

SAÚDE MENTAL E PSF: CONSTRUINDO ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MENTAL HEALTH AND PSF: BUILDING STRATEGIES FOR PSYCHOLOGICAL CARE

SALUD MENTAL Y PSF: CONSTITUYENDO ESTRATEGIAS DE LA ATENCION PSYCOSOCIAL

Samira Reschetti Marcon¹
Inês de Fátima C. Ataíde²
Alice Guimarães Bottaro de Oliveira³

Este relato refere-se a uma experiência vivenciada por docentes da Universidade Federal de Mato Grosso, de 2004 a 2005, em uma Unidade de Saúde da Família, integrando docentes, equipe da unidade e Agentes Comunitários de Saúde. Objetivo: assessorar a implantação de um serviço de atenção à saúde mental, bem como prestar assistência à clientela. Ações: organização do sistema de registro das informações referentes à saúde mental, discussão de casos, avaliação das ações terapêuticas em equipe, realização de visitas domiciliares, promoção de ações educativas no âmbito familiar e comunitário, desenvolvimento da assistência e integração da equipe do Programa Saúde da Família (PSF) com docentes, alunos de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e com a comunidade. Resultados e conclusões: avaliou-se positivamente o desenvolvimento do projeto, visto que os objetivos iniciais foram alcançados. A unidade tem manejado alguns casos mais simples e começa a configurar-se na comunidade como porta de entrada para os pacientes com transtornos mentais. Concluiu-se que este trabalho proporcionou efetivamente uma mudança cultural não só entre os profissionais da equipe como na comunidade, que começa a compreender a importância da inserção social e comunitária do portador de transtorno mental.

PALAVRAS-CHAVE: Programa de saúde da família. Prestação de cuidados de saúde. Saúde mental.

This study relates the experience of professors from the Federal University of Mato Grosso, from 2004 to 2005, in a Family Health Center. The study includes professors, the center's team, and community health agents. Objective: to advice in the implementation of a mental care service, as well as to assist the clients. Actions: to organize the information registration system pertaining to mental health, to discuss the cases, to evaluate the therapeutic team activities, to realize home visits, to promote educational activities in the family and community setting, and to develop the assistance and integration of the Family Health Program (PSF) team with professors, nursing students from the Federal University of Mato Grosso (UFMT), and with the community. Results and conclusions: The project received positive evaluation, given that the initial objectives were reached. The Center has treated simple cases and starts to establish itself in the community as an entry point for patients with mental health problems. Conclusion: this study effectively provided a cultural change, not only among the professionals in the team, but also in the community, which starts to understand the importance of the social and community inclusion of the mental health patient.

KEY WORDS: Family health plan. Health care services. Mental health.

Este relato se refiere a una experiencia vivida, de 2004 a 2005, por docentes de la Universidad Federal de Mato Grosso, en una Unidad de salud de la Familia, integrando docentes, el equipo de la unidad y los agentes comunitarios de la salud. Objetivo: asesorar la implantación de un servicio de atención a la salud mental, así como, dar ayuda a la

¹ Professora Mestre, pesquisadora do Grupo Projeto ARGOS da Faculdade de Enfermagem da UFMT (samarcon@terra.com.br)

² Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Mestranda em Enfermagem na UFMT (inescataide@hotmail.com)

³ Professora Doutora, pesquisadora do Grupo Projeto ARGOS da Faculdade de Enfermagem da UFMT (alicegbo@yahoo.com.br)

clientela. Acciones: organización del sistema de registro de las informaciones referentes a la salud mental, discusión de los casos, evaluación de las acciones terapéuticas en equipo, realización de visitas domiciliarias, promoción de acciones educativas en el ámbito familiar y comunitario, desarrollo de la atención e integración del equipo del programa salud de la familia (PSF) con docentes, alumnos de enfermería de la Universidad Federal de Mato Grosso (UFMT) y con la comunidad. Resultados y conclusiones: Se evaluó positivamente el desarrollo del proyecto, puesto que los objetivos iniciales fueron alcanzados. La unidad ha manejado algunos casos más simples y comienza a configurarse en la comunidad como la puerta de entrada para los pacientes con trastornos mentales. Se concluye que este trabajo proporcionó efectivamente un cambio cultural, no solo entre los profesionales del equipo, como en la comunidad, que empieza a comprender la importancia de la inserción social y comunitaria del portador de trastorno mental.

PALABRAS CLAVE: Programa de salud de la familia. Prestación de cuidados en salud. Salud mental.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família

A estratégia Programa Saúde da Família (PSF), implantada no Brasil a partir de 1994, pelo Ministério da Saúde, constitui-se numa reorientação do modelo assistencial centrado no paradigma clínico que priorizava ações curativas. Diferentemente desse modelo, o PSF objetiva atenção integral à saúde, com foco na atenção primária centrada no território e na família. Suas ações são voltadas para práticas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Recentemente observou-se uma expansão significativa do número de equipes de saúde da família implantadas no Brasil, passando de 847 equipes em 228 municípios no ano de 1996, para 26.000 equipes em 5.284 municípios, no ano de 2006 (BRASIL, 2006a).

No Estado de Mato Grosso, a partir de 1996 foram implantadas as primeiras equipes do PSF. Em 2004 havia sido implantado 386 em Mato Grosso, perfazendo uma cobertura de 47,8% da população de 2.682.553 habitantes (BRASIL, 2006a).

A partir da década de 1980, observam-se também mudanças significativas no modelo de atenção à saúde mental no Brasil, no contexto da Reforma Psiquiátrica. Essas mudanças ocorreram no sentido de crítica às internações em hospitais psiquiátricos, com a redução gradativa do número de leitos nesses hospitais e de prioridade de ações na atenção primária e em serviços comunitários.

Essa reorientação do modelo de atenção à saúde mental determina ações em todos os serviços de saúde, incluindo os hospitais gerais, PSF e outros, visando a busca da inserção social das pessoas acometidas por transtornos mentais e, neste sentido, o PSF constitui-se no *locus* privilegiado para efetivação da atenção primária, além da promoção de saúde.

Tendo como pressuposto que a integralidade da atenção à saúde, objetivo do PSF, somente é possibilitada pela inclusão de ações de saúde mental no trabalho aí realizado, pois “[...] a saúde mental é o fiel da balança que permite avaliar o grau de integralidade mínima e diferenciar os programas de saúde da família” (LANCETTI, 2001, p. 88), propõe-se uma experiência de trabalho visando organizar e implementar ações de saúde mental numa Unidade de PSF, articulando ensino-serviço. Seus resultados são analisados neste artigo.

Movimento da Reforma Psiquiátrica em Cuiabá e configuração da rede de assistência em saúde mental

A Reforma Psiquiátrica constituiu-se num amplo movimento de mudanças políticas, culturais, sociais, epistemológicas e assistenciais (AMARANTE, 2003). Este processo se deu no Brasil sob forte influência do movimento da reforma psiquiátrica italiana, a partir do início dos anos 1970, baseado em uma orientação geral para a substituição do modelo hospitalar-psiquiátrico. Ocorreu nos diferentes

estados e municípios brasileiros determinada pelas condições locais (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Em Mato Grosso, especificamente em Cuiabá, o movimento de Reforma Psiquiátrica, não aconteceu paralelamente aos demais estados brasileiros, ao contrário, foi justamente no período em que o modelo de assistência psiquiátrica passou a ser questionado e criticado em nível nacional, criou-se um hospital psiquiátrico privado – o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá – favorecendo, assim, a “indústria da loucura”. Até a criação desse hospital, toda assistência à saúde mental em Cuiabá e Mato Grosso era centrada em um só hospital público estadual, o hospital psiquiátrico Adauto Botelho, fechado para reforma em 1991 e reinaugurado em 1993 como o Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

Como o município não contava na época do fechamento com nenhuma outra modalidade de atendimento à saúde mental na rede pública, a população tinha como única opção somente o hospital privado, fato que contribuiu para um considerável aumento do número de leitos. Em 1993, outros serviços foram criados na rede pública de atenção a saúde mental, porém ainda vinculados ao hospital psiquiátrico estadual. Somente a partir de 1995 o município passou a compor a rede, implantando serviços extra-hospitalares, como o Ambulatório de Saúde Mental no Centro de Especialidades Médicas e em três policlínicas (OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

No ano de 2003, o município intensificou suas ações na criação de serviços, diante do previsto fechamento do maior hospital psiquiátrico privado de Mato Grosso, o Instituto de Neuropsiquiatria. Em 2004, o fechamento se consolidou e a rede de atenção contou com cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dez Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), além de atendimento médico-especializado em ambulatórios e policlínicas (ATAÍDE, 2004). A despeito da implantação destes serviços, observa-se que a rede funciona de forma desarticulada, uma vez que vários deles situam-se na esfera estadual. O resultado é que a atenção à saúde mental acontece prioritariamente no hospital psiquiátrico ou em instituições que não funcio-

nam segundo a lógica de sua *substituição*, mas de serem *complementares* a ele.

Oliveira e Conciani (2009) consideram que o processo de estruturação da rede de assistência à saúde mental no município de Cuiabá pautou-se pelas diretrizes da política nacional em relação à implantação de serviços comunitários e ao fechamento do hospital psiquiátrico. Entretanto reduz-se a um novo desenho administrativo, de gestão, determinado pelos novos modelos de financiamento (redução de custos com internações e desospitalização). Assim, apesar da aparência, não garantiu a superação do modelo médico-psiquiátrico rumo ao modelo psicossocial implícito no movimento de Reforma Psiquiátrica.

Portanto, nesse contexto de incipiente acumulação crítica ao modelo hospitalar psiquiátrico, observou-se a necessidade de construção de ações e práticas de saúde mental em serviços que tradicionalmente não se ocupam dos portadores de transtorno mental (PSF, por exemplo). Essa necessidade foi determinada pelas diretrizes nacionais (Leis e Portarias que impõem a lógica atual de gestão e financiamento no setor de assistência à saúde mental) (BRASIL, 2006b) e pelas contingências locais (fechamento do hospital psiquiátrico). A experiência analisada neste artigo tem o propósito de contribuir com essa acumulação crítica teórico-prática, necessária à mudança do modelo de atenção.

DESCREVENDO A EXPERIÊNCIA

Em 2003, por iniciativa de uma enfermeira do Curso de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), foi iniciada uma experiência de assistência às pessoas portadoras de transtorno mental pautada no modelo de atenção psicossocial, no PSF III do bairro Santa Izabel em Cuiabá (ATAÍDE, 2004; OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

Ao encerrarem-se as atividades do Curso de Residência, a equipe do PSF, familiares e pessoas portadoras de transtornos mentais da comunidade solicitaram a permanência desse trabalho, uma vez que a assistência realizada gerou uma demanda crescente, que precisava ter continuidade, e o final do Curso representava a interrupção deste proces-

so. Dessa forma, foram estabelecidas parcerias entre a USF e o Núcleo de Estudos em Saúde Mental (NESM) da UFMT, com o objetivo de assegurar a continuidade desse processo timidamente iniciado. A parceria consolidou-se visto que os objetivos de ambos eram exequíveis, ou seja: “inventar” novas práticas de assistência em saúde mental na atenção primária, visando uma abordagem psicossocial. Alguns profissionais do NESM já vinham realizando investimentos na formação e consolidação de práticas de enfermagem em nível primário de atenção desde 1999 (OLIVEIRA; SILVA; MARCON, 2000) e mantinham o interesse de expandir essas experiências em 2004.

Visando a continuidade e expansão do trabalho iniciado, foi proposto um projeto de *Assessoria para a implantação de assistência à saúde mental na comunidade atendida pelo PSF III do bairro Santa Izabel*. Esse projeto integrou docentes, equipe do PSF e Agente Comunitário de Saúde (ACS), e teve a anuência da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Cuiabá. As metas eram: organizar o sistema de registro das informações referentes à saúde mental; discutir casos e avaliar as ações terapêuticas em equipe; realizar visitas domiciliares objetivando conhecer as pessoas com manifestações de sofrimento mental e compreender a dinâmica familiar em relação ao seu processo de adoecimento e reabilitação; promover ações educativas no âmbito familiar e comunitário; desenvolver assistência tendo por base atitudes psicoterapêuticas e psicofarmacológicas; e integrar a equipe do PSF com docentes e alunos de enfermagem da UFMT e com a comunidade, na promoção de saúde mental.

A USF localiza-se em área periférica do município de Cuiabá e foi criada em maio de 2002, contando na época de sua criação com a equipe mínima preconizada pelo Ministério da Saúde: um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A população de sua área de abrangência tem baixo nível de escolaridade, baixa renda e conta com uma população de 3.244 pessoas, num total de 865 famílias.⁴

Sabe-se que os sistemas de informação da atenção primária não dispõem de dados sistematizados sobre agravos à saúde mental e reconhece-se universalmente a necessidade de que esses dados sejam construídos com a finalidade de subsidiar o planejamento da assistência. Assim, iniciou-se o projeto pela organização do sistema de registro das informações referentes à saúde mental na Unidade. Para o desenvolvimento dessa “atitude epidemiológica” na Unidade, utilizaram-se dois instrumentos propostos pelo NESM-UFMT (ficha A e ficha B), que possibilitaram conhecer a população com possíveis transtornos mentais e acompanhá-los, identificar as necessidades individuais no contexto familiar, consolidar mensalmente estas informações, disponibilizando dessa forma dados referentes à saúde mental até então inexistentes no território (ANDRADE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2006; OMS, 2001; SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 2001).

No início das atividades percebeu-se que os ACS já dispunham de informações, embora leigas, a respeito das “pessoas diferentes” naquela comunidade. Essas informações existiam, tanto pelo interesse e convivência cotidiana destes profissionais naquela comunidade, como pelo trabalho que já vinha sendo desenvolvido pela enfermeira residente na USF. Apesar dos ACS trazerem algumas informações, estas não eram sistematizadas na USF, fato que confirmou a necessidade de mapear e conhecer esta população. Desta forma, os ACS realizaram um levantamento em todas as famílias de sua área, utilizando o formulário de busca ativa e, por meio desse levantamento, listaram-se as famílias que seriam visitadas, totalizando 287 pessoas.

Com base na identificação inicial de pessoas com possível manifestação de sofrimento mental, por meio de encontros com os cinco ACS, agendaram-se e realizaram-se visitas domiciliares a todas elas, juntamente com o ACS da área de abrangência e alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMT, objetivando conhecer as pessoas com manifestações de sofrimento mental no contexto familiar. Esclarece-se que, simultanea-

⁴ Dados referentes ao ano de 2004.

Ficha A – busca ativa: instrumento utilizado pelos ACS no PSF para identificar possíveis casos de transtorno mental. Ficha B – Saúde Mental é um instrumento utilizado pelos ACS no PSF para acompanhamento domiciliar de pessoas com transtornos mentais. Estes instrumentos foram adaptados para a saúde mental durante uma capacitação do Núcleo de Estudos em Saúde Mental a equipes de PSF do município de Cuiabá (MT) e encontra-se disponível em Oliveira, Moura Vieira e Andrade (2006).

mente, já aconteciam também algumas ações assistenciais e educativas.

Durante as visitas, que foram previamente agendadas pelos ACS, realizou-se o levantamento de dados, por meio de entrevista, anamnese e exame mental dos possíveis portadores de transtorno mental. Nesse levantamento, além dos aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos, abordaram-se também os aspectos relacionados às condições de moradia, relações e dinâmica familiar (ATAÍDE, 2004).

Após as avaliações, de um total de 287 pessoas, identificaram-se 78 (27,17%) que apresentavam algum tipo de alteração psíquica indicativa de transtorno mental. Destas, 41 pessoas já faziam acompanhamento em serviços de atenção à saúde mental e possuíam diagnóstico médico. As demais, ou seja, 37 pessoas, foram encaminhadas pela Unidade de Saúde para serviços especializados de referência.

Durante esse primeiro contato, foram encontradas diversas situações: pessoas com transtornos mentais que faziam uso de medicamentos psicotrópicos sem acompanhamento médico e sequer sabiam seu diagnóstico ou tipo de transtorno; pessoas com sofrimento mental evidenciado pela família e outros membros da comunidade e nunca haviam tido acesso ao sistema de atenção à saúde mental. Em alguns casos foi necessária a elucidação diagnóstica e encaminhamento para avaliação em serviços de saúde mental.

Ressalta-se que quatro pessoas não aceitaram o contato para a avaliação ou qualquer outro tipo de encaminhamento e, portanto, não fazem parte da população avaliada. Foram identificadas, no total, 287 pessoas.

É importante ressaltar que, no início do projeto, a Unidade tinha como serviço de referência apenas o atendimento médico psiquiátrico em uma policlínica, que logo após foi suspenso para ser substituído por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Entretanto, durante esse período de transição, a Unidade ficou sem nenhuma referência naquela área. Nesse ínterim, contactou-se com a Coordenação de Saúde Mental do município, expondo a necessidade de suporte na rede especializada para a continuidade do trabalho. Nesse contato, ficou evidenciado o desconhecimento da coordena-

ção em relação ao projeto já apresentado à coordenação anterior, porém este fato não inviabilizou a continuidade do trabalho. Na ocasião, tomou-se conhecimento de que o CAPS daquela área já estava sendo estruturado e que logo se contaria com uma equipe para referência. Pouco tempo depois este serviço foi implantado.

Com a implantação do CAPS, considerou-se importante a integração entre os profissionais (CAPS-USF) juntamente com um dos profissionais da USF e, portanto, apresentou-se o projeto bem como todo o trabalho já desenvolvido. Este contato possibilitou o início de um processo de interlocução entre os dois serviços.

Dentre as metas que se buscava atingir nesta experiência, uma delas constituía-se na integração da equipe de PSF com docentes e alunos e com a comunidade na promoção da saúde mental. Desta forma, os alunos acompanharam as visitas e realizaram entrevistas, assim como os encaminhamentos necessários. Estas ações fizeram parte das atividades práticas da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, oportunizando uma abordagem psicossocial, mediante o contato direto do aluno com a comunidade/família/USF. Constituiu-se, assim, em um novo campo de prática para a disciplina, visto que, até então, estas atividades eram desenvolvidas exclusivamente em ambiente hospitalar, mais especificamente em hospitais psiquiátricos.

ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA

Durante o desenvolvimento do projeto, a primeira dificuldade evidenciada referiu-se à impossibilidade de inserir os dados obtidos mediante o levantamento e acompanhamento da clientela no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Apesar de apresentar um campo específico para registro da doença mental (DM), os dados não são processados, acarretando uma falha no sistema de informação da atenção básica e, conseqüentemente, uma subnotificação em relação aos transtornos mentais nos PSF (OLIVEIRA; ATAÍDE; SILVA, 2004).

Reconhece-se a importância de os dados produzidos no PSF serem incorporados no sistema de

informação, a fim de subsidiarem as ações de planejamento e avaliação, constituindo-se, efetivamente, a rede de atenção à saúde mental. Entretanto reconhece-se também as dificuldades para se quantificar e objetivar o sofrimento psíquico, na produção desses dados, quando se constroem práticas orientadas para a atenção psicossocial. É necessário o desenvolvimento de estudos que subsidiem a observação e sistematização de achados clínicos para a produção dos dados necessários, porém sem reduzir este sofrimento simplesmente à classificação e quantificação de sinais e sintomas, como se opera no modelo biomédico (ANDRADE; OLIVEIRA; VIEIRA, 2006).

Em relação às visitas, constituíram-se em ricas experiências, pois proporcionaram o contato direto com paciente/familiares. Nesta abordagem, compreende-se família como duas ou mais pessoas, convivendo ou não no mesmo espaço físico e construindo entre si relações, e não somente aquela imagem estereotipada de família formada pelas figuras pai/mãe/filhos. Não há dúvidas de que a família constitui-se como o núcleo da sociedade desde os primórdios da civilização, incorporando, construindo e reconstruindo seus valores e criando relações tão subjetivas quanto subjetivo é o sujeito (ATAÍDE, 2004).

Todo esse processo teve o sentido de construir uma cultura em dois sentidos: primeiro, indicar para a equipe do PSF quem eram as pessoas portadoras de “transtornos mentais” naquela comunidade (evitando-se a identificação classificatória e discriminatória) que necessitavam de atenção e quais eram especificamente suas necessidades nessa área; e, segundo, para as famílias, apontar a equipe de PSF como a primeira referência a ser buscada em caso de necessidade de saúde mental. Ressalta-se a aparente obviedade desse processo e, ao mesmo tempo, sua inovação, pois sabe-se que o PSF constitui-se com base na lógica do território e da vigilância à saúde, mas, apesar disso, historicamente se distancia do campo da atenção à saúde mental. Assim, ao se depararem com situações de “transtorno mental”, as famílias regularmente acionam recursos diretos do serviço especializado (pronto atendimento e internação psiquiátrica), ou mesmo a polícia e, raramente, o PSF.

Tratava-se, pois, de investir numa mudança cultural da assistência à saúde naquele território.

Os ACS foram fundamentais neste processo de visitas/levantamento dos casos novos de TM, devido a sua inserção e vínculo com a comunidade, pois forneciam informações a respeito de pessoas com comportamentos estranhos e “diferentes”, solicitando a visita. O fato que chamava a atenção é que, na maioria das vezes, encontravam-se pessoas com algum tipo de sofrimento mental, até então desassistidas. Vale ressaltar a percepção e sensibilidade desses profissionais acerca do sofrimento psíquico da população sob sua responsabilidade.

A realização das visitas domiciliares possibilitou a identificação de diferentes formas de organização familiar (ou ausência dela) como, por exemplo, pessoas morando sozinhas, sem nenhum tipo de apoio familiar e, na maioria das vezes, dependia da ajuda informal de vizinhos ou outras pessoas da comunidade. Outras que, apesar de terem familiares, não dividiam com eles o mesmo espaço físico, sendo-lhes reservado um “quartinho” no fundo do quintal, porém sob os cuidados de familiares. Encontraram-se ainda pessoas que, apesar de conviverem no mesmo espaço físico com a família, esta não demonstrava compreensão e respeito pela situação vivenciada por aquele membro, negando, inclusive, em algumas situações, o “transtorno mental”. Observaram-se ainda pessoas que mantinham uma convivência familiar sem grandes conflitos e/ou dificuldades em suas relações diárias.

Não obstante as diferentes formas de organização familiar observadas na experiência, ficou evidente que, quando um membro da família adocece psicologicamente, o sofrimento é vivenciado por todos os membros e algumas famílias buscam novos arranjos internos para se reorganizar. Observou-se que, quando o transtorno mental surge no ambiente familiar, são utilizadas estratégias para minimizar ou explicar um comportamento estranho, sendo estas, muitas vezes, as formas que a família encontra para livrar-se do estigma e do preconceito acerca do transtorno mental (ROSA, 2003).

Nesse momento, a entrada no ambiente familiar se deu para identificar-se a manifestação do sofrimento mental individualmente e os arranjos familiares existentes em relação a ele, além de esclarecer

dúvidas quanto aos “transtornos mentais” específicos, terapêutica medicamentosa e estruturação da rede de atenção à saúde mental no município. Melman (2001) considera imprescindível, para o cuidado a pessoas com manifestações de transtorno mental na família, a oferta de informações acessíveis e de modo participativo aos “pacientes” e familiares, sobre os “transtornos mentais”, abordagens terapêuticas disponíveis e possíveis, esclarecendo todas as dúvidas.

Ao longo deste trabalho tornou-se visível uma demanda até então desconhecida pela USF, que necessitava de atendimento. Inicialmente, os profissionais da USF tentavam absorver essa nova demanda, porém não se sentiam em condições de atender pessoas com transtornos mentais no nível local. A dificuldade de desenvolver ações direcionadas a esta clientela refere-se ao pouco conhecimento na área da saúde mental, ao medo e ao preconceito entre outros sentimentos.

Historicamente, após a criação dos asilos e a atribuição do *status* de loucura como doença, o cuidado ao “louco” passou a ser de responsabilidade exclusiva do “hospício”, que se denominava como um serviço especializado. Desta forma, o contato com esta clientela ficava restrito aos profissionais que atuavam nestes serviços e, na atenção básica, os profissionais não se ocupavam e também não se sentiam responsáveis por ela.

Nesse sentido, inicialmente, nesta equipe da USF, as ações relativas à saúde mental limitavam-se a encaminhamentos para serviços especializados. À medida que começou-se a discutir os casos com a equipe e esta se deparava com pessoas com transtorno mental na unidade, o acolhimento passou a ser realizado com menos dificuldade e de forma mais integrada ao processo de trabalho normalmente realizado na unidade.

Durante o período em que foi desenvolvido o projeto na USF, observou-se que, a despeito da receptividade da equipe e disponibilidade para discutir os casos, inicialmente a participação dos profissionais neste processo se dava de forma lenta e pouco participativa, sem envolverem-se diretamente, fato que não ocorreu em relação aos ACS, que demonstraram interesse desde o início. Posteriormente, conforme as ações foram sendo desenvolvidas, as técnicas de enfermagem começaram a

participar das visitas, das discussões dos casos com os alunos e a questionar sobre situações específicas. Desta forma assumiram também o cuidado direto às pessoas com transtorno mental. A enfermeira e a médica também começaram a participar, por meio de consultas e visitas domiciliares.

Apesar da participação destes profissionais nas ações em saúde mental propostas, ainda não havia a participação efetiva da ESF e a preocupação consistia no fato de que, ao término do projeto, não houvesse a continuidade do trabalho.

Foram então propostas algumas estratégias para possibilitar a continuidade deste trabalho: propiciou-se a integração das equipes do CAPS e USF, mediante visitas destes profissionais aos respectivos serviços, com o objetivo de construir relações mais próximas entre eles; solicitou-se à equipe do CAPS visitas domiciliares às famílias pertencentes à área de abrangência da USF, nas quais identificaram-se casos mais complexos; forneceram-se dados referentes ao número de pessoas identificadas no levantamento efetuado e ressaltou-se a necessidade do trabalho de referência e contrarreferência indispensável para desenvolver ações pautadas no modelo psicossocial.

É importante enfatizar que a falta de uma rede estruturada de atenção à saúde mental no município foi determinante de grande parte das dificuldades, pois, durante o período em que não se teve nenhuma referência na área de abrangência, os encaminhamentos, quando necessários, davam-se para serviços com acesso dificultado, em decorrência da distância, agravado ainda com a carência financeira da população e limitação do número de vagas nos serviços, ocasionando longo período de espera para o atendimento. Entretanto, essa dificuldade também foi significativa, para que a equipe se responsabilizasse mais diretamente com esta clientela que já vinha sendo acompanhada. Desde esse momento, os casos mais simples começaram efetivamente a ser atendidos na unidade, constituindo uma nova dinâmica de trabalho e uma redefinição das responsabilidades da USF em relação à população adstrita, além de proporcionar uma reflexão de que em saúde mental os obstáculos são inúmeros, porém é importante a criatividade para “inventar” novas formas de assistir.

CONCLUSÃO

Considera-se esta experiência enriquecedora, visto que a unidade começa a configurar-se na comunidade como o primeiro recurso para os pacientes com transtornos mentais e seus familiares, pois, historicamente, apenas os serviços especializados constituíam-se como locais de assistência aos “doentes mentais”. A oportunidade de realizar visitas domiciliares, de conhecer o sujeito inserido em seu contexto familiar e comunitário possibilita visualizar a complexidade destas relações.

No trabalho realizado, tentou-se informar, orientar e apoiar as pessoas com sofrimento mental e seus familiares, para estimular e construir novas formas de cuidar e vivenciar o sofrimento psíquico. Acredita-se que o apoio do serviço à população contribui diretamente para o enfrentamento do problema dentro do núcleo familiar.

Não obstante as dificuldades enfrentadas ao longo deste processo, acredita-se que esta experiência proporcionou à equipe de saúde da família o desenvolvimento de práticas direcionadas ao portador de transtorno mental e seus familiares de forma integral, no entanto, sabe-se que as dificuldades a serem enfrentadas na rotina e dinâmica do serviço são reais e esperadas e precisam ser reconstruídas diariamente.

Considera-se que a atitude dos profissionais do PSF de reconhecimento desta população como seu objeto de trabalho, para se concretizar, precisa da disponibilidade individual do profissional de saúde e também, por parte dos gestores, de investimentos na área da saúde mental, mediante a constituição da rede estruturada e capacitação contínua desses profissionais direcionada às necessidades de saúde da população. Neste sentido, a instituição formadora configura-se como importante parceira para uma reflexão crítica na formulação de estratégias que contribuirão com o processo de construção de novas práticas psicossociais.

Nesta experiência, as discussões entre os membros da equipe, professores e alunos da UFMT, foram enriquecedoras e ajudaram na resolução de problemas daquela comunidade/serviço, além de oportunizar a constituição de um campo de prática em saúde mental valorizando as ações de saúde na atenção primária, considerando que a disciplina de Enfer-

magem em Saúde Mental fundamenta-se na crítica ao modelo hospitalocêntrico. Após este projeto, o PSF estabeleceu-se como um dos campos de prática desta disciplina, configurando-se como uma prática inovadora e única no Estado de Mato de Grosso.

Um dos aspectos que se ressalta como dificuldade a ser trabalhada no PSF refere-se ao fato do SIAB não incorporar as informações referentes a saúde mental no sistema de informação da atenção básica, o que causa subnotificação e “inexistência” desta população, contribuindo para a não prioridade das ações de saúde a esta clientela. Não se pode ignorar que os dados epidemiológicos constituem-se em ferramenta fundamental para o planejamento de ações na saúde pública.

No início deste trabalho na USF, a equipe possuía algumas informações referentes às pessoas portadoras de transtorno mental, porém não eram organizadas e registradas de forma sistematizada, logo, esses dados foram organizados sistematicamente, mediante relatórios de visitas, anamnese e relato da história psicossocial e registro dos atendimentos e encaminhamentos, permitindo que a equipe, em sua totalidade, pudesse conhecer, acompanhar e receber este sujeito na unidade de forma mais direcionada e individualizada.

Um aspecto positivo desta avaliação da experiência refere-se à vinculação da unidade do PSF com o CAPS (serviço de referência desta área), mediante a qual a troca de informações a respeito de pacientes tem sido feita qualificando a assistência. Em face da ansiedade que se sentiu no término do projeto e a expectativa de continuidade das ações até então implementadas, esta integração constituiu-se como uma das estratégias implementadas a fim de solidificar este trabalho.

Reconhece-se que são muitas as dificuldades a serem enfrentadas neste processo de incorporação da assistência à saúde mental nesta unidade de PSF, porém avalia-se que este foi um passo inicial de um processo de mudança da assistência em saúde mental. Enfatiza-se que esta foi uma experiência nova no estado de Mato Grosso e, incontestavelmente, trouxe benefícios para a instituição formadora, para a unidade do PSF e para a comunidade, permitindo a implementação do modelo psicossocial da atenção à saúde mental e promovendo a saúde e reabilitação psicossocial dessa clientela.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.p.45-66.
- ANDRADE, S.M.R.; OLIVEIRA, A.G.B.; VIEIRA, M.A. **Saúde mental no programa de saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. Cuiabá: Olho D'água,2006.
- ATAÍDE, I.F.C. **Saúde mental no PSF: o trabalho da enfermeira construindo estratégias de atenção psicossocial**. Cuiabá, 2004. 56 f. Monografia (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família)–Faculdade de Enfermagem/Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá,2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Legislacao.pdf>> Acesso em: 29 mar. 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e saúde da família, 2006**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencao_basica.php> Acesso em: 21 jul. 2006b.
- LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2001. p. 84-89.
- MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.
- OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. **Superando o manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: EdUFMT, 2005.
- _____; ATAÍDE, I.F.C.; SILVA, M.A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 618-624, out./dez. 2004.
- _____; CONCIANI, M.E. Participação social & reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 319-331, fev. 2009.
- _____; SILVA, M.A.; MARCON, S.R. Atenção à saúde mental no nível primário: análise de uma experiência de integração ensino-serviço. **Coletânea de Enfermagem**, Cuiabá, v. 2, n. 2, p. 39-55, 2000.
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; OPAS – ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.
- ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.
- SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária**. São Paulo: Hucite, 2001.