

Assim como o contexto da saúde mental vem passando por transformações ao longo da história, através da Reforma Psiquiátrica, as equipes de saúde mental e atenção primária também precisam construir novas formas de atuação.

O apoio matricial foi criado para fornecer suporte técnico em áreas específicas às equipes de saúde da família, que tem como ocupação o desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. O matriciamento acontece quando a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local e esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. A responsabilização compartilhada dos casos prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando o processo de compartilhamento e acompanhamento de responsabilidade das

equipes de atenção primária, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Em municípios que contam com o CAPS ou outros dispositivos em saúde mental, as equipes de saúde mental podem fazer o apoio matricial às diferentes equipes da atenção primária, programando encontros semanais e formas de contato para o enfrentamento de demandas inesperadas ou intercorrências. Em municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir o apoio matricial é possível compor esse apoio através do NASF I e II, que serão enfocados adiante (BRASIL, 2011).

A realidade das equipes de atenção primária vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental. Essas equipes se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave a adesão às práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção primária (BRASIL, 2009).

As equipes de saúde da família precisam ter o apoio e trabalhar próximas aos profissionais e serviços de saúde mental. O trabalho articulado dessas equipes potencializa o cuidado e facilita uma abordagem integral, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2009).

Há princípios comuns entre o exercício das equipes de saúde da família e de saúde mental como a atuação a partir do contexto familiar, a continuidade do cuidado e a organização em rede, que devem se articular para a produção de cuidados em saúde mental no território. É primordial a inclusão, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar às equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico (BRASIL, 2009).

Como os afetos estão sempre presentes nas relações terapêuticas, por mais que se trate de um tema específico de psicólogos e psiquiatras, cabe a estes profissionais quando percebem dificuldades de uma equipe nesse campo, exercitarem a dimensão técnico-pedagógica, preconizada pela equipe matricial, a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de Saúde da Família, para que possam lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos (BRASIL, 2009).

#### **4.4.2 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)**

Para o melhor manejo da Saúde Mental na APS, o MS estabeleceu a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, onde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), para realização de um trabalho compartilhado de suporte às equipes por meio do desenvolvimento do chamado apoio matricial em saúde mental. Este núcleo, assim como a equipe de saúde da família, está inserido na rede de serviços da APS.

Como preconizado pelo NASF, o apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência e as equipes de saúde da família. Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar o NASF, de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial, que vão produzir ação clínica direta com os usuários e técnico-pedagógica com e para a equipe (BRASIL, 2009).

Baseado nas diretrizes do NASF, a articulação com serviços especializados, como o CAPS, dentro da lógica matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de Saúde Mental de maior complexidade, permanecem na APS por questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, o que reforça a importância das ações locais de saúde mental (BRASIL, 2009).

O CAPS é um serviço substitutivo, de referência para casos graves, que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de NASF e Saúde da Família. Deve-se buscar integração permanente entre o NASF e o CAPS no território, levando em conta que também é tarefa do CAPS realizar ações de apoio matricial para a APS. Ao perceberem as dificuldades de uma equipe Saúde da Família, em relação a saúde mental, os psicólogos e psiquiatras devem exercitar a dimensão técnico-pedagógica, preconizada pela equipe matricial, a partir das discussões de casos e temas (supervisão), de forma a compartilhar seu conhecimento específico com essa equipe, auxiliando-os a lidar com esse saber, facilitando a todos o acesso ao conhecimento necessário, à responsabilidade compartilhada, à construção de uma agenda integrada e ao atendimento (BRASIL, 2009).



O MS preconiza a existência de duas modalidades de NASF: O NASF I responsável por realizar suas atividades vinculado a no mínimo oito Equipes de Saúde da Família e no máximo quinze equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. Excepcionalmente, nos municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, cada NASF I poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, cinco e no máximo nove equipes. Por outro lado, o NASF II deve realizar suas atividades vinculado a no mínimo três equipes de Saúde da Família e no máximo sete equipes de saúde da família (BRASIL, 2011).

O NASF I pode ser composto por: Médico Acupunturista; Assistente Social; Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública, saúde coletiva ou graduado em uma dessas áreas. O NASF II deve ter no mínimo três integrantes e pode ser composto por: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2011).

Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção primária para populações específicas, às quais estão vinculadas, não sendo recomendada a existência de uma unidade de saúde ou serviço de saúde, específicos para a equipe do NASF (BRASIL, 2011).

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários (BRASIL, 2011).

#### **4.5 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ITAOCARA - RIO DE JANEIRO**

Na década de 90, paralelamente a implantação do CAPS houve a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cenário nacional. No município de Itaocara, em 02/05/2001 foi implantada a primeira unidade da ESF localizada no distrito de Jaguarembé.

Em seguida, em 2002, foi implantada a ESF de Portela, em 2003, a de Laranjais e em janeiro de 2012 foi inaugurada a ESF de Estrada Nova, somando as quatro unidades da ESF do município.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB 2006) informam que em Itaocara, a cobertura da ESF em 2005, foi de 68,88%, sendo 28,23% de PSF e 40,65% do Programa de Agentes Comunitários (PAC) (BRASIL, 2006). Em 2011, a cobertura da ESF foi de 31.15% onde tiveram cadastradas 2.119 famílias das 6.803 (22.452 habitantes) estimadas no município e o PACS cobriu 48,33% o que equivale a 3.288 das famílias estimadas, totalizando 79,48% de cobertura (BRASIL, 2011).

É marcante a possibilidade que a ESF traz de se conhecer a estrutura ou sistema em que se organiza a vida de determinada comunidade; prestar uma assistência universalizada, com descentralização de decisões; e contar com bases territoriais definidas para a atuação, vendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. Essa proximidade da ESF para com usuário, família e profissionais é um importante recurso, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico (PEREIRA et al, 2007).

Assim como ocorre em outros municípios, na ESF de Itaocara o atendimento a população é prestado por cada equipe composta por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), na unidade de saúde e nos domicílios. Na saúde bucal, contam com um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário, de acordo com o relatório de profissionais por estabelecimento informado pela Secretaria de Atenção à Saúde (MS/SAS). Durante o desenvolvimento do trabalho, a equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

O médico busca atender a todos os componentes das famílias, independentemente de sexo e idade. Seu compromisso envolve principalmente visitas domiciliares, ações preventivas e de promoção de saúde, além do acompanhamento clínico. A enfermeira atua junto à equipe e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos ACS, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção e cuidados de enfermagem. As ações dos auxiliares de enfermagem são desenvolvidas nos espaços da unidade de saúde e nos domicílios e as atribuições básicas de todos eles estão ligadas ao trabalho desempenhado pelos ACS, tais como: visitas domiciliares, detecção de famílias de risco e o acompanhamento dos cuidados de enfermagem junto a esses indivíduos.

Os ACS podem ser encontrados em duas situações distintas em relação à rede do SUS: podem estar ligados a uma UBS ainda não organizada na lógica da Saúde da Família ou a uma Unidade Básica de Saúde da Família como membro da equipe, atuando em comunidades rurais e periferias urbanas. Essa segunda situação é a que ocorre em Itaocara. Os ACS realizam ações como mapeamento de sua área de atuação, cadastram e atualizam as famílias de sua área, identificam indivíduos e famílias expostos a situações de risco e realizam visita domiciliar, acompanhando mensalmente todas as famílias, entre outras atividades.

Em situações específicas, ocorre o encaminhamento do usuário para níveis de maior complexidade sendo uma continuidade previsível e que deve ter critérios bem conhecidos tanto pelos componentes das equipes de Saúde da Família como pelas demais equipes das outras áreas do sistema de saúde. Em Itaocara, sua referência concentra-se no único Hospital Geral do município, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em hospitais da região, como o Hospital São José do Havaí em Itaperuna e hospitais concentrados na sede no Rio de Janeiro para tratamentos mais complexos. Após o encaminhamento, deve haver um retorno das outras áreas do sistema de saúde para os PSF, alimentando o sistema referência e contra-referência.

Na ESF deste município existem prontuários das famílias cadastradas, em fichas próprias e, acompanhadas pelo programa, incluindo dados pessoais, familiares, demográficos, contendo o perfil socioeconômico de cada família. A partir da realidade de cada família planejam-se ações visando atender suas demandas. Apesar de estarem equipadas com computador, por funcionarem em área rural, as equipes não tem acesso a rede de internet e nem ao prontuário eletrônico do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). As informações são relatadas manualmente nas fichas e depois encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde de Itaocara onde uma funcionária alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e envia os dados eletronicamente ao Ministério da Saúde.

## V. METODOLOGIA

A ciência objetiva tanto o conhecimento em si mesmo quanto as contribuições práticas decorrentes desse conhecimento (GIL, 2007). Uma pesquisa sobre problemas práticos pode conduzir à descoberta de princípios científicos. Da mesma forma, uma pesquisa básica ou pura pode fornecer conhecimentos passíveis de aplicação prática imediata.

Segundo Vera (1989), a pesquisa ou investigação científica surge quando o pesquisador se sente impelido a buscar a solução de um problema do qual se tem consciência. Para Gil (2007), a investigação científica depende de um conjunto de procedimentos tanto intelectuais quanto técnicos para que seus objetivos sejam atingidos: os métodos científicos.

Neste estudo foi utilizada a abordagem qualitativa pois se considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade que não pode ser traduzido em números. Minayo (2004) afirma que a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos.

A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados constituem elementos básicos no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador o instrumento chave. Numa busca qualitativa, preocupa-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação. O trabalho de campo constitui-se em uma etapa essencial da pesquisa qualitativa, que a rigor não poderia ser pensada sem ele (MINAYO, 2004).

Ainda para Minayo (2004:12):

A discussão crítica do conceito de "Metodologias Qualitativas" nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica as abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. As diferentes teorias que abrangem (cada uma delas) aspectos particulares e relegam outros, nos revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber.

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, complementada pelos conceitos da pesquisa descritiva. A pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (GIL, 2007). Já a pesquisa descritiva visa

descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionário e observação sistemática (GIL, 2007). Assume, em geral, a forma de levantamento.

Foi realizado um estudo de caso que se caracteriza por ser um processo em que o pesquisador explora uma simples entidade ou fenômeno limitado pelo tempo e atividade. É uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005).

## 5.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Itaocara localizado na região noroeste do Estado do Rio de Janeiro e 270 km distante da capital. Está situado em uma área de 429,68 km<sup>2</sup> tendo como municípios limítrofes: Aperibé, Cambuci, Cantagalo, Santo Antonio de Pádua, São Fidélis e São Sebastião do Alto. Sua população estimada, segundo o censo de 2010, é de 22.899 habitantes (IBGE, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)<sup>1</sup> é de 0,771 e o PIB per capita é de R\$10.951,19. As principais atividades econômicas são: indústria aguardenteira (produção de aguardente), pecuária de corte e a pecuária leiteira, colocando o município entre os maiores produtores de leite do Estado. Devido a sua economia, afirma-se que parte da população se concentre na zona rural, com aproximadamente 5.573 habitantes (IBGE, 2012).

Até o ano de 1997, o município de Itaocara (RJ) não contava com nenhum dispositivo assistencial em Saúde Mental. Os portadores de transtornos mentais eram encaminhados à internação em hospitais psiquiátricos em outros municípios do RJ como Campos dos Goytacazes, Nova Friburgo, Itaperuna e, principalmente, Bom Jesus do Itabapoana.

Em maio de 1997, com aprovação unânime do Conselho Municipal de Saúde de Itaocara (RJ), foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Atualmente o Programa de Saúde Mental do município está organizado em base territorial, contando com uma unidade do CAPS, ambulatórios instalados dentro do seu espaço, uma residência terapêutica com um morador e o Programa “De Volta para Casa”, que abrange dois usuários do serviço.

---

<sup>1</sup> O IDH é obtido através do cálculo das capacidades: oferta de condições de saúde, de conhecimento e de renda e serve para comparar e classificar o grau de desenvolvimento humano. De acordo com a escala, o município apresenta um IDH médio.

Atualmente, a maioria das ações em Saúde Mental é realizada neste CAPS, que funciona como porta de entrada do programa de Saúde Mental.

Optou-se por estudar a atenção em saúde mental no município de Itaocara (RJ) pelos seguintes motivos: desde o início do processo da Reforma Psiquiátrica este município vem apresentando mudanças de grande relevância na assistência aos portadores de transtornos mentais, contando com um CAPS em sua sede; por apresentar iniciativas de mudança do modelo assistencial com ampliação da oferta de APS que abrange, principalmente, toda a área rural do município; por possuir uma cobertura da ESF, juntamente com o PAC acima de 50%.

A pesquisa ocorreu nos seguintes locais: Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no CAPS e nas unidades de atenção primária do município, representadas aqui pelas quatro unidades da ESF.

As Unidades Básicas de Saúde contam com uma equipe de Saúde da Família cada uma, composta por: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, de seis a oito agentes comunitários de saúde (ACS), um cirurgião dentista e um auxiliar em saúde bucal. Estas unidades funcionam em antigos postos de saúde ou em outros locais já existentes, não ocorrendo para sua instalação investimento em novas construções, mas apenas reformas. Localizam-se em locais estratégicos, no centro de cada distrito, possuem instalações adequadas e sua cobertura é de 31.15%.

O município conta com um CAPS que funciona em dois turnos - das 7h às 12h e das 12 às 17h e os atendimentos são realizados por uma equipe técnica interdisciplinar composta por dois médicos psiquiatras, cinco psicólogos, uma assistente social, um enfermeiro e dois médicos neurologistas. No corrente ano estão cadastrados mais de 2.000 (dois mil) usuários ativos no serviço de uma população de 22.899 habitantes, representando um percentual em torno de 10% da população, demanda que só vem aumentando (BRASIL, 2012).

## **5.2 SUJEITOS DA PESQUISA**

Participaram da pesquisa gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e profissionais das unidades da ESF e CAPS do município, totalizando 44 participantes. Foi constituído como critério de exclusão os profissionais do ESF e CAPS com menos de um ano de atuação no programa.

Foi feita uma apresentação inicial dos objetivos da pesquisa durante a reunião de equipe tanto do CAPS como das unidades da ESF e os profissionais foram convidados a participar. Aqueles que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) sendo garantido o seu direito de acesso aos resultados da pesquisa, respeitando a resolução 196/96 do CNS (APÊNDICE I).

### **5.3 PROCEDIMENTOS**

A análise foi feita com a utilização da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004), que caracteriza-se por um conjunto de técnicas de análise de comunicação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens para obter indicadores quantitativos ou não, os quais permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de variáveis inferidas das mensagens.

Na análise das entrevistas, o processo ocorreu através de exemplos simples e concretos de análise, por exemplo: o modo como as pessoas vivem a sua relação com os objetos cotidianos, decompondo o mecanismo desses processos. Aponta a hipótese de que existe uma correspondência entre o tipo de produção dos objetos e a atitude psicológica para com eles (BARDIN, 2004).

A análise das entrevistas é essencialmente temática, frequencial e quantitativa, onde a unidade de registro é qualquer objeto citado pelo locutor e que esteja presente no momento da entrevista e, transversal, onde as entrevistas são recorte em redor do tema-objeto e tudo o que foi afirmado fica transcrito em uma ficha (BARDIN, 2004).

Em seu método, Bardin (2004), descreve cada operação, incluindo: a organização da análise em fase da pré-análise, ocorrendo à organização para operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas. Os seus principais pontos são: a leitura flutuante, as primeiras leituras de contato com os textos, deixando-se invadir por impressões e orientações e a escolha dos documentos, os relatos transcritos das entrevistas e a formulação das hipóteses e objetivos. Após a pré-análise, faz-se a exploração do material, ocorrendo a etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de contexto e de registro. Posteriormente, é feito o tratamento dos resultados obtidos, utilizando a técnica da análise temática ou categorial que baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, e posteriormente, seu reagrupamento em classes ou categorias e interpretação.

Qualquer investigação pretende produzir inferências válidas a partir dos dados, para designar indução, a partir dos fatos. A análise de conteúdo constitui um bom instrumento de indução para a investigação de causas a partir dos efeitos. Ainda segundo Bardin (2004) os

pilares da análise de conteúdo são: a fase da descrição ou preparação do material, a inferência ou dedução e a interpretação dos dados.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Município. As entrevistas foram realizadas nas referidas unidades onde as pessoas entrevistadas puderam apontar sua preferência de local mais adequado, sendo garantidas as condições mínimas para a realização da entrevista, tais como local reservado para a qualidade sonora da gravação e preservação da privacidade. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes.

O instrumento para orientar um roteiro semi-estruturado deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Para Minayo (2004:99):

Dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação à realidade empírica e devem responder às seguintes condições: a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; b) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto de ponto de vista dos interlocutores.

Segundo a autora, a entrevista semi estruturada, combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. A entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação entre sujeitos, uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa com temas pertinentes (MINAYO, 2004).

Inicialmente foi realizada entrevista com um gestor da SMS visando à compreensão do contexto geral de funcionamento e de direcionamento do trabalho dos profissionais do Setor de Saúde Mental, abordando os seguintes temas: orientação da coordenação de saúde mental no município; identificação da rede de saúde mental; perfil estabelecido nos últimos concursos para psicólogo do município; ações que os, profissionais de saúde mental têm sido solicitados e estimulados a realizar; expectativas da Coordenação acerca da participação dos psicólogos e dos demais profissionais de saúde mental na rede e na atenção primária; capacitação para a atuação na atenção primária; e identificação do funcionamento da rede e do processo de referência e contra-referência. Em seguida, foi entrevistado um segundo gestor onde foram abordados, além dos temas mencionados acima, a prática do profissional de saúde e sua atuação em saúde mental na atenção primária, o reconhecimento por esses profissionais



dos transtornos mentais, as estratégias utilizadas para o atendimento a esses usuários, o conhecimento da rede e do fluxo de referência e contra referência (APÊNDICE II).

Após essas entrevistas foram realizados grupos focais com os profissionais das unidades da ESF e do CAPS, num total de 42 profissionais. O grupo focal é um grupo de discussão informal com o propósito de colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos, obter informações de caráter qualitativo em profundidade e revelar as percepções dos participantes sobre os tópicos em discussão. Pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço. A coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas a formação de opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

Os grupos focais buscaram captar a dinâmica do trabalho realizado em cada unidade, a percepção do profissional sobre o transtorno mental, a articulação da equipe e a identificação do papel desempenhado por cada profissional em relação ao atendimento em saúde mental. (APÊNDICE III). Os grupos foram realizados pela pesquisadora e identificados na apresentação dos dados como grupos I, II, III, IV e V.

Os participantes assinaram o TCLE para participação na pesquisa (APÊNDICE I), sendo garantido o seu livre acesso aos resultados. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá.

## **VI. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

As falas produzidas nas entrevistas e grupos focais foram classificadas em categorias e subcategorias de análise a partir dos seguintes eixos temáticos propostos no projeto de pesquisa: Rede de saúde mental: organização, referência e contra referência; Capacitação: matriciamento e manejo do uso de álcool e drogas; Comunicação usuário / equipe / família.

### **6.1 REDE DE SAÚDE MENTAL**

O Grupo I relata que a falta de organização da rede de saúde mental dificulta o trabalho, pois a falta de acessibilidade aos serviços de saúde é algo que dificulta ao usuário a continuidade do cuidado nos três níveis de assistência, pois muitos encontram dificuldade de acesso logo após serem encaminhados para os respectivos serviços de saúde. Além da acessibilidade foi incluído o tempo de espera para conseguir uma consulta como algo que influi no procedimento iniciado na ESF, assim como o encaminhamento e a aceitação da família em buscar uma unidade de saúde mental.

Este grupo aponta que o município não tem um trabalho em rede para saúde mental, que todos os setores trabalham independentes e não há continuidade na assistência iniciada pela ESF. O contato maior é por telefone e a partir da necessidade pontual, não havendo planejamento. Os casos de emergência são atendidos, dessa forma, de acordo com a necessidade do momento.

Segundo este grupo, o médico de sua equipe é a referência da comunidade atendida pela ESF por causa do jeito como ele atende. Os participantes deste grupo referem que o atendimento prestado por este profissional é um diferencial na comunidade e eles acreditam que se todos os demais profissionais tivessem esse perfil, não haveria necessidade de CAPS futuramente.

Ele não parece médico, ele tem o olhar na pessoa, ele conversa com os pacientes diretamente na linguagem deles e isso facilita muito o entendimento. Às vezes, além de explicar algo ao paciente, até desenha para que este entenda melhor (Grupo I).

Quanto ao sistema de referência e contra-referência, apontam que a referência deles é o CAPS e é o único apoio que possuem. A contra-referência ocorre através do usuário, ele volta e relata o que o médico falou, não há nada por escrito, o retorno do profissional não existe e o grupo acha que isso prejudica o trabalho, pois o profissional a que ele foi

referenciado pode ter detectado algo que o médico da ESF não detectou e eles ficam sem essa informação e sem poder dar continuidade ao tratamento. Dizem não saber o caminho, mas que precisam dessa articulação entre PSF e CAPS, seguindo a lógica da referência e contra-referência.

O grupo focal II afirmou que o CAPS precisa ser mais presente na assistência aos usuários da sua comunidade. Não há um trabalho em rede, a articulação funciona através das ligações telefônicas para o CAPS e do encaminhamento feito pela médica.

Quanto ao sistema referência e contra-referência, apontam o CAPS como sua referência e quanto aos encaminhamentos não encontram dificuldades, vão ao CAPS ou ligam e a consulta é marcada. Já a contra-referência ocorre quando se vai à casa do paciente uma vez por mês e tem o retorno.

O grupo focal III relata que os encaminhamentos são feitos para o CAPS com a ajuda da enfermeira e que alguns usuários vão por conta própria. O grupo vê o trabalho como um jogo de responsabilidade e acha que o CAPS não está assumindo o seu papel.

Quanto ao sistema referência e contra-referência, falam que no município não tem contra-referência e, portanto, não se tem o acompanhamento do caso, sabem apenas se terá a próxima consulta em saúde mental por causa da marcação do carro<sup>2</sup>. Destacam a dificuldade de acesso ao CAPS, pois ônibus só tem três vezes por semana e quando não chove. Por ser uma localidade na área rural e sem asfaltamento, quando chove muitas vezes ocorre deslizamento de terra, o que dificulta a passagem de automóveis.

O grupo focal IV traz a questão dos dois leitos psiquiátricos no hospital, informando que a direção do hospital apóia a instalação dos leitos psiquiátricos e a referência para lá é tranquila. O grupo acha que a organização da rede à principio está boa, mas precisa melhorar pra tentar chegar ao ponto de equilíbrio.

Quanto à referência e a contra-referência, falam que sua referência é o CAPS, eles sempre dão apoio, marcam visitas, qualquer um pode ligar pra lá e marcar consulta. A maior dificuldade apontada pelo grupo é o resultado do encaminhamento. A contra-referência vai acontecer a partir da visita domiciliar ao usuário.

Segundo o grupo focal V as parcerias começam num determinado momento e terminam quando o caso se diz solucionado. Não há uma parceria sistemática. Abordam que ao longo do tempo, o apoio da prefeitura está melhor em situações pontuais, não no sentido de que eles entendam a filosofia do trabalho da saúde mental. É evidenciada também a falta de

---

<sup>2</sup> Cada PSF possui um automóvel para levar a comunidade à sede do município para outros serviços de saúde, sendo necessário fazer o agendamento.

interdisciplinaridade pelo grupo. “Então, a grande maioria dos nossos problemas são gerados por falta de parceria”. Relatam no caso da referência e contra-referência, que esse sistema só acontece se houver solicitação ao profissional que envie algum relatório. Referem que no caso da ESF quando eles recebem o usuário com algum transtorno mental, eles encaminham para o CAPS.

A gestora I aborda que a atuação é isolada, não há um trabalho em rede. Não existe o sistema referência e contra-referência e só existe retorno se o profissional de saúde mental for acompanhando o paciente.

Quanto a ESF espera que ajude na ação e no que o CAPS não consegue realizar, como por exemplo, medicar um usuário que a família não consegue, enfim, ter esse suporte por parte da ESF. Não identifica problemas de encaminhamentos saindo do CAPS.

A gestora II alega que a atenção em saúde mental está centralizada no CAPS. Menciona a necessidade de qualificação dos profissionais para a rede existir. Com relação ao sistema referência e contra-referência, diz que a contra-referência tem que estar junto com a referência porque não adianta estar com um usuário na unidade de ESF com um episódio de surto e levar para o CAPS. O pessoal da ESF tem que ser informado da conduta para dar continuidade ao tratamento e isso não só na saúde mental, mas em toda a rede.

A partir dos relatos dos participantes da pesquisa, observou-se que no momento a saúde mental do município concentra-se no CAPS. Algumas unidades da ESF tentam realizar ações em saúde mental, mas, na maioria das vezes, encaminha para o CAPS, pois não há um trabalho efetivo, acompanhado, articulado e integrado.

As gestoras entrevistadas não falaram de uma proposta ou projeto para modificar esta situação.

## **6.2 CAPACITAÇÃO**

O grupo I refere a importância da capacitação das ESF e diz já ter sido solicitado à coordenação de Saúde Mental. Na questão álcool e drogas, o grupo diz que os usuários já vêm à unidade em uma situação crítica, muito debilitados e então, eles se agarram a qualquer possibilidade que possa tirá-los daquela situação. O consumo abusivo de álcool e outras drogas tem causado grande preocupação aos profissionais de saúde, uma vez que faltam estratégias para acolher esta clientela e realizar um trabalho como preconiza a política de redução de danos do MS.

Este grupo diz não conhecer o trabalho de matriciamento, relatam que o município não tem NASF e pensam que este ajudaria na implementação de algumas das atividades que a saúde mental não consegue dar conta.

O grupo II aponta que existem falhas no sistema, o CAPS tem uma quantidade de pacientes muito grande, é CAPS I, e relatam que a família nem sempre contribui com o tratamento, não dando a medicação corretamente.

O grupo informa que o município não tem NASF, mas que saiu uma Portaria estabelecendo que um município que tenha no mínimo três unidades da ESF pode ter um NASF e como Itaocara possui quatro unidades de ESF deveria ter um NASF. Em relação à presença de usuários de álcool e drogas, afirmam que a maioria geralmente não aceita tratamento.

O grupo III expressa que não existe um trabalho articulado entre CAPS e a unidade pois ficam sabendo as informações por meio do paciente, quando ele vai marcar algum procedimento. Não sabem o que é o matriciamento e NASF, afirmando que em Itaocara não tem. Quanto à questão do álcool e drogas, relatam que o álcool tem provocado vários agravos na comunidade, mas mesmo assim os usuários nem sempre procuram a unidade.

O grupo IV não recebeu capacitação em saúde mental e acha que seria interessante ter. Não conhecem o NASF e acham que não existe no município. Quanto ao uso de álcool e drogas, relatam que a saúde pública tem que abraçar o problema e não criminalizar esses usuários, ressaltando que as pessoas do interior sentem medo de abordar esse assunto.

O grupo V refere que a capacitação deveria ser obrigatória. Expressam a questão dos contratos como sendo uma política do município, o que ocasiona a rotatividade de funcionários, acarretando em prejuízos para os usuários devido à quebra do vínculo e ao serviço como um todo, uma vez que depois de capacitados e adaptados, muitos acabam perdendo o vínculo com o serviço. Precisa ter melhor capacitação para os profissionais da ESF e melhorar a relação com os outros dispositivos, bem como essa articulação. Relatam que a assessoria do estado era mais presente e que em parceria com o município organizava capacitações. Segundo eles, “A ausência do NASF pode ser falta de interesse porque entra a contra partida do município com relação à contratação da equipe” (Grupo V).

Apontam o álcool e outras drogas como o desafio por causa dos casos atendidos que ficam sem dar andamento pois os usuários nem sempre retornam ao médico.

A gestora I coloca que o grande problema hoje está relacionado ao consumo de álcool e drogas e fala que o CAPS às vezes é procurado só para internar o usuário. Aborda a necessidade de qualificação do profissional para atuar em saúde mental e espera ter uma

equipe preparada para definir ações necessárias, não somente aplicando o remédio, mas sabendo abordar a família e o próprio usuário. Afirma a necessidade do NASF no município.

Para a gestora II, todos têm que se unir, não só o pessoal da saúde mental como o pessoal da ESF para que se comece a falar a mesma língua. Acha que falta uma integração dos profissionais e capacitação para eles. Aponta que quando o paciente psiquiátrico vai para um tratamento clínico o acolhimento é outro porque os profissionais não têm qualificação.

Quanto ao matriciamento, falou do Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade (PMAQ) e relata que não tem NASF, pois ele depende de um certo número de habitantes, de alguns parâmetros e o município não está dentro do perfil. Acha que é sempre bom ter um apoio como o do NASF. O PMAQ citado pela entrevistada avalia o desempenho das equipes de atenção primária de todo o país e as que apresentarem melhor desempenho recebem mais recursos do Governo Federal. Desta forma, o programa procura ampliar a capacidade das gestões federal, estaduais, municipais e equipes de atenção primária, para ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades da população (BRASIL, 2011).

Na ESF do município verifica-se a existência de alguns casos de transtornos mentais comuns (TMC), se destacando a ansiedade, a depressão e o alcoolismo já mencionado. O que se percebe é a falta de capacitação para atuar com esses transtornos. Para que não haja uma lacuna entre as necessidades do usuário e o preparo profissional para o manejo terapêutico, torna-se necessária a formação pré-serviço e em serviço de profissionais de cuidados primários sobre questões de saúde mental, sendo um pré-requisito essencial para a integração da saúde mental. Na garantia dessa qualificação, os profissionais e instituições especializadas de saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários (OMS & WONCA, 2008).

Além dos TMC aparecem nas unidades problemas familiares relacionados também a situação socioeconômica, ao trabalho, a oferta de emprego no município que é restrita e a conflitos familiares. Alguns profissionais entrevistados têm uma definição ampliada do conceito de saúde como sendo o bem estar biopsicossocial do sujeito e os problemas apontados acima são de ordem psicológica, financeira, social e cultural. Devido a isto, os entrevistados reafirmam a necessidade de um trabalho de matriciamento em saúde mental para que recebam um suporte técnico e pedagógico.

A ausência de uma unidade do NASF no município dificulta a aproximação, o diálogo e a articulação entre CAPS e ESF, principalmente, pela falta de informação,

capacitação e formação dos profissionais atuantes e pela certeza do importante papel que tem o matriciamento para a atenção em saúde mental na ESF.

### **6.3 COMUNICAÇÃO USUÁRIO / EQUIPE / FAMÍLIA**

A comunicação usuário / equipe / família foi uma preocupação expressa na fala dos entrevistados e por sua frequência passou a constituir uma categoria de análise. O grupo I relata que a maior dificuldade está na comunicação com os usuários, de conseguir resgatar e trazer essas pessoas ao tratamento. Devido a isso, para receber essas pessoas a equipe de saúde precisa ter uma postura acolhedora e de sensibilidade para abordar o usuário em todos os seus aspectos, na sua diversidade física, mental, social e cultural para que a comunicação não seja uma barreira, mas seja facilitadora do estabelecimento do vínculo entre usuário/equipe, para que o tratamento flua e beneficie o usuário, sua família e a comunidade.

O grupo II acha que no decorrer dos anos precisarão de tratamento psicológico por lidarem com os problemas das pessoas.

O grupo III aborda a questão da automedicação e relata que muitos usuários tomam medicamento e muitas vezes não fazem acompanhamento no CAPS.

O grupo IV aponta a questão da medicalização por parte do corpo de médicos. Os médicos só lançam mão da terapia medicamentosa e vira mera repetição de receita, prescrição.

A gestora I relata que quem trabalha com saúde mental precisa de sensibilidade na realização da ação, que o profissional que vai desencadear a ação tem que ter a sensibilidade na abordagem e saber se posicionar na hora necessária.

Para a gestora II o usuário de saúde mental constitui uma clientela como as outras porque eles estão doentes e como qualquer outro usuário precisa de tratamento. São indivíduos que precisam de um apoio maior porque existe a cultura de achar que o “louco”, o paciente com transtorno mental, é uma coisa que “pesa, um castigo”. Coloca que percebe isso na família, na sociedade e no dependente químico visto como o malandro que foi para o uso de álcool e drogas porque quis. Então, tem muito preconceito segundo a entrevistada. A preocupação desta foi com o espaço físico do serviço e mencionou que futuramente pretende fornecer um aumento salarial aos profissionais de saúde.

Segundo a OMS & WONCA (2008) a saúde mental tratada no nível primário ajuda a diminuir a carga de estigma e discriminação em torno das doenças mentais, além dos resultados satisfatórios quando há uma boa rede de serviços e o um bom relacionamento entre

os níveis primário, secundário e terciário. Como se trata de um município de pequeno porte, o preconceito e o estigma se evidenciam o que cria uma barreira para os usuários buscarem os serviços de saúde, principalmente, os dispositivos de saúde mental devido ao rótulo que lhe é atribuído conforme demonstrado nos dados levantados.



## **VII. DISCUSSÃO DOS DADOS**

### **7.1 REDE DE SAÚDE MENTAL**

Com relação à rede observa-se a não existência de um trabalho em rede no município. Esse fato é percebido por todos como produtor de barreiras para a realização do trabalho em saúde mental na ESF de forma que prejudica a sua organização, a acessibilidade dos usuários aos dispositivos e ao atendimento em saúde mental com eficácia e qualidade. Dessa forma o sistema referência e contra-referência se apresenta comprometido e nem sempre é alimentado como podemos verificar nas falas abaixo:

A rede vai existir quando os dois leitos psiquiátricos no hospital geral estiverem funcionando, os PSF estiverem todos capacitados, atendendo o paciente nas suas necessidades e o hospital também recebendo esse paciente dentro de uma continuidade desse atendimento. Quando existe uma continuidade, temos uma rede, onde o paciente vai estar no hospital e na hora que sair da crise vai para o CAPS e vai poder continuar sendo atendido em qualquer lugar (entrevistada II).

“Às vezes, você faz a busca ativa, busca aquele caso, se detecta, capta e quando você passa a bola pra frente... A demanda não é totalmente absorvida, de forma alguma, é um funil mesmo” (Grupo I).

Além do CAPS, tem a Pestalozzi para atender crianças com deficiências, mas não existe uma integração efetiva com o CAPS. Foi feito o projeto de credenciamento dos leitos no hospital geral que foi aprovado mas não está vigorando. Mesmo sendo um hospital municipal, existe toda uma questão de não querer ficar com os nossos pacientes, os portadores de transtorno mental (Grupo IV).

A queixa é posta também do lado da saúde mental que parece esperar uma parceria mais efetiva com a atenção primária:

Eu espero que o PSF possa nos ajudar na questão que não estamos dando conta, como por exemplo: medicar um paciente e que esteja mais aberto a ajudar na ação, não só vir aqui olhar o CAPS como porta de entrada mas entrar no CAPS (Entrevistada I).

Ter conhecimento sobre os transtornos mentais é de extrema significância pois, compete a ESF assistir integralmente os usuários e suas famílias, desenvolvendo ações para as necessidades de ordem mental, com enfoque na prevenção e promoção da saúde mental, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. A assistência integral implica na articulação

dos níveis de atenção à saúde num mesmo plano horizontal. Como um complementa o outro e cada nível de atenção tem sua função é necessário que haja uma comunicação entre eles de forma contínua. Portanto é imprescindível que o sistema de referência e contra-referência seja de fato efetivo.

Juliani e Ciampone (1999) com base nos estudos de Witt (1992) abordam o sistema de referência e contra-referência como sendo constituído na articulação entre os níveis primário, secundário e terciário de saúde. Segundo os autores, por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. A contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade. Pelas menções acima, percebe-se que não se trata de um tema novo e alguns estudos realizados a partir de meados da década de 80 se referiam a problemas na organização do sistema referência e contra-referência, como a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção.

O funcionamento efetivo de um sistema de referência e contra-referência é um dos elementos essenciais para que as ações e os serviços de saúde funcionem de forma integrada, constituindo-se um elemento chave para as práticas da ESF. Para isto é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nesses procedimentos de referência e contra-referência (GONÇALVES & ALMEIDA, 2010).

De acordo com as Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil (2006) e com a Lei 10.216/2001, o modelo de assistência integral em saúde mental deve ser aperfeiçoado continuamente na busca do ideal e deve contar com o princípio de integração, constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência no qual as unidades devem funcionar em rede, de forma harmônica, complementando-se. O funcionamento efetivo de um sistema é um dos elementos essenciais para que as ações e os serviços de saúde funcionem de forma integrada, constituindo-se um elemento chave para as práticas da ESF. Para isto é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contra-referência. A precariedade dos sistemas de informação e comunicação prejudica o adequado funcionamento do sistema referência e contra-referência (GONÇALVES & ALMEIDA, 2010).

Nessa linha de pensamento, os mecanismos de referência e contra-referência são necessários à implantação das equipes de saúde da família e constituem a garantia dos fluxos aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011). Os vários dispositivos de tratamento que devem compor a rede exigem o

fluxo, a circulação de informações e pessoas, representados, pela fluência do sistema referência e contra-referência.

De acordo com os dados levantados, a referência em saúde mental do município é o CAPS, sendo o contato geralmente feito por telefone, porém o CAPS não consegue mais absorver a demanda que chega a ele, “ficou pequeno diante dos problemas”.

A gente estava com uma paciente da zona rural bem complicada e numa dessas conversas, ela aceitou ir ao CAPS e eu falei vou dar um jeito de tentar marcar. Me falaram que teria que ir para a triagem como qualquer pessoa. A gente acaba perdendo aquilo que a gente tentou recuperar naquele momento (Grupo I).

“Na minha área eu detectei um caso e fui buscar ajuda no CAPS mas, ele precisava mais de visita do CAPS” (Grupo II). “No sentido de detectar uma situação e já encaminhar de imediato, não ocorre” (Grupo V).

Foi uma fala comum entre os participantes da pesquisa de que não há contra-referência em saúde mental, o que faz com que o profissional da atenção primária fique sem ter conhecimento sobre o tratamento proposto para o paciente encaminhado para o CAPS. As informações são geralmente obtidas através do próprio paciente, durante as visitas domiciliares:

“Às vezes, o CAPS liga para saber como está o paciente, mas a conduta feita não é informada. De lá pra cá não tem contra-referência”. (Grupo IV).

Eu fico muito revoltada porque a gente não tem resposta do paciente, a gente não tem só uma família pra tomar conta, então, às vezes, acaba aquela pessoa precisando continuar o tratamento e não procura e acabam falando que eles abandonaram, eles não querem saber (Grupo III).

Foi muito presente a discussão sobre a ausência da contra-referência que faz com que a atenção em saúde mental não seja efetivada conforme prioriza o MS. Para assegurar o trabalho em rede, com boa estrutura e que funcione dentro dos padrões do MS, garantindo a continuidade dos cuidados dos usuários da Saúde da Família foi criado o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 já mencionado no capítulo Saúde Mental na Atenção Primária (BRASIL, 2011). A respeito dessa continuidade do cuidado, notou-se a sua inexistência devido à dificuldade da contra-referência dos usuários encaminhados.

Às vezes, o médico, o especialista identificou alguma coisa que o clínico geral nosso não foi capaz de perceber, então, a gente continua tendo a visão anterior daquele especialista e nunca a visão que o especialista já deu, ele já percebeu coisas que nós não percebemos e a gente continua sem poder dar continuidade (Grupo I).

Para Oliveira et al (2008) pode-se amenizar os problemas que afetam a continuidade, por intermédio da ampliação das equipes de saúde mental nos centros de saúde com a contratação de profissionais especializados, a disponibilização de medicação em qualidade e quantidade suficiente para atender a demanda de saúde mental nestes serviços e a criação de protocolos de encaminhamento que enfatizem a importância da integração entre os serviços antes, durante e após o encaminhamento.

Na tentativa de estabelecer essa continuidade, um dos grupos sugeriu a criação de uma ficha, pois precisam saber como anda o tratamento do paciente, saber a conduta. Esta ficha de referência e contra-referência já existe, mas os profissionais não a conhecem, o que gera mais problemas de comunicação: “Se pudesse ter uma ficha de controle de referência e contra-referência, você encaminharia com o que está visualizando do paciente e quando ele retornasse, estaria na ficha dele o que o neurologista avaliou e indicou” (Grupo II).

No relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (2011) foi sugerida a criação de um prontuário eletrônico como sendo um sistema único de informações para gerenciamento das ações em saúde mental, contendo relatórios, interligando CAPS e outros setores públicos e privados das mais diversas áreas de atuação para possibilitar a continuidade da assistência ao usuário, a ordenação e organização para subsidiar o trabalho, projetos e pesquisas nas três esferas de governo (BRASIL, 2011).

O prontuário eletrônico que utiliza a internet como ferramenta de comunicação favorece o estabelecimento do sistema referência e contra-referência na medida em que propicia um sistema de informações e comunicação abrangente e descentralizado. A interação, a comunicação, a continuidade da assistência são parte imprescindível das redes de atenção pois, estas possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes setores biopsicossociais, como a atenção primária em saúde, efetuada pelas unidades básicas de saúde (UBS), pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (SCHNEIDER, 2008).

Além das interações entre os diferentes setores de saúde, a interação, o relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde/usuário/família deve ser considerada na sua totalidade, pois o estado emocional pode estar tão comprometido quanto o físico. É necessário que a equipe demonstre além dos conhecimentos técnicos e científicos, a habilidade e a sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional (VIEIRA, 2010).

Ficou evidenciado neste estudo um “conflito” na relação entre equipes da ESF e de CAPS, em que um parece esperar pela ação do outro, o que aponta para a dificuldade de

comunicação e, portanto, de articulação da rede. Esse problema envolve também a falta de capacitação das equipes e a inexistência do NASF, que será discutido adiante. O relatório final da IV Conferência reforça que deve ser garantido o atendimento integral do usuário pautado nas suas necessidades físicas, psíquicas e sociais, através da articulação entre a atenção primária, a média, a alta complexidade e a rede de saúde mental, garantido o atendimento do usuário em todas as áreas (BRASIL, 2011).

Outra dificuldade em relação à organização da rede refere-se à localização do CAPS e a questão financeira dos usuários, o que acaba sendo um problema, pois nem sempre o usuário tem condição financeira para ir ao CAPS. Foi mencionada a dificuldade do acesso tanto para os usuários como para a equipe.

A falta de acessibilidade é algo que dificulta ao usuário a continuidade do cuidado nos três níveis de assistência, pois muitos apresentam dificuldade de acesso logo após serem encaminhados para os respectivos serviços de saúde, como por exemplo, os centros de saúde. As condições de acesso da população às ações e serviços de saúde dependem tanto de sua proximidade das unidades dos diferentes níveis de complexidade quanto do dimensionamento adequado da oferta em relação ao número de habitantes e suas necessidades de saúde (GONÇALVES & ALMEIDA, 2010).

Um modelo de um "sistema sem muros", regionalizado, integral e resolutivo, capaz de eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção, tem se mostrado de difícil operacionalização e demanda por estudos de avaliação que possam contribuir para sua efetiva implantação (REIS et al, 2010).

Os problemas de saúde mental são considerados uma das principais causas de incapacidade no mundo. Causam vários impactos na saúde e socioeconômicos, pois indivíduos com menor poder aquisitivo, em geral, têm mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ou a medidas preventivas que, por sua vez, têm relação com resultados precários de saúde e agravamento das condições crônicas (OMS, 2003).

Atualmente, um número cada vez maior de pessoas, é acometido por doenças crônicas, por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Estima-se que até o ano 2020, os distúrbios mentais associados às lesões acidentais, serão responsáveis por 78% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2003). Devido a isso, é de extrema importância o atendimento a pacientes crônicos, ressaltando os portadores de transtorno mental na atenção primária em caráter preventivo e promocional de saúde.

Foi levantado neste estudo o aumento da demanda por acompanhamento de portadores de transtorno mental, devido à alta incidência desses transtornos no município. Atualmente no CAPS do município estudado há dois neurologistas e dois psiquiatras, número esse que não é suficiente para atender a essa demanda. Em determinado período o ambulatório funcionou dentro do CAPS e foi importante para trazer as pessoas da comunidade para o serviço, para criar uma aproximação, porém hoje não é mais porque está absorvendo totalmente os profissionais do CAPS. Logo que o CAPS foi implantado no município, o ambulatório foi instalado também como uma forma de integração e inserção social, para levar a comunidade e a população em geral a frequentar o CAPS, amenizando estigmas e preconceitos. Essa ideia partiu da gestão municipal da época. Hoje, pensa-se de forma diferente, inclusive pelo que propõe a assessoria do estado de separar o ambulatório, como vemos na fala a seguir: “Por mais que a gente tente ter uma visão de humanização, estamos atendendo, mas não é a mesma coisa de ter um médico exclusivo para os nossos pacientes” (Grupo V).

Dentre as atividades oferecidas pelo CAPS estão: reunião de familiares, grupos terapêuticos, atendimentos individuais pela equipe técnica, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, visitas a pacientes internados em Hospital Geral ou Psiquiátrico, atividades extra-unidade, atividades sociais na unidade e o Programa “De Volta para Casa”. O dispositivo está passando por uma reforma na sua estrutura física para acolher melhor os usuários e proporcionar um espaço mais adequado aos profissionais, uma fala que foi reforçada durante as entrevistas semi-estruturadas.

Os médicos, neste dispositivo, fazem apenas um trabalho ambulatorial e não realizam ações terapêuticas, como: participação em reuniões de família, reuniões de equipe, grupos terapêuticos junto aos usuários de saúde mental em contraposição ao que estabelece o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (2011) que afirma que deve ser garantida a participação do médico em outras atividades terapêuticas, além da consulta individual (BRASIL, 2011).

As Conferências Nacionais de Saúde Mental são de extrema importância, pois auxiliam na construção de políticas de Estado, independentes de governos específicos e com ampla participação da população. Desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, cresceu a complexidade, multidimensionalidade e pluralidade das necessidades em saúde mental, o que exigiu a permanente atualização e diversificação das formas de mobilização e articulação política, de gestão, financiamento, normatização, avaliação e construção de estratégias inovadoras e intersetoriais de cuidado. As ações intersetoriais foram

um avanço em relação às conferências anteriores e atenderam as exigências que a mudança do modelo de atenção trouxe (BRASIL, 2011).

## **7.2 CAPACITAÇÃO**

O grupo relata que não só a ESF, mas as outras unidades devem olhar o doente mental não só como um cliente do CAPS. Isso demonstra a falta de capacitação dos profissionais, de articulação com a rede pois não há parcerias e um trabalho interdisciplinar.

“Existe também o entrave da demanda do serviço que é grande para disponibilizar o profissional para ir aos PSF fazer essa capacitação” (Grupo V). “Os PSF acabam ligando pro CAPS e marcando atendimento” (Grupo V).

Um grupo relata ter solicitado a coordenação de saúde mental uma capacitação para que tenham apoio porque sabem que os profissionais de saúde mental não podem estar em todos os lugares, mas a proximidade entre CAPS e ESF, poderia proporcionar uma escuta diferenciada, qualificada, o que seria mais eficaz. Relatam que tem condição de fazer mais, desde que exista uma capacitação, um trabalho articulado, uma parceria para levar informação à comunidade, pois falta educação em saúde para a comunidade e um trabalho de prevenção.

Os dados apresentados apontam para a importância de uma maior integração entre CAPS e ESF no sentido da organização da rede e da capacitação dos profissionais da ESF, possibilitando uma escuta diferenciada e um atendimento mais resolutivo aos usuários de saúde mental. Fica clara a demanda por capacitação expressa pelos profissionais que demonstram vontade para desenvolver ações de saúde na comunidade e trabalhos de prevenção, mas reconhecem a necessidade de aprimoramento e qualificação.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (2011) abordou essa questão e em seu relatório final estabelece como de fundamental importância a realização de qualificação e educação permanente em saúde mental para as equipes multiprofissionais do SUS no nível primário, secundário e terciário, abrangendo equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, Corpo de Bombeiros, Polícia Civil e Militar, incluindo capacitações, oficinas, atividades formativas e informativas dirigidas aos técnicos de saúde mental, aos seus usuários, aos movimentos sociais e populares e à rede social (BRASIL, 2011).

A política do município foi apontada como voltada para a contratação de funcionários, enfocando a problemática da contratação de pessoal sem qualificação em saúde mental, a rotatividade de funcionários como também, o remanejamento de setor.

“Talvez, hoje, 80% dos que tiveram capacitação não sejam os mesmos que passaram lá por essa palestra, por essa formação” (Grupo V). “O município tem uma política de contratação e acham que deveria ser proporcionada uma capacitação para se conhecer o CAPS, o que é saúde mental para depois a pessoa trabalhar” (Grupo V).

Fica reafirmada a importância do estabelecimento de critérios de contratação conforme o estabelecido na IV Conferência que reitera a realização de concurso público como forma de contratação para todo e qualquer trabalhador de saúde mental no SUS, garantindo uma equipe completa e qualificada. Além disso, propõe a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção primária, assegurando a descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção primária, em conjunto com a implementação da ESF, em 100% dos municípios (BRASIL, 2011).

Quanto à rotatividade de funcionários, o relatório da IV Conferência aborda a garantia da permanência do profissional designado para determinado setor, valorizando o conhecimento adquirido e a formação de vínculos entre usuário/profissional, exceto em situações de necessidade de serviço mediante pactuação dos envolvidos (BRASIL, 2011).

O relatório da IV Conferência traz ainda a necessidade de se implementar uma Política de Plano de Carreira, Cargos e salários, com piso salarial e data base que viabilize a isonomia salarial e o incentivo salarial para aprimoramento através de cursos, que contribuam com as ações em saúde mental. Faz parte também a ampliação do quadro de profissionais de saúde mental na rede de atenção através de concurso público, garantindo descentralização das ações e o matriciamento em saúde mental na atenção primária juntamente com a ESF (BRASIL, 2011).

Paralelo a isto, existe a falta de profissionais de saúde mental na rede suficientes para realizar o trabalho de matriciamento com as equipes de saúde da família que são apontados, segundo a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial como pertencentes à gestão do trabalho em saúde mental.

O matriciamento em saúde mental é feito através da ação de equipes matriciais proposta pelo NASF, ligadas à rede de saúde mental que serão responsáveis por dar suporte técnico e de supervisão, através das técnicas de interconsulta e consulta conjunta para um determinado número de ESF e UBS (GONÇALVES & ALMEIDA, 2010). Os entrevistados relatam a falta de proximidade entre sua unidade e o CAPS, para se discutir os casos, trocar informações, um trabalho que não existe devido a demanda aumentada dos dois lados, a falta de tempo e de profissionais suficientes com disponibilidade. Apesar desses problemas, o grupo busca realizar o seu trabalho, estar em contato com o CAPS e outras unidades que



compõem a rede, realizando alguma ação para amenizar os problemas e dar conta de pelo menos parte da demanda.

Às vezes, o médico me chama e fala: senta aqui e ouve isso e a gente conversa com a paciente, troca idéia, como tem que ser, qual o olhar que ela tem que ter, mas a gente sabe que as vezes não é o suficiente mas é um paliativo para aquela situação (Grupo I).

No município, o matriciamento não acontece e alguns participantes não conhecem essa proposta, pois ainda não foi implantado o NASF. Todos os participantes da pesquisa acham importante um suporte técnico, uma capacitação em saúde mental para atuar na ESF:

“A unidade deles cresceu (se referindo ao CAPS) e tem poucos profissionais para implementar grupos terapêuticos, cuidar da parte epidemiológica, o que o NASF poderia ajudar a construir” (Grupo I). É o material humano e muitas vezes, o gestor municipal não tem interesse nesse sentido. Agora, para a engrenagem do sistema em saúde mental, seria o ideal, excelente” (Grupo V).

Relatando uma situação em que um paciente surtou e o CAPS não pode ir até a comunidade por ser uma área rural distante e não tinham conseguido um veículo, o grupo diz ter medo da reação da pessoa, do usuário. “Eu posso fazer a injeção nele mas eu não tenho o preparo que eles tem” (Grupo III).

Em sua proposta o NASF traz diretrizes que enfatizam a articulação com serviços especializados, como o CAPS, dentro da lógica matricial, organiza o fluxo de atendimento e o processo de trabalho de modo a tornar horizontais as especialidades e permitir que estas permeiem toda a atuação das equipes de saúde. Muitos casos graves, que necessitariam de acompanhamento mais intensivo em um dispositivo de saúde mental de maior complexidade, permanecem na APS por questões vinculares, geográficas e socioeconômicas, o que reforça a importância das ações locais de saúde mental (BRASIL, 2009).

O NASF foi identificado pelos participantes como necessário porém, sem que haja algum movimento de reivindicação por parte dos profissionais, gestores e ainda, tendo a alegação por parte de uma entrevistada de que “o município não tem perfil para adquiri-lo” devido o percentual de cobertura. Essa fala aponta um “desconhecimento” por parte dos gestores acerca do NASF, sua implantação e função.

Pelos dados do MS, o município de Itaocara-RJ já pode implantar o NASF II desde que atenda as exigências pertinentes a ele. Cabe ao município solicitar o envolvimento e participação do estado e entrar com sua contrapartida para implantação de ações de forma a

regular a saúde do seu território a partir dos recursos advindos das outras esferas de governo e de acordo com o que estabelecem os parâmetros para a atenção primária.

Para a criação do NASF, o município deverá elaborar um projeto, contemplando o território de atuação, as atividades que serão desenvolvidas, os profissionais e sua forma de contratação especificando a carga horária, identificação das equipes de saúde da família vinculadas ao NASF, e a unidade de saúde que vai credenciá-lo. Esse projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite de cada estado (BRASIL, 2008).

Caso o município já disponibilizasse o NASF amenizaria a apreensão dos profissionais da ESF com relação ao manejo dos usuários egressos de hospitais psiquiátricos. “A gente vai precisar de uma parceria entre PSF e CAPS pois este vai orientar na parte psiquiátrica, agora a parte clínica é o PSF que faz” (Grupo II).

Ambos os serviços de saúde deverão se capacitar, se preparar para receber esses egressos na comunidade, onde eles deverão ser vistos como um todo e, principalmente, em sua condição crônica. A Reforma Psiquiátrica, assim como a atenção primária, reforçam cada vez mais a importância da saúde mental ser parte inerente deste nível de atenção. Os dados levantados nesta pesquisa vêm corroborar com a importância da atenção primária para lidar com as questões de saúde mental e mostram a necessidade desse debate entre a saúde mental e a atenção primária, sua proximidade e articulação não somente ao nível teórico mas, na prática e na ação.

Segundo a OMS (2003), usuários portadores de transtornos mentais acometidos por condições crônicas estão expostos ao risco de marginalização em suas respectivas comunidades, o que pode resultar em outras limitações no que diz respeito a oportunidades de estudo e emprego. Além disso, o estigma e o abandono estão associados ao agravamento desses problemas de saúde (OMS, 2003). Essa marginalização foi demonstrada pelos dados da pesquisa:

A família fica com um pouco de receio de levar o paciente ao CAPS pois eles acham que é lugar de doido, eles evitam ao máximo a necessidade de passar por lá, devido ao estigma que foi criado e algumas famílias se negam e não levam o paciente (Grupo I).

Outro problema levantado é que o usuário portador de transtorno mental não vai só fazer tratamento mental, ele trata a parte clínica também e a família tem dificuldade de lidar com isso. Apesar da referência em saúde mental de Itaocara ser o CAPS, os participantes da pesquisa alegam que ainda existe muito estigma quanto a levar um usuário ao CAPS. Já com

relação as unidades da ESF não tem estigma e acham que as pessoas gostam de ir lá por ser um lugar leve. A unidade da ESF é visto como um lugar social que tem movimento o dia inteiro.

“Se o sentido do trabalho em saúde mental é você inserir esse paciente na sociedade e isso não inclui só CAPS, ele vai estar na referência dele e ter ao lado uma unidade de PSF” (Gestora II).

A maioria dos casos desses transtornos vemos nas visitas, e o paciente que entra em surto precisa encaminhá-lo para o serviço médico e as pessoas tem preconceito em lidar com esse doente, às vezes não querem atender, ainda há uma barreira muito grande em termos dos profissionais ainda mais que esse doente não é um doente normal, se tem muito preconceito das unidades (Grupo II).

O relatório final da IV Conferência abrange a questão do preconceito e engloba atividades para o cotidiano dos serviços para minimizá-lo e para alcançar a inclusão dos sujeitos, como: a realização de eventos, palestras, oficinas e encontros para a comunidade e famílias, visando o esclarecimento e a orientação sobre transtornos mentais, formas de tratamento e redução do preconceito, incluindo, assembléias, plenárias, ações educativas e preventivas, rodas de conversa e reuniões (BRASIL, 2011).

Ainda seguindo as diretrizes do relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial é garantido aos portadores de transtorno mental em todos os níveis de atenção, o atendimento humanizado e qualificado, sem qualquer discriminação ou desrespeito, devendo ser combatida qualquer forma de racismo e discriminação (BRASIL, 2011).

“Eu, por exemplo, encaro com tranquilidade, tem gente que tem medo, eu não, eu converso” (Grupo I). “A gente fica com medo porque não sabe qual vai ser a reação daquela pessoa naquele momento, às vezes, a pessoa está agressiva” (Grupo III). “Acho que muitos muros teriam que ser quebrados, não sei de que forma mas existe uma necessidade de desmistificar essa coisa da saúde mental” (Gestora II).

Os dados da pesquisa mostram também que é tão grande o preconceito que o CAPS se localiza em uma das áreas mais isoladas do município. Um dos grupos salientou que deveria ter um prédio no centro da cidade, mas as pessoas falam que fica “feio” colocar um doente mental ali, então eles são isolados, assim como em outros municípios também.

“Vocês não conhecem a clinica de Bom Jesus do Itabapoana, é isolada, num alto de um morro, a Santa Lúcia é lá na saída da cidade (Nova Friburgo)” (Grupo II).

Os sistemas de saúde precisam evoluir em torno de um modelo que incorpore tanto os problemas agudos quanto os crônicos. A inovação no tratamento das condições crônicas

representa a introdução de novas idéias, métodos ou programas para modificar a forma de prevenção e gestão. Para isso, faz-se necessária uma prévia re-conceituação das condições crônicas para se criar uma base sobre a qual se erigir (OMS, 2003).

Além da cronicidade inerente ao transtorno mental, outro problema crônico que se destacou na pesquisa, aparecendo em todos os grupos focais e nas entrevistas e se transformando em uma subcategoria de análise foi o uso de álcool e drogas, tendo destaque o uso abusivo de álcool como sendo muito prevalente nas comunidades. O município enfrenta um grave problema de saúde pública uma vez que os profissionais não estão capacitados para lidar com essa situação que vem se agravando rapidamente. O alcoolismo aparece como um problema iminente, o que vem demandando uma nova postura, formação e capacitação dos profissionais para receber esta clientela, como se vê nas seguintes falas:

“Geralmente, eles recusam o tratamento, a maioria não aceita tratamento. As estratégias utilizadas poderiam ser melhores, com mais atenção e capacitação, pois não somos orientados e não sabemos muita coisa a respeito” (Grupo I). “O doente mental ainda tem pra onde levar agora o alcoólatra, não tem...” (Grupo III).

Esse uso abusivo de álcool e de outras drogas representa um grande problema em saúde mental no município em função da dificuldade de acompanhamento e da não adesão ao tratamento. Os usuários são encaminhados para o CAPS quando já estão em estágio grave da doença, sendo muitas vezes necessária a internação em clínica especializada ou mesmo psiquiátrica.

Às vezes, acontece do usuário ir e voltar já bebendo. O que vem incomodando a equipe é a falta de continuidade nas ações” (Grupo V). “Todo problema mental, e agora álcool e drogas, tem sido visto como problema do CAPS” (Grupo V).

A estes usuários é oferecido no CAPS o atendimento médico e um grupo de tratamento para álcool e drogas coordenado por uma psicóloga. O problema do uso do crack não foi mencionado por nenhum grupo e nenhum dos entrevistados visto que o que assola o município no momento é o alcoolismo.

“O álcool tem provocado vários tipos de doença nesta comunidade e nem sempre os casos chegam à unidade” (Grupo III). “O perfil da saúde mental está alterando para o uso de álcool e drogas e acho que o CAPS passou a ter agora um caráter de atendimento ao usuário de drogas muito maior” (Gestora II).

Foram debatidas questões referentes à necessidade de aumentar a equipe e capacitá-la porque álcool e drogas é a nova demanda, é a nova realidade com a qual o município se depara. Surgiu a idéia de que o ambulatório de neurologia deveria sair do CAPS e a

psiquiatria continuar para dar assistência aos usuários de saúde mental. Alguns participantes acham que os ambulatórios de neurologia e psiquiatria sobrecarregam aquele profissional que deveria estar oferecendo um trabalho mais direcionado só para os usuários com transtornos graves, incluindo álcool e drogas. O município de Itaocara contempla o CAPS I e não possui os requisitos para a instalação de um CAPS AD ficando para o município de Itaperuna, localizado a aproximadamente 83,3 km de Itaocara, o CAPS AD.

“A maioria das receitas que saem das unidades é para distúrbio de ansiedade, depressão e alcoolismo” (Grupo I).

A OMS aponta o álcool como à substância psicoativa mais consumida no Brasil e no mundo e também como a droga de escolha entre crianças e adolescentes, em qualquer faixa etária (VINHA, 2011). Não só no município de Itaocara, mas no Brasil e no mundo, o consumo de álcool e de outras drogas psicoativas tem representado um problema biopsicossocial e um dos mais complexos e inquietantes fenômenos atuais, exigindo que o governo e a sociedade partilhem a responsabilidade na busca de alternativas que levem à sua melhor compreensão e abordagem (BRASIL, 2012).

Nós temos aqui três casos de pessoas que surtam, um dos motivos é a bebida, esse agora que surtou, tem um ano fazendo tratamento no CAPS e não bebe. Aí, de repente, ele sentiu uma depressão e bebeu, foi internado no hospital e quando ele saiu, saiu com as pernas sem sustentar o corpo, usando fralda, aí você enfia ele aonde quando a família não tem condições, não tem pessoas da família para tomar conta (Grupo III).

Para responder a desafios como este o governo brasileiro busca a integração das políticas setoriais com a política nacional sobre drogas, a descentralização das ações, o estabelecimento de parcerias com a comunidade científica e organizações sociais, além da ampliação e do fortalecimento da cooperação internacional voltados ao tema (BRASIL, 2012). O município de Itaocara tem contado com a ajuda do seu CAPS I que tem procurado atender a esta clientela através de ações junto a equipe de saúde mental, mas ainda carece de um trabalho mais qualificado. “Usuário de álcool e drogas é um caso de saúde pública” (Grupo IV).

A estratégia de governo está definida em eixos de atuação, articulados e coordenados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e a implantação de projetos estratégicos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. O Brasil tem participado dos principais fóruns de discussão sobre o tema e vem fomentando a cooperação por meio de

acordos com organismos internacionais e com países das Américas, Europa e África (BRASIL, 2012).

No Brasil, desde 1976 já ocorre à assistência a dependentes químicos como sendo parte da atenção em saúde mental, o que reafirmou o uso e a dependência de drogas como inerentes ao campo da saúde, realizando modificações, principalmente no caráter de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar (VINHA, 2011).

Segundo estatísticas do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) em 2005, na região sudeste, o percentual de uso de álcool por homens, incluindo todas as faixas etárias totalizou 87,3% de homens e de mulheres 75,2% (BRASIL, 2012). Com base em um estudo do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), de base populacional, sinalizou-se que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idade entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e, cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida (VINHA, 2011).

A constatação desse grave problema de saúde pública no país encontra ressonância na sociedade, com relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam.

“O vício da droga é uma escravidão e a gente tem muita dificuldade em recebê-los por isso, porque é crime no olhar dele” (Grupo IV).

A irmã dele teve que parar de estudar porque a mãe tem medo de ficar em casa com ele sozinho, porque ele agride, tem hora que ele está partindo para a violência. Ela está querendo conseguir um lugar melhor para deixar ele um ano ou o máximo que puder. A internação para eles é curta, eles ficam três meses, não resolve e eles já foram re-internados umas três ou quatro vezes (Grupo I).

A redução de danos foi apontada na pesquisa como forma de orientar os usuários de álcool e drogas que buscam a unidade, além do encaminhamento para o especialista.

O que você tem que falar pra ele é pra ele tentar reduzir, ele reduzindo o consumo, ele vai reduzir os danos, fazendo isso de pouco a pouco e procurar o médico dele, de confiança, se abrir, para ele tomar uma conduta, porque ele precisa de uma ajuda também, às vezes, até precisa de medicamento para ajudar, precisa de psicólogos, porque ele precisa se desprender disso, dessa escravidão (Grupo IV).

“A gente orienta sempre a diminuir o consumo, é para reduzir danos porque parar assim é até agressivo e pode causar reação até de morte” (Grupo IV).

Os participantes da pesquisa parecem não conhecer a extensão do conceito de redução de danos, reduzindo essa proposta a um aconselhamento para consumir menor

quantidade de álcool conforme as falas acima. De acordo com o Ministério da Justiça (2012), a promoção de estratégias e ações de redução de danos deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade (BRASIL, 2012).

O MS criou a Portaria N° 1.028, DE 1° DE JULHO DE 2005 que determina as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Esta Portaria define que a redução de danos desenvolve-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem, ou não querem interromper o uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem intervir na oferta ou no consumo. Essas ações compreendam medidas de atenção integral à saúde, respeitando as necessidades do público alvo e da comunidade, sendo elas: informação, educação e aconselhamento (estimulando à adoção de comportamentos mais seguros ao consumir produtos, substâncias ou drogas que causem dependência e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais); assistência social e à saúde (garantindo a assistência integral) e disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites e, as estratégias dirigidas à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes. Estabelece que as iniciativas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas são parte da redução de danos, dados os seus agravos na população e devem ser articuladas intersetorialmente de forma a potencializar os efeitos de promoção à saúde (BRASIL, 2005).

Define ainda que as ações de redução de danos devem, ser desenvolvidas em todos os espaços de interesse público, incluindo: sistema penitenciário, estabelecimentos educacionais destinados à internação de adolescentes, hospitais psiquiátricos, abrigos, estabelecimentos para tratamento de usuários ou dependentes e instituições que mantenham pessoas submetidas à privação ou à restrição da liberdade, em que ocorra ou possa ocorrer o consumo que causem dependência ou para onde se reportem os seus usuários (BRASIL, 2005).

Estabelece também que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas levando em consideração a promoção dos direitos humanos, respeitando à diversidade dos usuários ou dependentes e preservando a sua identidade e a liberdade da decisão sobre qualquer procedimento relacionado à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2005). No município de Itaocara-RJ ainda não há o desenvolvimento de ações de redução de danos e o CAPS se consolida na tentativa de dar conta da crescente demanda em álcool e drogas mesmo não sendo ainda conforme as determinações do MS.

No ano de 2004, o MS estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, de acordo com a Lei Orgânica da Saúde (8.080/1988) e a Lei Paulo Delgado (10.216/2001). Essa política objetiva integrar diversos Ministérios Governamentais, por ser um problema que atinge outros segmentos da sociedade, mas, também, agir no tratamento, prevenção e redução de danos, visando não somente a abstinência completa, mas o consumo reduzido (VINHA, 2011).

Em 2010, o MS estabeleceu a Portaria nº 2.842/2010 que aprovou o funcionamento e habilitou os serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). Neste mesmo ano, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial de 2010, trazendo a necessidade de continuidade, avanço e fortalecimento da política de saúde mental. O relatório final da Conferência apontou a importância de se criar novas estratégias para atendimento de usuários de álcool e drogas por meio de CAPSad 24 horas, com contratação de agentes redutores de danos e na rede de saúde mental, incluindo os leitos de desintoxicação e a proibição de credenciamento pelo SUS de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizam internação de longa permanência, ou que não se submetam a assessoria de saúde mental do estado, ouvindo os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde (BRASIL, 2011). Essa discussão está se iniciando em Itaocara onde prevalece o incomodo quanto a limitação das estratégias para atendimento de usuários de álcool e drogas. E como mencionado acima, o CAPS tem realizado um grupo terapêutico e os médicos psiquiatras prestam atendimentos individuais a esses usuários, medidas paliativas por falta de uma qualificação para atender esta clientela.

Durante os grupos focais ficou evidenciado que os profissionais de saúde da família buscam realizar muitas atividades, alguns tentam seguir os parâmetros no nível primário de atenção, tratando e acolhendo os usuários de saúde mental, incluindo prevenção, recuperação e promoção à saúde, mas que essas ações geralmente não alcançam os portadores de transtorno mental por falta de capacitação para o manejo dessa clientela, pois todas as equipes alegaram não ter recebido qualificação em saúde mental. Devido a isso apresentam dificuldade para desenvolverem ações de saúde mental junto à comunidade, realizando, então, uma abordagem inicial logo seguida de encaminhamento para o CAPS.

### **7.3 COMUNICAÇÃO USUÁRIO / EQUIPE / FAMÍLIA**

A Reforma Psiquiátrica ao longo dos anos, além de intervir na sociedade, busca transformar as relações desta para com o transtorno mental. A concepção dos efeitos



terapêuticos e éticos supera a visão de uma terapêutica voltada para a remoção de sintomas, a adaptação à realidade e a supressão de carências. Esta se fundamentaria em uma ética que valorizasse os aspectos subjetivos, além dos sociais. É um processo de inclusão, solidariedade e cidadania que pretende romper com o paradigma de doença/cura e instalar a produção de saúde em uma sociedade composta por sujeitos reais e não ideais (PEREIRA et al, 2007).

Como se trata de sujeitos reais, pertencentes à sociedade, tornam-se sujeitos sociais e relacionais que existem no mundo a partir do outro e da sua relação com este. Essa transformação que a Reforma Psiquiátrica prega de modificar as relações da sociedade com o portador de transtorno mental, acaba envolvendo outras relações como a relação equipe/usuário. A falta de uma boa relação equipe/usuário, de uma cumplicidade entre ambos, pode dificultar a terapêutica proposta e culminar em vários fatores que apareceram nas entrevistas e grupos focais, incluindo problemas na comunicação, principalmente no entendimento dos usuários.

“É difícil você fazê-los entender da forma que você gostaria. Então, acho que o nosso principal dilema é o de conseguir resgatar e trazer essas pessoas para um tratamento” (Grupo I).

A comunicação é muito complicada, teve um paciente que retornou para o médico com “requerição de esquemia” e o Dr. falou que não estava entendendo, fomos conversando com ele e chegamos a conclusão de que ele precisava de uma requisição de uma endoscopia, que o médico tinha orientado que ele precisaria mas não deu o pedido, acabou esquecendo, então, ele voltou ao Dr. que encaminhou ele pra lá. As vezes, o que o paciente traz é tão vago que você não consegue... (Grupo I).

A equipe precisa estar sensibilizada para aspectos psicossociais e relacionais que dificultam a comunicação equipe/usuário, para facilitar a implicação dele em seu tratamento e reabilitação e oferecer um acolhimento a ele e a família. O trabalho interdisciplinar visa o manejo das situações e o fortalecimento em equipe dos fatores positivos que proporcionem a adesão, a adaptação e a colaboração do usuário e dos seus familiares para lidarem com as limitações e o enfrentamento das doenças (VIEIRA, 2010).

Um fator que pode estar relacionado à dificuldade na comunicação e que esteve presente na pesquisa é a automedicação, que muitas vezes, por falta de entendimento, pelo não estabelecimento do vínculo, ou mesmo de acesso, entre outros fatores, pode levar o usuário a recorrer a esse recurso para tentar amenizar seu sofrimento psíquico de imediato sem saber das consequências graves que pode causar a sua saúde, como a dependência física e psicológica. “Tem pessoas que chegam aqui e tomam medicação há cinco anos e ninguém

receitou mas, eles já estão na dependência, como você tira uma medicação que é o esteio... ” (Grupo I).

Os médicos do CAPS costumam ficar por conta do ambulatório que determina o tempo deles dentro do serviço de saúde. Falta tempo para se estreitar vínculos, melhorar o canal de comunicação, criar laços com os usuários e, principalmente, exercer a escuta terapêutica. Conforme os dados levantados, muitas vezes há apenas a prescrição da medicação devido à pressão do tempo para o atendimento a um número elevado de usuários.

A gente fica tentando entender o que ele quer, às vezes, o médico não fala para o paciente o que ele tem e ele não sabe nem o que está acontecendo realmente e quando chegamos e perguntamos, eles dizem que o médico não falou nada, só passou remédio (Grupo I).

“É como se o remédio fosse à única solução e para eles é o suficiente, pois não está surtando” (Grupo III).

Às vezes, a pessoa precisa só de uma orientação, uma palavra, uma escuta, não precisa de um eletro, mas quando começa a falar com o médico, ele prescreve”. Um trabalho eficaz tem que envolver religião, conversa, grupo, envolver o usuário na sociedade. “É preciso entrar em um equilíbrio, não só através da droga mas, precisa de uma conversa, uma orientação (Grupo IV).

Outros fatores podem ser apontados como resultantes da falta de uma boa comunicação entre equipe e usuário como o abandono do tratamento, a perda de oportunidade de se criar vínculo e tratar o usuário em sua comunidade, como em qualquer unidade da rede de saúde mental, implicação na informação, orientação, prevenção e produção de saúde.

A atenção em saúde mental no nível primário possibilita a acessibilidade da população a serviços mais próximos de casa, além da convivência com a família e com a comunidade, a manutenção de atividades de rotina, além de facilitar a promoção de saúde mental e o acompanhamento a longo prazo dos indivíduos afetados (OMS & WONCA, 2008).

A família possui um papel essencial nesse contexto de comunicação, orientação, integração, inclusão, continuidade do cuidado por conta da sua responsabilidade, na maioria das vezes, pelo apoio físico, emocional, social e psicológico ao seu familiar adoecido. Para cumprir seu papel de provedora necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais que a orientem, tendo em vista os encargos advindos da convivência com a pessoa em situação de sofrimento psíquico (PEREIRA et al, 2007).

“Acho que ele fica com raiva da mulher, pega cabo de vassoura, martelo, mas eu quando chego lá, ele fica tranquilo perto de mim” (Grupo I).

Segundo Schneider (2008), é primordial também a integração do serviço de atendimento em saúde com as realidades da comunidade, incluindo: a população; a rede de

atenção primária em saúde; os serviços de educação; as instituições do Estado e particulares e as demais organizações sociais. Às equipes de saúde da família competem não apenas uma busca ativa dos usuários que não comparecem às consultas agendadas, mas também o acompanhamento destes durante todo o seu tratamento. O trabalho em conjunto das equipes pode propiciar a promoção de vida comunitária e a autonomia dos usuários, articulando-se com recursos, e com outros setores, como jurídicos, econômicos, sociais, empresariais, entre outros, buscando promover uma melhoria na qualidade de vida dos usuários e da comunidade.

A escuta nas visitas domiciliares foi referida como satisfatória para os usuários propiciando a troca de saberes com a comunidade, o estabelecimento da confiança, do vínculo e a satisfação da equipe com o trabalho, um momento que pode ser utilizado na prevenção da automedicação e na melhoria do nível de atendimento em saúde mental. Segundo Vieira (2010), antes de estabelecer qualquer trabalho, é de extrema significância que o usuário se sinta acolhido pela sua unidade, assim como sua família também, pois ao acolher, permite-se o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/usuários / trabalhadores da saúde.

O acolhimento inclui à escuta, à valorização das queixas do usuário e da família, à identificação das necessidades, ao respeito às diferenças e pode evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades que os usuários utilizam para satisfazerem as necessidades de saúde. É relevante estabelecer vínculo de confiança entre a equipe de saúde com paciente e a família. O vínculo estimula a autonomia e a cidadania, promovendo a participação do usuário durante a prestação de serviço. O acolhimento busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar os pacientes e familiares, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los se necessário. (VIEIRA, 2010).

A gente se depara com pacientes idosos, sozinhos, às vezes, a família não se interessa, então, você acaba sendo a família porque a família é a pessoa mais próxima, confiam em você e então você fica com aquela responsabilidade, você sofre junto e participa daquilo tudo (Grupo II).

Devido ao papel da equipe de saúde da família e da saúde mental, especialmente, do psicólogo, com sua postura clínica, social, preventiva e promocional de saúde, enfatiza-se a importância da existência de dispositivos de saúde mental comprometidos com a comunidade e a saúde da população como um todo e, a necessidade de criação do NASF onde este profissional atua juntamente com outros da saúde mental e de outras áreas, efetivando a sua abordagem técnica. O psicólogo pode intermediar a relação equipe/usuário facilitando a expressão das necessidades, desejos e intervindo de forma que os desencontros da informação

sejam minimizados. Preferencialmente, deve colaborar sempre com a mesma equipe, de forma a propiciar o desenvolvimento de uma linguagem comum e de conhecimentos recíprocos, necessários à interação conjunta visando à abordagem integral do paciente e sua família (VIEIRA, 2010).

Na tentativa de obter a promoção da saúde mental, o ser humano deve ser olhado de uma forma global, como ser dotado de funções físicas, psíquicas e sociais, interligadas entre si. A saúde no município de Itaocara-RJ deve abordar o usuário buscando a articulação dessas funções e o ideal de saúde envolve esses fatores biopsicossociais, os setores da saúde e sociedade para que se contemple o sujeito em sua totalidade e que se alcance a promoção da saúde mental e uma melhor qualidade de vida. As perspectivas de tratamento em saúde mental devem, acima de tudo, preparar os sujeitos para que atinjam patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas e possibilidades sempre maiores de autonomia (MACHADO & MOCINHO, 2003).

## **VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do tempo o portador de transtorno psíquico tem carregado o estigma da periculosidade e da exclusão e, como consequência, o isolamento social. O resultado dessa maneira de lidar com a loucura foi, por muitos anos, a reprodução de sujeitos para os quais foi negado o direito de serem cuidados como cidadãos. Assim, emerge a necessidade de um novo paradigma implicando em unir as partes à totalidade, ou seja, integrar esses sujeitos à sociedade, ao mundo em que vive. Apesar disso, observa-se ainda hoje o preconceito por parte da comunidade, de equipes de saúde por falta de capacitação para lidar com esta clientela e até da própria família por ter que conviver com uma pessoa portadora de um transtorno mental ou dependente químico, pois estes problemas geram desconforto social aumentando a sua exclusão e o não exercício da cidadania.

No município cenário da pesquisa, a falta de capacitação e de tempo para dar conta da demanda e em algumas situações o preconceito, leva alguns profissionais de saúde da família a encaminharem os “doentes mentais” diretamente para o CAPS sem muitas vezes prestar-lhes uma escuta ou alguma abordagem acolhedora e terapêutica. As unidades de saúde da família precisam ter suporte adequado para deixarem de ser apenas encaminhadoras de usuários e tornarem-se o primeiro local de acolhimento e tratamento. O ser humano é um ser complexo, em constante mutação e precisa ser visto como um sujeito em sua totalidade e ser respeitado como um cidadão e, o portador de transtorno mental não pode ser visto de forma diferenciada.

Com o reordenamento da assistência a saúde, a veiculação de hábitos saudáveis, de formas mais humanas e autônomas de interagir com a saúde, traz consequentemente propostas diferenciadas, de modos mais qualitativos de se fazer assistência visando uma saúde integral (BORGES, 2002).

De acordo com o documento da OMS & WONCA (2008), a assistência a pessoas com transtorno mental deve ocorrer na atenção primária devido a grande carga de doença existente e suas conseqüências, pois afetam diretamente as pessoas acometidas pelos transtornos e suas famílias, gerando dificuldades financeiras e sociais. É bastante comum que esses indivíduos sofram também de problemas físicos o que justifica ainda mais a importância da integração dos cuidados, de olhar para esse indivíduo de forma global.

Apesar do MS implantar dispositivos de saúde mental como o CAPS, tanto o MS como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) consideram

que a rede de serviços de APS pode resolver 85% dos problemas de saúde da população juntamente com o apoio do nível secundário, onde deve assegurar o acesso a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela APS (GONÇALVES & ALMEIDA, 2010).

Cabe ao profissional de saúde rever a maneira de lidar com os seres em sofrimento psíquico. A partir disso, um novo modelo assistencial precisa ser criado nas instituições, uma nova concepção da doença mental, um comprometimento dos profissionais dentro de uma visão interdisciplinar, almejando um cuidado centrado no ser humano que tem direito de ser assistido sem exclusão e, a importância da consolidação da prática em serviços alternativos para que os princípios da universalização, integralidade, equidade e a descentralização sejam efetivos. A integralidade é obtida a partir da articulação de ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde.

A equipe de saúde da família tem uma função primordial na efetivação desses princípios, para propiciar a promoção da saúde mental na ESF. Torna-se fundamental alcançar uma visão que reconheça a singularidade, a individualidade e a cidadania do portador de transtorno mental. Paralelo a isso, a equipe precisa estabelecer uma boa relação com o usuário, a família e a comunidade, criando um canal de comunicação entre estes e tentando consolidar uma forma de abordagem pacífica e fluente. Isso deverá se refletir também na relação entre equipes de profissionais da ESF e CAPS.

A ausência de integração das equipes de saúde da família e de saúde mental tem prejudicado o desenvolvimento das ações em saúde mental tanto na ESF quanto no CAPS, pois a integração entre as equipes constitui o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde, do exercício profissional a partir de uma nova abordagem do processo saúde/doença, com enfoque no sofrimento psíquico, aumentando a resolubilidade dos casos e a construção de redes de apoio e integração. A falta de integração das equipes está em desacordo com o que o SUS estabeleceu como um de seus princípios, um fato notório neste município que convive com uma relação “confusa” entre ESF e CAPS, onde se confundem os papéis, uma equipe deposita na outra parte da responsabilidade pelas ações em saúde mental e suas frustrações, ficando esses dispositivos na expectativa de melhoria da assistência.

A investigação trouxe dados que apontam para a necessidade urgente de melhoria e complementação do trabalho que vem sendo realizado em saúde mental. A fala dos profissionais entrevistados demonstra que existem diversos pontos impedindo uma consolidação da atenção em saúde mental na ESF. A pouca acessibilidade ao dispositivo de saúde mental (distante das unidades da ESF), a fila de espera para conseguir uma consulta no

CAPS, a pouca aceitação da família de levar o usuário ao serviço, a precariedade na oferta de qualificação que influencia na capacitação dos profissionais, a contratação de profissionais sem formação em saúde mental e a rotatividade dos funcionários que depois de estarem adaptados ao serviço acabam saindo e perdendo o vínculo com o usuário sendo obstáculos ao estabelecimento de um trabalho resolutivo.

Mesmo as ações em saúde mental que podem ser realizadas na atenção primária, neste caso, na ESF, são pouco exploradas. Alguns profissionais alegam despreparo e medo de lidar com essa clientela e anseiam por uma capacitação. Outros quando recebem esses usuários, ou detectam na comunidade esses transtornos, requisitam de imediato o CAPS não percebendo como atribuição sua esse trabalho. Uma estratégia bem estabelecida, ou seja, a rede funcionando de forma eficiente e eficaz, certamente evitaria encaminhamentos desnecessários para o CAPS, para a atenção secundária e terciária.

Na maioria das vezes, o que tem acontecido são encaminhamentos por parte da ESF diretamente para o CAPS que é a porta de entrada da saúde mental no município. Este dispositivo em certos momentos questiona certos encaminhamentos, pois em alguns casos, parece que nenhuma tentativa de ação é executada pela ESF mesmo sendo parte da rede de saúde mental.

A falta de outros dispositivos de saúde mental em funcionamento como os leitos psiquiátricos no Hospital Municipal, sobrecarrega o CAPS que não têm conseguido responder a demanda crescente no município. A ausência de um NASF dificulta o desenvolvimento do trabalho porque através deste Núcleo várias ações poderiam ser implantadas, incluindo o trabalho de aproximação entre CAPS e ESF proporcionado pelo matriciamento.

Ao NASF compete além de outras ações, criar programas de promoção, prevenção e intervenções terapêuticas em saúde mental específicas para a APS, além de elaborar diretrizes, a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de APS e equipes matriciais. O modelo de matriciamento do NASF deverá se articular em torno de duas práticas principais a serem realizadas conjuntamente pelas equipes da ESF e de especialistas: supervisão e discussão de casos e co-responsabilidade em alguns atendimentos (SCHMIDT, 2008).

De acordo com o relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial, é preciso fortalecer a rede de atenção primária com a implantação do apoio matricial pelas equipes do NASF e dos CAPS, garantindo atendimento humanizado e a execução das ações que visem à articulação com essa rede (BRASIL, 2011).

Nesse contexto da saúde mental, o trabalho em rede é de fundamental importância e para que a saúde mental esteja englobada em todos os níveis da rede de cuidados em saúde, a

referência e a contra-referência precisam existir e funcionar em todos esses níveis. Os entrevistados foram unânimes em dizer que a contra-referência não existe e, portanto não se tem o acompanhamento do caso. O retorno que recebem ocorre através do próprio usuário quando ele volta às unidades de saúde da família ou quando acontece a visita domiciliar, não havendo nada documentado. Não há retorno do profissional especializado que atendeu, o que prejudica a continuidade da ação, a sua efetividade em todos os níveis.

A dificuldade em se estabelecer o processo de contra-referência gera consequências para o processo do trabalho porque interfere na efetivação da saúde mental na ESF. O problema com a contra-referência foi mais evidente e marcante do que a referência. Cabe aos profissionais da ESF acompanhar os usuários de saúde mental e realizar a contra-referência para o CAPS, o Hospital Municipal e o Centro de Saúde como também caberá ao CAPS a contra-referência para a ESF.

A identificação das ações e serviços de saúde são importantes para o sistema de referência e contra-referência com a finalidade de garantir a integralidade da atenção à saúde e de organizar as ações e os serviços de saúde. O controle do fluxo de usuários entre os serviços com funcionamento do sistema referência e contra-referência proporciona uma melhora na quantidade e qualidade de informações sobre esses usuários.

Devido a ausência da funcionalidade do sistema referência e a contra-referência no município de Itaocara-RJ, o trabalho em rede fica prejudicado, falta conhecimento dos profissionais sobre a organização da rede de saúde mental, os setores trabalham isoladamente, são independentes e não há continuidade na assistência iniciada pela ESF. Quando se faz uma parceria, esta é momentânea e não continuada. A rede de atenção em saúde mental no município acaba sendo afetada e não contemplada com um trabalho articulado, integrado e regionalizado como preconiza o MS com relação a saúde mental na ESF. Vale ressaltar que embora o município seja de pequeno porte, ele reproduz as mazelas e problemas encontrados em todo o sistema.

Em municípios de pequeno porte, com base no relatório final da IV Conferência de Saúde Mental deve-se criar parcerias intermunicipais de saúde mental para implantação de novos CAPS e NASF, conforme o Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A ausência do NASF e, conseqüentemente, do trabalho de matriciamento, assim como a ausência de programas de capacitação, compromete a construção da rede em saúde mental, e o funcionamento da dinâmica de referência e contra-referência, apontado por todos os entrevistados como de grande importância para efetivar a realização de ações em saúde mental, porém ineficaz no município.



É de extrema urgência desmistificar ou desconstruir essa visão do transtorno mental como algo inerente somente ao CAPS. A atenção primária, a ESF, a família e a comunidade têm um papel crucial na melhoria da saúde dos usuários. De acordo com a OMS & WONCA (2008), os cuidados de saúde mental prestados nos serviços de atenção primária são o primeiro nível de cuidados dentro do sistema de saúde. Serviços essenciais a este nível incluem a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns (TMC), a gestão de pacientes psiquiátricos estabilizados, a referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção quando necessário, a atenção às necessidades de saúde mental de pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção de saúde mental. Enquanto a saúde mental não for integrada aos cuidados primários através da capacitação dos profissionais e da articulação da rede, o atendimento ao usuário estará comprometido. Iniciar a prevenção e o tratamento precoce dos transtornos mentais próximo da comunidade do usuário, da sua residência, leva a melhores resultados de saúde.

A proposta defendida pelo SUS é de um Sistema de Saúde que ofereça serviços que contemplem a saúde ampliada. Sendo assim, um serviço de saúde com uma estrutura de qualidade e respaldado por profissionais, laboratórios de exames, remédios e consultórios suficientes para os atendimentos deve estar tão em foco quanto a promoção da saúde está atualmente (BORGES, 2002).

Outro problema grave que foi detectado é com relação ao alto índice de usuários de álcool e outras drogas no município e a falta de capacitação dos profissionais para lidar com esta clientela. Geralmente a maioria não procura as unidades da ESF, ou quando procuram por outras questões que não o uso de substâncias, não aceitam o tratamento. Um dos grandes desafios da saúde mental do município é com relação à esses usuários. Segundo Vinha (2011), cabe aos gestores municipais e estaduais planejar os recursos e praticar um novo modelo assistencial que abrace essa problemática.

Nesse contexto, papel do gestor é crucial e decisivo, pois todas essas questões que emergiram durante a pesquisa giram em torno da gestão, da forma como os gestores têm apresentado e conduzido a saúde mental para as unidades de saúde da família, assim como para outros setores da saúde. O olhar do gestor, das pessoas ligadas à saúde é um olhar de resolutividade e o olhar da equipe de saúde mental é um olhar de qualidade no tratamento, qualidade de vida, resgate de cidadania e reinserção social. Portanto, o gestor precisa estar envolvido no processo, sendo conhecedor da situação enfrentada na saúde mental do município e assumir compromissos que necessitam ser formalizados por meio de instrumentos de pactuação e de planejamento, explicitando as responsabilidades e o conjunto

de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção no seu município.

A reflexão e a ação são duas dimensões fundamentais da humanidade. Através do pensar, as idéias vão sendo elaboradas e reelaboradas num emergir de múltiplos entendimentos. Assim, deseja-se que essa cristalização em um modelo fragmentado, centralizado, em que cada um faz a sua parte e espera pelo outro, sem complementação, parcerias ou pactos de funcionamento, um modelo que acarreta prejuízos à organização e à articulação da rede dê espaço a um modelo integrador, descentralizado e humanizado.

Assim como ocorreram mudanças na atenção em saúde mental ao longo dos anos, a atenção primária também foi reorganizada a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tanto a saúde mental quanto a saúde da família buscam constituir novas tecnologias para melhorar a qualidade de vida e convergem na busca de romper com o modelo médico hegemônico, no desafio de tomar a família como objeto de atenção, no planejamento e execução de ações em um determinado território e na promoção da cidadania e da participação comunitária.

A organização da atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município precisa instituir a atenção em saúde mental na sua ESF, aprimorando a qualidade do trabalho em rede de saúde mental, trabalhando as vicissitudes do sistema referência e contra-referência que estão causando uma lacuna na rede. Para que a atenção em saúde mental seja efetiva em todos os níveis da rede de cuidados, torna-se necessário que a referência e a contra-referência encontrem em todos os níveis a funcionalidade, com o retorno de cada setor para o seu nível de origem, promovendo uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada.

A atenção em saúde mental no município de Itaocara pode ser vista como um retrato da saúde pública do país. Mesmo diante das dificuldades, encontramos profissionalismo, dedicação e respeito aos usuários, o que se constitui um diferencial no trabalho do CAPS e da ESF. Entretanto esse estudo aponta para as dificuldades encontradas para que uma assistência humanizada e integral seja oferecida aos portadores de transtorno mental e para que os profissionais tenham respaldo para execução do seu trabalho.

A capacitação dos profissionais, assim como a organização e articulação da rede se mostram como elementos chave para que a atenção em saúde mental do município alcance o proposto pelo Ministério da Saúde e para que as propostas da Reforma Psiquiátrica sejam efetivamente colocadas em prática, levando a uma atenção mais integrada, qualificada e humanizada.

## IX. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P. V. G. Política de recursos humanos em saúde: análise de documentos oficiais do ministério da saúde. 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma abordagem Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília, v. 29, n. 4, p. 768-779, dez. 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n4/v29n4a09.pdf>> Acesso em: 28 dez. 2010.

AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.11 (3): 491-494, jul/set. 1995b. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 20 fev. 2012.

AMARANTE, P. Saúde Mental, políticas e instituições; programa de educação à distância. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, P. Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995a.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Revista da Associação Médica Brasileira. Editorial. São Paulo, vol.47, n.4, out./dez. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302001000400001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000400001)> Acesso em: 09 nov. 2012.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRETO, M. S; BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S. O cuidado com o sofredor psíquico institucionalizado. *Cogitare Enfermagem*. v.13 (4): 607-11, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/13125/8884>> Acesso em: 20 fev. 2012.

BLEGER, J. Temas de Psicologia: entrevista e grupos. Trad. Rita Maria M. de Moraes. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. TESE. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2 n° 1 (3), jan.-jul.2005, p. 68-80. Disponível em: <[http://www.emtese.ufsc.br/3\\_art5.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf)> Acesso em: 04 abr. 2012.

BORGES, C. C. Sentidos de saúde/doença produzidos em grupo numa comunidade alvo do Programa de Saúde da Família (PSF). Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2002, p. 58-125. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-01072002-091835/pt-br.php>>  
Acesso em: 08 nov. 2012.

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009. Disponível em:  
<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>  
Acesso em: 04 set. 2011.

BRASIL, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica - CAA/DAB. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>> Acesso em: 08 nov. 2012.

BRASIL, Decreto-Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011/2011/decreto/D7508.htm)> Acesso em: 18 out. 2011.

BRASIL, Decreto-Lei nº 7.530, de 21 de julho de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Art.14. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7530.htm#art8)> Acesso em: 19 mar. 2012.

BRASIL, Lei 10216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)> Acesso em 20 fev. 2012.

BRASIL, Ministério da Justiça, OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> Acesso em: 24 set. 2012.

BRASIL, Ministério da Justiça, SENAD. Políticas sobre Drogas. Disponível em:  
<<http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/MJDAC53E8BITEMID68CF7C37CA764DC4B8C535599E3283C4PTBRIE.htm>> Acesso em: 24 set. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em:  
<<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>> Acesso em: 26 fev. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em:  
<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)> Acesso em: 10 jun. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental. Portarias 121/2012 e 130/2012. Disponível em  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925)> Acesso em 21 fev. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial: relatório final. Série D. Reuniões e Conferências. Brasília, 2011.

BRASIL, Portaria Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que

causem dependência. Disponível em:  
 <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028\\_01072005.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028_01072005.pdf)> Acesso em: 09 out. 2012.

BRASIL, Portaria Nº 130, DE 26 DE JANEIRO DE 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas 24h e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)> Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL, Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL, Portaria Nº 2.842, DE 20 DE SETEMBRO DE 2010. Aprova as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas - SHR-ad. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842\\_20\\_09\\_2010\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2842_20_09_2010_rep.html)> Acesso em: 29 mar. 2012.

BRASIL, Portaria Nº 648, de 28 DE MARÇO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:  
 <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 29 mar. 2012.

CAMMAROTA, B. P. Depressão: percepção e práticas dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família do município de Mesquita – RJ. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro. 2010.

CAVALCANTI, M. T. et al. Critérios de admissão e continuidade de cuidados em centros de atenção psicossocial, Rio de Janeiro, RJ. Revista Saúde Pública. Rio de Janeiro, 43(Supl. 1): 23-8. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/757.pdf>> Acesso em: 16 out 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Antigas lutas insistem em novos rumos para a sociedade. Jornal do Federal, Brasília, jun. 2009, p. 10-11.

COSTA, A. G. C; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./fev. 2005. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000100009&script=sci_arttext)>  
 Acesso em: 11 mar. 2012.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. PEPSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) Revista SBPH. Rio de Janeiro, vol.8 no.2, dez. 2005.

FIOCRUZ, ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Org. Textos de Apoio em Saúde mental. Série Trabalho e Formação em Saúde. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2003, p. 46-49.

FORTES, S.; LOPES, C. S.; VILLANO, L. A. FORTES, S. et al. Fatores sócio-demográficos, a rede social de apoio e os transtornos mentais comuns no programa de saúde da família: resultados do estudo de Petrópolis – RJ. Faculdade de Ciências Médicas/UERJ, Instituto de Medicina Social da UERJ. 2004. Disponível em: < <http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-3142.pdf>> Acesso em: 10 out. 2011.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2007.

GONÇALVES, S. C.; ALMEIDA R. P. H. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 3, p. 3579-3586, nov. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=566030&indexSearch=ID>> Acesso em: 18 out. 2011.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Cidades. Dados Básicos. Itaocara-RJ. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=330210>>. Acesso em: 11 mar. 2012.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 35, n.2, p.115-21, jun/ 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a03.pdf>> Acesso em: 09 out. 2012.

ITAOCARA. Prefeitura Municipal de Itaocara. Disponível em: <<http://www.itaocara.rj.gov.br>>. Acesso em: 31 out. 2011.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.33, n.4. São Paulo, dez./1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062341999000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062341999000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 09 nov 2012.

LYRA, M. A. A. Desafios da saúde mental na atenção básica. Cadernos IPUB. Instituto de Psiquiatria-UFRJ. v. 8, n.24, p. 57-65, mar./abr. 2007.

MACHADO, A. P. C.; MOCINHO, R. R. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. Boletim da Saúde. Porto Alegre, v.17, n.2, p. 160-170, jul./dez. 2003. Disponível em: <[http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2\\_18saudemental.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_18saudemental.pdf)> Acesso em 10. out. 2011.

MÂNGIA, E. F. et al. A construção de projetos terapêuticos. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago, 2006. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v17n2/07.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2012.

MANZINI, J. E. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, II, 2001. Bauru. Anais eletrônicos... Bauru, SP: Universidade Sagrado Coração, 2001. Disponível em: <<http://www.sepq.org.br/IIsepeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). DATASUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>> Acesso em: 04 jun. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação de Saúde Mental. Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas 2009. Brasília, 2008. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres\\_saudemental\\_151008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_saudemental_151008.pdf)> Acesso em: 29 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE/SAS: Saúde Mental passo a passo: como organizar a rede de saúde mental no seu município? Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede\\_de\\_saude\\_mental\\_revisado\\_6\\_11\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf)> Acesso em: 29 dez 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portal da Saúde - SUS, notícias, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11208](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11208)> Acesso em: 29 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 20 fev. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online]. v.3, n.1, p. 113-125, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a13v03n1.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em: 19 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde/MS/SAS: Departamento de regulação, avaliação e controle. Relatório de Profissionais por Estabelecimento. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br>> Acesso em: 10 jun. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2000. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_05a.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf)> Acesso em: 19 mar. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 28 fev. 2012.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. NUNES, M. et al. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios

das reformas psiquiátrica e sanitária. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n10/12.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.

OLIVEIRA, G. L.; CAIAFFA, W. T.; CHERCHIGLIA, M. L. Saúde Mental e continuidade do cuidado em centros de saúde de Belo Horizonte, MG. Revista Saúde Pública. São Paulo, v.42, n. 4, Ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102008000400018](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000400018)> Acesso em: 16 out. 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) & ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global. 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)> Acesso em: 01 out. 2012.

PEREIRA, A. A. Saúde Mental para médico e enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família: Uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. Revista Clinicaps. n.2, 26 mai./ago. 2007. Disponível em: <[http://www.clinicaps.com.br/clinicaps\\_pdf/Rev\\_02/Revista02\\_art3\\_Alexandre.pdf](http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_02/Revista02_art3_Alexandre.pdf)> Acesso em: 10. Out. 2011.

PEREIRA, M. A. O. et al. Saúde mental no programa de saúde da família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Revista. Escola Enfermagem. USP. São Paulo, v. 41(4), p. 567-57, dez. 2007. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)> Acesso em: 28 fev. 2012.

REIS, Y. A. C.; CESSÉ, E. A. P.; CARVALHO, E. F. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Revista Brasileira Saúde Maternidade Infantil. Recife, v.10, supl.1, nov. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292010000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500014)> Acesso em: 27 set. 2012.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.

SCHMIDT, M. L. S. Atenção Básica e Saúde Mental em Centro de Saúde-Escola da Cidade de São Paulo. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA, 8, 2008, São Paulo. Instituto de Psicologia – USP. Disponível em:<[http://www.lefeusp.net/arquivos\\_diversos/VIII\\_simposio\\_anpepp/textos%20pesquisadores/schmidt08.pdf](http://www.lefeusp.net/arquivos_diversos/VIII_simposio_anpepp/textos%20pesquisadores/schmidt08.pdf)> Acesso em: 17 out. 2011.

SCHNEIDER, A. R. A construção da rede de atenção em saúde mental de um município do Sul do Brasil. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 28, p.124-135, jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->



bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=514135&indexSearch=ID> Acesso em: 18 out. 2011.

SOUZA, A. J. F. et al. A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 60, n. 4, p. 391-395, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a06.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2011.

TAVARES, F. M. et al. Saúde Mental em Município de Pequeno Porte: A Experiência de Entre Folhas - MG. III Encontro de Pesquisa das IES: do Sistema Estadual de Educação de Minas Gerais. UNEC, 2006, Caratinga/MG. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.unec.edu.br/ojs/index.php/unec01/article/viewFile/167/78>> Acesso em: 21 dez 2011.

TERRA, M. G. et al. Saúde Mental: do velho ao novo paradigma - Uma Reflexão. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2006; v.10 (4): p. 711 - 717. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a13.pdf>> Acesso em: 22 fev. 2012.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2001, vol.6, n.1, p. 73-85. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006)> Acesso em 26 fev. 2012.

VERA, A. A. Metodologia da pesquisa científica. São Paulo: Globo, 1989.

VIEIRA, M.C. Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica São Paulo, v. 8(6): p. 513-9, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602>> Acesso em: 11 out. 2012.

VINHA, I. R. Cenário da assistência em saúde mental/uso de substâncias psicoativas na região de saúde de Piracicaba. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (SMAD). São Paulo, Brasil (Ed. port.) v.7 n.1 Ribeirão Preto abr. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762011000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762011000100005&script=sci_arttext)> Acesso em: 24 set. 2012.

WITT, R.R. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 13, n.1, p. 19-23, 1992.

YIN, R. K. (2005) (editor). Introducing the world of education. A case study reader. Thousand Oaks: Sage Publications.

**Apêndice I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Responsável legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Projeto: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Orientador: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Objetivo da Pesquisa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.

Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento e deixar de participar do estudo a qualquer momento.

Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.

A pesquisa manterá o caráter sigiloso das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato direto com o pesquisador .

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

## **Apêndice II: Roteiros de Entrevista Semi-Estruturadas**

### **Gestor Secretaria Municipal de Saúde (1)**

- 1 - Qual o perfil do profissional de saúde mental delineado nos últimos concursos?
- 2- Que ações os profissionais de saúde mental têm sido solicitados e estimulados a realizar neste município?
- 3- Quais as expectativas da Secretária e da Coordenação acerca da participação desses profissionais na rede? E na atenção primária?
- 4- Como você vê a capacitação dos profissionais de saúde mental para a atuação na atenção primária, principalmente, na ESF?
- 5- Eles recebem alguma capacitação enquanto exercem o cargo?
- 6- É oferecida capacitação com que frequência ao profissional atuante?
- 7- Qual é a resposta dos profissionais quando se propõe uma capacitação?
- 8- E com relação aos profissionais da ESF? Há capacitação em saúde mental? É bem aceita por eles? Há demanda para tal?
- 9- Como se organiza a atenção em saúde mental no município?
- 10- Quais os dispositivos de saúde mental existentes? Estão funcionando em rede?
- 11- Os profissionais conhecem os dispositivos da rede? Fazem os encaminhamentos adequadamente?
- 12- Os dispositivos instalados de saúde mental no município dão conta da demanda?
- 13- Os recursos humanos em saúde mental atendem a demanda?
- 14- O que você acha que precisa ser trabalhado ou implementado?
- 15- Quais os pontos positivos deste funcionamento? E os negativos?
- 16- Existe articulação entre a ESF e a SM?
- 17- Como tem sido atendida a demanda de saúde mental que chega aos PSF?
- 18- Como se dá o mecanismo de referência e contra referência, ele funciona?
- 19- Qual tem sido o papel da ESF no acolhimento e atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais?

20- E com relação aos usuários de álcool e drogas? Existe algum programa para esta clientela ou capacitação para esse atendimento? A rede dá conta desses casos?

21- Quais são os projetos da secretaria de saúde e coordenação em relação à saúde mental do município?

22- Você gostaria de acrescentar mais alguma informação à entrevista?

### **Gestor Secretaria Municipal de Saúde (2)**

1 - Qual o perfil do profissional de saúde mental delineado nos últimos concursos?

2- Que ações os profissionais de saúde mental têm sido solicitados e estimulados a realizar neste município?

3- Quais as expectativas da Secretária acerca da participação desses profissionais na rede? E na atenção primária, na ESF?

4- Eles recebem alguma capacitação enquanto exercem o cargo?

5- É oferecida capacitação com que frequência ao profissional atuante? Qual é a resposta dos profissionais quando se propõe uma capacitação?

### **Conhecimento da organização da atenção em saúde mental:**

1- Qual tem sido a demanda de saúde mental nas unidades dos PSF? (casos mais freqüentes).

2- Como a demanda em saúde mental chega ao PSF? Como é atendida? Qual a reação do profissional frente ao paciente com transtorno mental grave e ao usuário de álcool e drogas?

3- Qual tem sido o papel da ESF no acolhimento e atendimento aos usuários portadores de transtornos mentais?

1- Você sabe como se organiza a atenção em saúde mental no município? Quais são os dispositivos que compõem a rede em saúde mental?

2- Os dispositivos instalados de saúde mental no município dão conta da demanda? Como é atendido, você acha que existe alguma dificuldade para realizar os encaminhamentos necessários? Quais os pontos positivos deste funcionamento? E os negativos?

**Organização da rede em saúde mental:**

- 1- Baseado na sua experiência profissional, o que acha da rede de atenção em saúde mental?
- 2- Na sua opinião, a rede atende a demanda existente no município?
- 3- Os recursos humanos em saúde mental atendem a demanda?
- 4- Que dificuldades você encontra no atendimento ao paciente com transtorno mental na atenção primária, na ESF?
- 5- O que você acha que precisa ser trabalhado ou implementado?

**Saúde mental e atenção primária (ESF):**

- 1- Há capacitação em saúde mental para os profissionais da ESF? É bem aceita por eles? Há demanda para tal?
- 2- Você possui alguma capacitação em saúde mental?
- 3- Como você vê a capacitação dos profissionais de saúde mental para a atuação na atenção primária, principalmente, na ESF?
- 4- As unidades de atenção primária estão incluídas na rede de atenção a saúde mental? De que forma? Por quê?
- 5- Existe um trabalho articulado entre a saúde mental e a ESF? Como funciona essa articulação? Que dificuldades você encontra nessa articulação?

**Matriciamento:**

- 1- Vocês têm encontros de Matriciamento nas suas unidades?
- 2- Como é a dinâmica dos encontros? Funciona? O que você poderia dizer sobre o Matriciamento?
- 3- Segundo o que observa, o Matriciamento propicia a resolutividade dos casos em saúde mental da sua unidade?
- 4- Você conhece o Nasf? No município existe alguma unidade?

5- A sua unidade é atendida por este trabalho? Como funciona? É resolutivo?

6-. Vocês tem a intenção de implantar?

**Referência e contra-referência:**

1- Como funciona o sistema de referência e contra-referência no município?

2- Quando os usuários atendidos são encaminhados para outro nível de atenção, você sabe se tem retorno do caso?

3-Como que você percebe o trabalho dos PSF e do CAPS nesse sistema de referência e contra-referência no município?

**Estratégias utilizadas pela equipe do PSF frente ao paciente com transtorno mental e usuários de álcool e outras drogas:**

1- Vocês atendem casos de álcool e drogas nas unidades?

2- Existe algum programa para esta clientela ou capacitação para esse atendimento? A rede dá conta desses casos?

3 – Qual a sua visão enquanto secretária a respeito do portador de transtorno mental e do usuário de álcool e outras drogas?

4 Você possui alguma informação sobre as estratégias utilizadas pela equipe do PSF quando se identifica um paciente que seja portador de algum tipo de transtorno mental? E para o usuário de álcool ou outras drogas? O que você pensa a respeito dessas estratégias? Se encontrar dificuldades, especifique-as.

5 Quais são os projetos da secretaria de saúde em relação à saúde mental do município?

6 Na sua opinião, como está a atenção em saúde mental na ESF?

7 Você gostaria de acrescentar mais alguma informação à entrevista?

**Apêndice III: Roteiro para os Grupos Focais****Tema: A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF)****Questões-chave a partir das categorias e subcategorias de análise:**

- (1) Rede de saúde mental: organização da rede de saúde mental e sistema referência e contra referência;
- (2) Capacitação: matriciamento e manejo do uso de álcool e drogas;
- (3) Comunicação usuário/equipe/família