

SAÚDE-DOENÇA MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL EM CONSTRUÇÃO

Health-mental illness in primary care: a practical assistance under construction

Gabriela Maria Cavalcanti Costa¹, Suely Matos Celino², Alexsandro Silva Coura³

RESUMO

Objetivou-se compreender como tem se efetivado a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção primária à saúde. Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com profissionais de unidades de saúde da família em um município de médio porte no nordeste brasileiro. Utilizou-se a técnica da entrevista individual, semi-estruturada e a análise de conteúdo dos dados. Destarte, constatou-se, entre outros problemas, que existe dificuldade para diagnosticar os transtornos mentais, escassez de recursos para se efetivar uma assistência à saúde mental com qualidade e a falta de estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência efetivo. Nesse contexto, concluiu-se que uma assistência qualificada aos portadores de transtornos mentais depende da otimização dos recursos para a saúde mental, bem como da construção de redes de articulação e capacitação dos diversos atores envolvidos, viabilizando práticas que favoreçam a promoção da saúde e a integralidade da atenção, como meio de garantir o direito constitucional à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

A partir da constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a concepção do processo saúde-doença, considerando os fatores determinantes e condicionantes desse processo, vem norteando a política pública de saúde no país.

ABSTRACT

This study aimed to understand how it is accomplished the assistance with the subject in psychological distress in primary health care. A descriptive, qualitative approach was conducted with professionals in family health units in a medium-sized city in the Northeast of Brazil. Using the technique of individual interview, semi-structured and the analysis of the data content. Thus, it was found, among other things, that there are difficulties in diagnosing mental disorders, lack of resources to affect an assistance to mental health with quality and a lack of establishment of a reference system effective and cross-reference. Therefore, it is concluded that qualified care to individuals with mental disorders depends upon financial optimization, construction of articulating networks and qualification of those involved, that will enable health promotion and integral care practices as a guarantee of their constitutional right to health.

KEY WORDS: Mental Health; Primary Health Care; Family Health Program.

Dessa forma, as práticas em saúde mental devem responder às necessidades ou demandas por saúde mais ampliadas e menos distorcidas do que as necessidades restritas ao âmbito dos resultados do processo saúde-doença.¹

A saúde-doença mental de cada indivíduo é um continuum assimétrico e está, portanto, de acordo com o modelo

¹ Gabriela Maria Cavalcanti Costa, Enfermeira. Psicóloga. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba-UEPB. Programa de Pós-Graduação Mestrado em Saúde Pública-UEPB.

² Suely Matos Celino, Enfermeira. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba. E-mail: deysny@hotmail.com

³ Alexsandro Silva Coura, Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

da determinação social, “sujeita a variações e influências dos fatores biológicos e sociais, dependendo da satisfação adequada das necessidades emocionais, num senso contínuo de segurança e valor pessoais”.^{2:92}

O reconhecimento e aumento dos sofrimentos psíquicos parecem ter muito a ver com as mudanças rápidas e desordenadas, a industrialização crescente, a urbanização e a situação política que geraram conflitos individuais e coletivos que modificam os sistemas de valores éticos, os papéis individuais e os tradicionais de autoridade do homem e da mulher - as questões de gênero -, modificando inclusive as dinâmicas familiares, levando, muitas vezes, a um aumento da violência e da criminalidade decorrentes da dependência química.³

Dessa maneira, os transtornos mentais e comportamentais apresentam-se, pois, de um lado como um problema de saúde coletiva e, de outro, como desafio aos pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e órgãos formadores, que têm buscado transformar suas práticas, saberes, valores culturais e sociais, baseado nos princípios norteadores do processo de Reforma Psiquiátrica.⁴

Esse processo ocorreu em diversos países ocidentais, após a Segunda Guerra Mundial, a partir de inúmeras críticas em relação ao modelo asilar e propostas de desospitalização da assistência médico-psiquiátrica, todas inspiradas, de acordo com a leitura de Costa (1989), em outros movimentos reformistas ocorridos nos EUA e Europa desde a década de 40, devido aos efeitos prejudiciais da permanência prolongada, pelo questionamento da sua eficácia técnica e legitimidade ética.⁵

O principal documento norteador das políticas adotadas nessa área pelos governos dos países da América Latina foi a Declaração de Caracas, que resultou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990, que defende claramente a reestruturação da assistência em Saúde Mental. A Declaração de Caracas, redigida em 1990, reforçou a ideia da reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde, permitindo a promoção de modelos substitutivos concentrados na comunidade e integrados com suas redes sociais, preponderando a manutenção do doente em seu meio social.⁶

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira - desinstitucionalização, desospitalização e garantia dos direitos dos doentes mentais - foram enunciadas a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, na Conferência de Caracas (OMS/OPS), em 1990, e referendadas na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992.⁴

Mais recentemente, abriram-se possibilidades para uma nova rearticulação de forças com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001, em Brasília, sob o título “Cuidar Sim Excluir Não”.⁴ Acredita-se que o evento representou uma oportunidade fundamental para avaliar, traçar novas diretrizes e nos organizarmos, para continuar a reorientação do modelo assistencial em saúde mental no país.

O primeiro contato dos autores com as questões relativas à assistência à saúde mental na atenção primária se deu por ocasião do desenvolvimento de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (PSF) de um município do nordeste brasileiro em 2001. O desafio que surgiu foi acompanhar um sujeito em sofrimento psíquico persistente devido ao uso de álcool. Porém algo atormentava a equipe: o que poderia ser feito na unidade de saúde da família na assistência à saúde mental? Concomitantemente, estava sendo realizado, por determinação da Secretaria Municipal de Saúde, um levantamento sobre o número de pessoas em sofrimento psíquico. Percebeu-se que a dificuldade era classificar o que seria transtorno mental e comportamental e, depois, o que caberia aos profissionais do PSF, na prestação de serviços.

Destarte, objetivou-se compreender como tem se efetivado a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico na atenção primária à saúde. Nesse sentido, verificaram-se as atividades desempenhadas pelas equipes de saúde da família, implementadas pela Secretaria de Saúde de uma cidade situada no nordeste do Brasil e destinadas, especificamente, à assistência à saúde mental.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, que permite ao pesquisador conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere.⁷ Desenvolveu-se a investigação numa abordagem qualitativa, na busca de compreender o significado do fenômeno estudado.⁸ A técnica utilizada para coleta dos dados foi uma entrevista que se constitui de uma interação social “em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.^{9:117}

O estudo foi realizado em um município de médio porte no nordeste brasileiro, com população de aproximadamente 55 mil habitantes, PIB per capita de 44.978,85 reais e índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,757. Desde 1998, o município possui equipes que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao longo destes anos, a administração municipal, demonstrando um interesse pela saúde integral da população, ampliou o número de equi-

pes perfazendo, hoje, quase 100% de cobertura. Entre os anos de 2003 e 2004, foi criada uma coordenação de saúde mental para iniciar o processo de estruturação da rede de serviços de atenção à saúde mental, com a instalação de um CAPS I e dois leitos de psiquiatria no hospital geral existente. Tudo isso em parceria com o Departamento de Enfermagem, Saúde pública e Psiquiatria da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Todavia, no momento da pesquisa, não exista qualquer serviço substitutivo instalado na rede do município.

Para o desenvolvimento da pesquisa, inicialmente, visitou-se a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município, com a finalidade de estabelecer contato e obter autorização necessária para realizar o trabalho. Em um segundo momento, apresentou-se a proposta para os médicos e enfermeiros do PSF, que representaram a população envolvida neste estudo. A amostra foi formada por 13 profissionais, de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: profissionais de saúde com nível superior, experiência na unidade de no mínimo seis meses. Com a autorização, visitaram-se as unidades de saúde da família, com o intuito de agendar, para o período de dezembro de 2008 a março de 2009, a realização da coleta do material empírico com utilização de entrevistas, estruturadas em duas seções: a primeira, com questões relativas às informações pessoais que possibilitaram traçar um perfil dos profissionais; e a segunda, pretendeu caracterizar a assistência prestada. As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, durante o atendimento, em momento oportuno indicado pelos sujeitos, gravadas e, posteriormente, transcritas em forma de texto.

Utilizaram-se procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das falas que permitiram a inferência de conhecimentos, reconhecendo-se que é a presença e/ou ausência de determinada característica, em parte ou em conjunto, do conteúdo que é levada em consideração para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso, como propõe Bardin.¹⁰ Seguindo referencial teórico-metodológico proposto pelo autor, realizaram-se as três fases da análise: a pré-análise, a exploração do material e, por fim, o tratamento dos resultados.¹⁰

Durante a pesquisa, adotaram-se os princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹¹, deixando as colaboradoras cientes do respectivo objetivo e ainda esclarecidas e livres para a participação, podendo interrompê-la no momento que lhes conviesse e com a certeza de que os resultados retornariam para discussão na comunidade. O projeto foi aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba sob o certificado de apresentação para apreciação ética CAAE - 0.110.0.133.000-08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Visando organizar a análise, elegeu-se a seguir, consecutivamente, os pontos contemplados no roteiro utilizado na coleta de dados.

Perfil dos profissionais

Das 13 entrevistas realizadas com os profissionais das unidades de saúde, os dados mostram que 100% são do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 39 anos, com experiência de atuação no PSF de, em média, três anos. Contrariando uma tendência nacional, apontada por outro estudo¹², o município não dispõe da mão de obra masculina no seu quadro de médicos. Este aspecto reforça a compreensão da atividade de cuidado como eminentemente feminina, uma vez que somente trabalham mulheres em seu quadro funcional.

Do total, seis são graduadas em Enfermagem e sete em Medicina. Todas diplomadas em média a cerca de sete anos por instituições de ensino público, reforçando a tendência presente também no perfil da formação técnico-científica dos profissionais de saúde da família do Brasil.¹²

Evidenciou-se, então, de acordo com o tempo de formação, que estas profissionais entraram na faculdade entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990. Nesse sentido, pode-se inferir, considerando o período histórico, que a formação destas profissionais ainda “se alicerçou no antigo modelo de atenção à saúde, no que se refere às novas modalidades de organização e prestação de serviços”.^{13:20} Para atender as necessidades da população, é necessário continuar fomentando “mudanças no direcionamento da formação acadêmica dos profissionais de saúde” que, na atualidade, têm o PSF como maior empregador. Dessa forma, promover simples rearranjos de cargas horárias ou introduzir novas disciplinas nas instituições de ensino não irá formar profissionais capacitados ao novo sistema. É importante que se alcancem profundas mudanças no modelo de ensino-aprendizagem.¹³

No que se refere a cursos de pós-graduação, nove entre médicas e enfermeiras fizeram especialização em áreas como medicina preventiva, medicina do trabalho e saúde pública. Averiguou-se, junto às profissionais, qual teria sido o objeto de estudo das pesquisas de conclusão dos referidos cursos. Afinal, o conhecimento teórico sobre o

objeto de interesse no presente trabalho poderia advir de um trabalho científico realizado na área de saúde mental. Todavia, nenhuma havia estudado o tema em questão.

Quanto aos cursos de capacitação e treinamento previstos nas ações de educação permanente do PSF, apenas quatro, sendo três médicas e uma enfermeira, mencionaram o recente treinamento em saúde mental. Parte dos profissionais dos serviços não possui formação para atuar em saúde mental. Suas experiências no atendimento ao portador de transtorno se deram no cotidiano do próprio serviço ou no treinamento, oferecido pela Secretaria de Saúde Estadual. Percebe-se uma prática que apresenta forte viés clínico, superado no meio acadêmico e combatido (apesar de ainda hegemônico) no contexto assistencial. Essa situação, além de desqualificar a assistência a este grupo, inviabiliza uma avaliação abrangente, reduzindo o alcance e aprofundamento em questões pertinentes ao atendimento comunitário do portador de transtornos mentais.

Foi questionado, também, qual a composição da equipe que trabalha na assistência à saúde mental nas unidades. Sete depoentes apontaram a médica e a enfermeira, três incluíram o auxiliar de enfermagem, e apenas dois acrescentaram, ainda, o agente comunitário de saúde.

Caracterização da assistência

Para discussão das falas dos sujeitos, optou-se por apresentar a fala dos depoentes de forma a retratar o mais fielmente possível a realidade apresentada por aqueles que fazem a atenção primária à saúde no município e, por conseguinte, caracterizar as ações desenvolvidas no âmbito do PSF. A primeira questão buscou apontar qual o sofrimento psíquico mais incidente. A esta arguição, obteve-se, no discurso, referência à depressão e à ansiedade como condições mais referidas.

No questionamento seguinte que faz referência ao número de sujeitos com sofrimento psíquico na área de abrangência, cinco profissionais de distintas unidades afirmaram desconhecer o número e as outras oito informantes apontaram uma média de 18 sujeitos. Esse levantamento ainda estava sendo realizado pelos profissionais, os quais apresentaram dificuldade em identificar estes sujeitos, ou seja, de enquadrar o que é ou não patológico.

Destaca-se o fato de todas as condutas (prescrição, orientações, encaminhamentos, acompanhamento psicológico, apoio psicológico e psicoterapia) terem sido referidas para o paciente, apresentando diferenciação entre o acompanhamento psicológico, o apoio psicológico e a psicoterapia quando, na verdade, todos estes processos

referem-se a uma modalidade de intervenção. Contudo, sobressaiu o fato do reconhecimento da psicoterapia como adjuvante no tratamento medicamentoso para aqueles em sofrimento psíquico.

De acordo com a filosofia do PSF, o ideal seria que a equipe de saúde fosse uma referência para famílias e sujeitos em sofrimento mental. Não apenas usando-as como ponte para internamentos, mas como espaço acolhedor, que pode se dedicar a compreendê-los e agir como um dos suportes para sua permanência na família e no convívio com os vizinhos.

No item orientações, os profissionais referiram que orientavam a procura de profissionais especializados, o que deveria aparecer no encaminhamento. Mas elas explicaram que, com um encaminhamento, o paciente dirige-se a um serviço referido/específico e, na orientação, ele procura por conta própria qualquer serviço.

Nada foi referido no sentido de assistir as famílias que são cuidadoras dos sujeitos em sofrimento psíquico. No tocante à família, o PSF tem a concepção teórica desta “como o espaço nuclear da agregação das pessoas, inseridas em um contexto social, devendo ser objeto prioritário e de *focalização* da atenção à saúde”^{14:10}.

A prescrição médica foi a resposta mais frequente em relação à conduta adotada. No entanto, constatou-se que, em nenhuma das unidades, é feita distribuição de quaisquer dos remédios adotados na terapia medicamentosa dos sofrimentos mentais. Além disso, observou-se a indisponibilidade nas unidades, inclusive, do receituário para medicação controlada.

Reconhecendo as condições socioeconômicas e culturais, os profissionais relataram que, frequentemente, os pacientes têm apresentado problemas pela interrupção indevida do uso da medicação, já que eles não têm a distribuição na unidade. Por esta razão, indagou-se em que circunstâncias os pacientes eram encaminhados para outros serviços. Destacam-se as seguintes falas: *Para diagnóstico, acompanhamento e reavaliação porque não estamos preparadas para lidar com este tipo de paciente* (E003). *Quando eles bebem e usam droga e não podemos fazer nada, nem sequer administrar uma medicação* (E005).

Com a análise destas falas, percebe-se que a equipe reconhece que nenhuma atividade tem sido efetivamente desenvolvida na unidade de saúde próxima do domicílio dos sujeitos. Outro fato chamou atenção: na segunda fala, parece que antes do encaminhamento ocorreu a tentativa, por parte de uma enfermeira, de diagnosticar o paciente, mesmo ela não tendo capacitação/treinamento na área.

Nesse sentido, percebe-se que, além das lacunas existentes na formação para a saúde mental, práticas cristalizadas no processo de trabalho da atenção primária em saúde - influenciadas pelo paradigma biomédico-positivista -, ainda dificultam os cuidados das pessoas com problemas mentais. Os profissionais que lidam com a doença mental deveriam ser encorajados a promover reformas sociais a partir de sua prática, de seu contato com a comunidade, ajudando a mesma a se organizar em busca de melhores condições de tratamento.¹⁵

Uma vez que o encaminhamento pareceu a saída para atender os problemas de saúde dos que padecem de sofrimentos mentais, investigou-se a existência de Unidades de Referência para lhes dar suporte. Observou-se que não existem tais unidades para o atendimento dessa demanda; são mencionados serviços, como uma policlínica, que possuem uma operacionalidade um pouco melhor, que num dado momento atendem às extremas necessidades dos pacientes, não atendidas nas unidades onde estão adscritos.

No concernente as ações de caráter preventivo, curativo e/ou reabilitador desenvolvidas pelas equipes das unidades pesquisadas, destacaram-se os seguintes relatos: *Como podemos ministrar palestra prevenindo transtorno mental? Isso não existe* (E008). *Realizamos palestras e visitas domiciliares. Estas ações não são suficientes, mas conseguimos identificar precocemente alcoolismo, uso de drogas, etc* (E001).

No geral, as palestras têm como intuito abordar o que os pacientes devem fazer para postergar ou conviver com problemas de saúde de natureza crônica, conduzindo-lhes para o autocuidado. No entanto, observou-se que elas emergem, em alguns casos, como medidas verticalizadas, “prescritas” por indivíduos envolvidos em instância superior da administração desses serviços, independente das reais necessidades da população a que se destinam. No referente às ações curativas, verificou-se o atendimento ambulatorial precário, com ênfase na “remedicalização” dos problemas relatados pelo paciente, além das ações descontínuas proporcionadas pelas campanhas implementadas pelo MS. As ações reabilitadoras ficam evidenciadas nas falas que seguem: *Encaminhamos para terapia e trabalhos manuais* (E009). *Estimulamos as atividades grupais para favorecer o compartilhar de experiências* (E002). *Solicitamos o apoio familiar para um convívio pacífico do seu doente em casa mesmo o que ajuda a sua recuperação* (E013).

A família é importante, não só para um convívio pacífico em casa, mas deve ser considerada uma grande aliada na recuperação do indivíduo com transtorno mental, pelo fato de ser ela uma fonte de conforto, sensação de estabilidade e amparo.¹⁶ Nesse sentido, os serviços de saúde devem

oferecer suporte para a família, ajudando-a a lidar com o comportamento e com as formas de relacionamento do usuário no domicílio, além de oferecer orientações quanto ao manejo das crises.¹⁷

No que diz respeito às dinâmicas grupais enquanto ações reabilitadoras, entende-se que se constituem de recursos excelentes para o compartilhar de experiências. No entanto, necessitam serem conduzidas, em grupos de portadores de transtorno mental, por um facilitador que tenha conhecimento teórico sobre as patologias que afetam este grupo. Essa estratégia ainda favorece o acesso e a possibilidade de atendimento aos usuários, o que demanda não só conhecimento dos profissionais, mas capacidade crítica e empenho para dar continuidade ao projeto terapêutico.¹⁸

Profissionais com pouca qualificação para efetivarem atividades de lazer terminam tratando os pacientes de forma inadequada, tirando-lhes a responsabilidade de tomar decisões, de se re-equilibrarem, de tirarem proveito de tal ação. Se o profissional tem preconceito em relação ao doente mental, considerando-o como elemento de menos valia, é natural que o paciente introjete tais preconceitos.¹⁹ Assim sendo, sua autoimagem decresce à medida que percebe seu vigor, sua força, seu poder e seu status declinando.

Questionou-se, então, como as ações descritas anteriormente eram planejadas, uma vez que um dos princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental no PSF é que o planejamento, o desenvolvimento e a avaliação dessas ações sejam realizadas em equipe multiprofissional.²⁰ Quase todas foram unânimes em afirmar que a falta de planejamento ocorre porque: *[...] desconheço o número exato de doentes mentais* (E010). *[...] não sei verdadeiramente como agir* (E004). *[...] as famílias não colaboram* (E008).

Uma profissional disse que planeja as ações de acordo com a demanda. No entanto, ela desconhece o número de sujeitos em sofrimento psíquico e no item anterior não referiu nenhuma ação desenvolvida em quaisquer dos níveis de atenção à saúde.

Os participantes foram questionados quanto à qualidade das ações prestadas e sobre o acesso dos pacientes aos serviços. *Eles têm tido livre acesso à unidade de saúde, mas em relação à qualidade de serviço prestado para saúde mental, poderia dar zero simplesmente porque inexistente* (E011). *Funcionamos ruim, mas nossa referência também. Encaminhei um paciente em crise para a policlínica e ele teve sua consulta marcada com 10 dias. O que eu poderia fazer?* (E006).

Esses discursos corroboram estudo realizado sobre as práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família, onde os sujeitos reconhecem-se como desprovidos de bases apropriadas para o manejo adequado das questões

ligadas à saúde mental, devido principalmente à sobrecarga de trabalho no serviço, à ausência de capacitação, às falhas no sistema de referência e contrarreferência e à falta de direcionamento das políticas públicas em âmbito municipal que enfatizam a atenção à saúde mental no âmbito da atenção básica à saúde.²¹ Chamam ainda atenção da sociedade e dos gestores deste município, para algo nobre, que é o direito à saúde do cidadão brasileiro, particularmente daquele em sofrimento psíquico. Todavia, muitas vezes, é desrespeitado, considerado defeituoso, improdutivo e um peso para a Previdência Social e para o SUS.

Frente a essa realidade, indagou-se às profissionais quais as dificuldades encontradas na prestação da assistência ao sujeito em sofrimento psíquico no PSF. Apontaram: *Falta de capacitação para atuar na saúde mental* (E007). *A dificuldade dos pacientes em conseguir os medicamentos prescritos aqui ou em outros serviços* (E003). *A interrupção frequente dos tratamentos por razões econômicas e culturais principalmente* (E012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com as falas supracitadas, o maior desafio que se visualiza é a remodelação da Rede Básica de Atenção à Saúde Mental no município em estudo. O PSF mudou o processo de trabalho até então na rede de Unidades Básicas de Saúde e, hoje, a lógica é ser referência para um número de famílias adscritas a uma determinada equipe, seja qual for o problema de saúde enfrentado. Dessa forma, independentemente do trajeto que o usuário percorra, ele deve ser acompanhado pela equipe de saúde da família quanto a seus vínculos, sua cultura, sua inserção no território, entre outros componentes que forem pertinentes à situação.

Essa mudança nos níveis de atenção da organização da atenção básica, de forma geral, objetiva favorecer a flexibilização do modo de acompanhar o usuário e suas necessidades individuais para reabilitá-lo, para que mude sua qualidade de vida e possibilite uma relação normal de convivência. Acredita-se que o portador de transtornos mentais e comportamentais é portador também da maior carga de preconceitos que anula muitas possibilidades produtivas, emancipatórias e de convivência com outras pessoas.

Dessa forma, faz-se necessária uma reorientação nos campos da saúde mental e da atenção psicossocial que alcance não apenas as competências profissionais específicas de cada profissão, mas o próprio sentido produzido pela loucura como fenômeno da vida, reproduzida socialmente, que necessita, sim, ser tratada, mas, antes disso, cuidada em sua complexidade biopsicossocial.

Para tanto, o saber e a prática profissional também devem ser redirecionados, para que a compreensão sobre os aspectos relacionados à completude do sujeito possa superar certo racionalismo, o qual pouco inclui e muito afasta.²² Nessa perspectiva, acredita-se ser necessário reproximar a práxis dos profissionais de saúde dos princípios que norteiam a Reforma Psiquiátrica, pautando as atividades assistenciais em tecnologias centradas nos sujeitos e para os mesmos, tais como: otimizar o acolhimento, fortalecer o vínculo terapêutico, enfocar a corresponsabilização bem como a horizontalização das relações e fomentar a autonomia dos indivíduos envolvidos no processo de saúde-doença mental.

Ocorreram avanços no tocante ao desenvolvimento da atenção à saúde mental no Brasil, mas uma mudança efetiva ainda está longe de ser visualizada. Não serão respostas rápidas e pontuais que colocarão a saúde mental brasileira em um novo rumo. Têm-se, pela frente, enfrentamentos de ordem clínica, política, de planejamento, formação de recursos humanos e ética.

Nesse sentido, tem-se, como desafios para uma assistência mais qualificada aos portadores de transtornos mentais, a otimização dos recursos para a saúde mental bem como a construção de redes de articulação entre usuários, equipe de saúde da família, profissionais dos serviços de saúde mental e gestão, de forma que este último possa viabilizar ainda práticas que favoreçam a promoção da saúde e a integralidade da atenção, como meio de garantir o direito constitucional à saúde. Salienta-se que essa rede deve possuir mecanismos de apoio matricial às equipes, de maneira que os profissionais não especializados tenham suporte assistencial e técnico-pedagógico, bem como sejam capacitados, mesmo que em caráter preliminar, para atender a demanda em questão.

Acredita-se, ainda, que hoje a assistência à saúde mental na atenção primária é um campo onde vários profissionais, segundo as funções básicas de sua área, de acordo com um conjunto de métodos e técnicas inerentes ao seu desempenho profissional, somado à sua formação, sensibilidade e experiências pessoais, podem atuar. Afinal, os sujeitos em sofrimento psíquico e suas intervenções de promoção, prevenção e tratamento implicam numa pluralidade de necessidades que requerem riqueza de iniciativas intersetoriais não habituais em países como o Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Breilh J. Epidemiologia, economia, política e saúde. São Paulo: Editora UNESP; 1991.

2. San Martín H. Salud y enfermedad: ecología humana, medicina preventiva y social. México: La Prensa Médica Mexicana; 1975.
3. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. World Mental Health: problems and priorities in low income countries. New York: Oxford University Press; 1995.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Lougon M. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *Physis (Rio J.)* 1993; 3(2):137-64.
6. Kalil MEX, organizadora. Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
7. Piovesan A, Temporini ER. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Rev Saúde Pública.* 1995 ago; 29(4):318-25.
8. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005 jun; 39(3):507-14.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1994.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. [Citado 2009 mar. 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
12. Machado MH, coordenador. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
13. Feuerwerker LCM. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. *Divulg Saúde Debate.* 2000 dez; 1(22):18-24.
14. Souza HM. Programa de Saúde da Família: Entrevista. *Rev Bras Enferm.* 2000; 53(esp.):7-16.
15. Reinaldo MAS. Saúde mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008 mar; 12(1):173-8.
16. Pinho LB, Hernández MB, Kantorski LP. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface Comun Saúde Educ.* 2010 jan/mar; 14(32):103-13.
17. Calgaro A, Souza EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. *Rev Gaúch Enferm.* 2009 set; 30(3):476-83.
18. Botti NCL, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. *Cogitare Enferm.* 2008 jul/set; 13(3):387-94.
19. Nicola IP. Formação de recursos humanos para uma ação educativa gerontológica. *Gerontol.* 1999; 7(4):178-91.
20. Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm.* 2003; 5(2):71-7.
21. Martins AK, Braga VAB, Souza AMA. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo bibliográfico. *Rev Rene.* 2009 out/dez; 10(4):165-72.
22. Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. O trabalho de enfermagem: contradições e desafios no contexto da reforma psiquiátrica. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2009 jul/set; 3(3):112-9.

Submissão: setembro/2011

Aprovação: fevereiro/2012
