

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CAMPUS URUGUAIANA**

MARCIELE BARCELOS ÁVILA

**INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

URUGUAIANA

2016

MARCIELE BARCELOS ÁVILA

**INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito para aprovação na Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Uruguaiana

2016

MARCIELE BARCELOS ÁVILA

**INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
POSSIBILIDADES E DESAFIOS**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito para aprovação na Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Trabalho apresentado e aprovado em: ____/____/2016.

Banca examinadora

Orientadora: Profa. Me. Débora Schlotefeldt Siniak

Docente do Curso de Enfermagem – Universidade Federal do Pampa

Profa. Me. Luana Ribeiro Borges

Docente do Curso de Enfermagem – Universidade Federal do Pampa

Enfermeiro Moroni Correa de Oliveira

Residente em Saúde mental coletiva – Universidade Federal do Pampa

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CERSAMs- Centros de Referência em Saúde Mental

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

ESF- Estratégia Saúde da Família

MS- Ministério da Saúde

NAPS-Núcleos de Atenção Psicossocial

PLATBR- Plataforma Brasil

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SIPPEE- Sistema Integrado de Projetos de Pesquisa e Extensão

SRTs- Serviços de Residência Terapêutica

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento livre e esclarecido

UA- Unidade de acolhimento

Sumário

1 APRESENTAÇÃO	10
2 INTRODUÇÃO	12
3 JUSTIFICATIVA.....	14
4 OBJETIVOS	15
4.1 Objetivo geral.....	15
4.2 Objetivos específicos.....	15
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
5.1 A saúde mental no Brasil e no mundo: aspectos históricos.....	16
5.2 A evolução das políticas públicas no campo da saúde mental	19
5.3 Atenção Básica e Saúde Mental: uma interface necessária	21
6 METODOLOGIA	24
6.1 Tipo de estudo	24
6.2 Local e período da pesquisa	24
6.3 Participantes da pesquisa	25
6.3.1 Critérios de Inclusão:	25
6.3.2 Critérios de Exclusão:.....	25
6.4 Abordagem dos participantes	25
6.5 Riscos e benefícios	26
6.5.1 Riscos:.....	26
6.5.2 Benefícios:	26
6.6 Coleta de dados.....	26
6.7 Análise de dados	27
6.8 Aspectos Bioéticos	27
6.9 Retorno aos participantes	28
7 RESULTADOS.....	29
7.1 Estratégias utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção básica .	29
7.2 Necessidade de educação permanente acerca do cuidado em saúde mental.....	30
7.3 Concepções estigmatizadas da população e da equipe sobre a saúde mental.....	31
7.4 Centralização do cuidado em saúde mental nos CAPS e a falta de articulação da rede.....	32

7.5 Saúde Mental na Atenção Básica: caminhos para a descentralização do cuidado.....	33
8 DISCUSSÕES.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS.....	45

AGRADECIMENTOS

Esse texto trata-se de uma carta de gratidão ao meu pai celestial, Deus amoroso e fiel, criador do Universo e das três bases que sustentaram o meu trabalho: a missão, a família e a amizade.

Primeiramente, gostaria te agradecer por ter me escolhido para ser enfermeira, sem dúvida, essa é uma das maiores missões da minha vida. Obrigada por ter me dado um pouco da tua personalidade e por ter transformado ela nos dons do cuidado, do estudo, da escuta, da humanização e do respeito à vida dos meus semelhantes.

Também sou imensamente grata pela família que destes, especialmente minha mãe Tania, meu pai Gladimir e minha irmã Cláudia que sempre estiveram ao meu lado apoiando meus sonhos, incentivando o meu crescimento, estimulando a minha capacidade e dando todo o amor e carinho que fazem ser quem eu sou hoje. Além disso, eles são exemplos de pessoas lutadoras, responsáveis e vitoriosas profissionalmente, o que certamente me impulsionou ao esforço e a dedicação durante a minha graduação.

Outra agradável surpresa que me reservou foi à chegada da minha querida orientadora Débora, exatamente no momento que precisei, pois, sem ela esse trabalho não teria sido desenvolvido. E como eu não creio em acaso ou em destino, não me restam dúvidas que foi tu Deus trouxe ela até mim, uma preciosidade do Senhor dotada de muita paciência, sabedoria, dedicação, humildade e amor, um grande exemplo de profissional para mim.

Além disso, devo te agradecer pelos presentes concedidos ao longo da minha vida, pessoas maravilhosas que eu tenho o privilégio de chamar de amigos como: a Aléxia fonte de apoio, carinho, amor companheirismo, incentivo e renovação, a Jenifer por ser um instrumento de Deus na minha vida há tantos anos, alguém tão especial que foi a ponte de reaproximação entre mim e o meu Senhor. Adriana e Daiane amigas leais, amorosas e companheiras que estão junto a mim desde o início da graduação. Andressa e Dionatan amigos parceiros, divertidos, carinhosos e preciosos devo muito a esses dois, pois me ensinaram

praticamente tudo que eu sei sobre trabalhos acadêmicos agradeço pela paciência e pelas horas dedicadas pelo incentivo e por toda força que me deram.

Portanto, meu pai amado, sou grata pela minha vida e por tudo fizestes nela até hoje. E prometo me dedicar à missão que me destes e valorizar a cada dia mais todo o amor que concedes diariamente a mim.

“Estejam enraizados nele, construam a sua vida sobre ele e se tornem mais fortes na fé, como foi ensinado a vocês. E deem sempre graças a Deus”. Colossenses 2-7

RESUMO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira marcou o princípio de um longo processo de transformações na assistência em Saúde Mental, que além da desconstrução do aparato manicomial prevê a criação de serviços inseridos no território e articulados em rede. Neste novo cenário destaca-se o importante papel da Estratégia de Saúde da Família como potente recurso da Rede de Atenção Psicossocial, visto que, a maioria desses serviços estão localizados em regiões de grande vulnerabilidade social, além disso, apresentam expressivo número de pessoas com transtornos mentais e que fazem uso de substâncias psicoativas. O presente estudo tem como objetivo conhecer as percepções da equipe de uma Estratégia Saúde da Família acerca das ações de Saúde Mental realizadas no território. Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa que foi realizada em uma Estratégia Saúde da Família do município de Uruguaiana. Participaram da pesquisa profissionais de saúde atuantes no serviço. Os dados foram coletados por intermédio de uma entrevista semiestruturada. A partir dos dados coletados realizou-se a divisão em cinco categorias temáticas, sendo elas: estratégias utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção básica, necessidade de educação permanente acerca do cuidado em saúde mental, concepções estigmatizadas da população e da equipe sobre a saúde mental, centralização do cuidado em saúde mental nos Centro de Atenção Psicossocial e a falta de articulação da rede e saúde Mental na Atenção Básica: caminhos para a descentralização do cuidado. O presente estudo pode contribuir para a reflexão acerca da integralidade e ampliação do cuidado em saúde mental no município. Tendo em vista as fragilidades para consolidação dessa proposta de articulação apontadas neste estudo considera-se relevante a realização de novos estudos enfocando diferentes aspectos desta temática no município.

Palavras chaves: Atenção Básica, Saúde Mental, Apoio Matricial, Cuidado, Modo Psicossocial

1 APRESENTAÇÃO

Desde o início da graduação sempre tive grande interesse na área de Saúde Mental, sobretudo no tocante aos princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, os quais visam garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais. Através de uma perspectiva de cuidado ampliado e humanizado, alicerçado no resgate da cidadania e respeito às subjetividades dos indivíduos.

No entanto, a ideia de desenvolver esse trabalho surgiu durante as aulas práticas dos componentes curriculares Saúde Mental I e II, realizadas em dois serviços de saúde mental do município de Uruguaiana.

No decorrer das atividades desenvolvidas foi possível estabelecer diálogo com os profissionais de saúde, os usuários e também com os familiares. Certamente, um dos fatos mais relevantes e preocupantes que observei foi que o cuidado relacionado à Saúde Mental vem sendo realizado majoritariamente através de serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial, o Ambulatório de saúde mental e os leitos psiquiátricos situados na Unidade de internação para adultos com agravos clínicos e crônicos do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana. De modo que, os serviços da Atenção Básica são pouco explorados e envolvidos no contexto o cuidado.

Não obstante, a proposta ora apresentada foi fortalecida e ampliada ao longo das aulas práticas dos demais componentes curriculares. Especialmente nas atividades realizadas junto às Estratégias Saúde da Família, visto que, as comunidades assistidas por essas instituições, em sua maioria, se encontram em situação de vulnerabilidade. Além disso, apresentam um número de casos bastante considerável de violência, consumo de drogas lícitas e ilícitas, depressão, transtornos de ansiedade, esquizofrenia e deficiência intelectual. Contudo, pude visualizar que a assistência em saúde voltada a essa população muitas vezes se reduz às visitas domiciliares periódicas realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e encaminhamentos aos serviços especializados em Saúde Mental, ou seja, ações pontuais e verticalizadas.

As diferentes experiências aqui trazidas levaram a suscitar o seguinte questionamento norteador deste estudo: Quais as percepções dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família acerca da inclusão de ações de saúde mental no território?

2 INTRODUÇÃO

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira marcou o princípio de um profundo processo de transformações na assistência em Saúde Mental. Tendo como principal objetivo o atendimento mais humanizado e holístico que considere a individualidade e a cidadania do portador de transtornos mentais e também de seus familiares. Norteados por estes ideais, nascem os serviços substitutivos ao manicômio, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultórios de Rua, Residências Terapêuticas, leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais e Estratégias Saúde da Família (ESF). Tais serviços visam à consolidação do cuidado integral em saúde mental através de uma rede ampliada e articulada (PERRONE, 2014).

Diante desse contexto é notável a essencialidade da realização de ações direcionadas ao cuidado e ao bem-estar mental em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, destaca-se o importante papel das ESF, que de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde devem ser a principal porta de entrada da rede de saúde (BRASIL, 2012).

Ademais, a maioria dessas instituições está localizada em regiões com grande vulnerabilidade social que apresentam altos índices de casos de transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas (CORREIA, BARROS e COLVERO, 2011). Além disso, estes serviços propiciam uma grande proximidade com a comunidade e a presença de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2012), o que certamente, contribuiria para a continuidade do cuidado e para melhora da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Pois, essa instituição é regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade da assistência, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Sendo assim, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando promover o cuidado integral (BRASIL, 2013). Sendo, portanto, o ambiente ideal para a reinserção psicossocial que consiste em um dos pilares da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois, é importante que essa

reinserção ocorra primeiramente na comunidade onde o usuário está inserido (DA SILVA, 2015).

No entanto, os profissionais da saúde vinculados a ESF, não raramente sentem-se inseguros e inabilitados ao lidar com situações que envolvem a saúde mental (BRASIL, 2013). Haja vista, que a assistência direcionada aos transtornos mentais apresenta um alto grau de imprevisibilidade. Sendo assim, diferencia-se das outras áreas da saúde nas quais as rotinas e os protocolos de tratamento se fazem constantemente presentes. Deste modo, exige criatividade, sensibilidade, paciência e segurança dos profissionais atuantes (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2012).

3 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que no município onde o estudo foi desenvolvido há uma demanda significativa de casos de transtornos mentais. Entretanto, as ações direcionadas a essa população ainda carecem de maior investimento e visibilidade na Atenção Básica, uma vez que, no município ainda não existem protocolos ou fluxogramas que orientem o atendimento em saúde mental nas ESF. Além disso, é crescente o número de estudos que vêm apontando que os profissionais inseridos na Atenção Básica se sentem inseguros e tem dificuldades para prestar o cuidado aos usuários com transtornos mentais e aos seus familiares. Sendo assim, torna-se necessário conhecer as percepções da equipe com relação às ações realizadas em Saúde Mental no território, pois considera-se que a compreensão da visão dos profissionais pode contribuir para o desenvolvimento mais efetivo de ações que visam o cuidado psicossocial no âmbito da Atenção Básica.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Conhecer as percepções da equipe de uma Estratégia de Saúde da Família acerca das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.

4.2 Objetivos específicos

- Analisar a concepção da equipe multiprofissional acerca da relevância do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.
- Descrever quais as ações em Saúde Mental desenvolvidas pela equipe da ESF.
- Conhecer fluxos de saúde mental do município partindo da atenção básica.
- Identificar as potencialidades e os desafios para realização de ações em Saúde Mental na ESF.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A saúde mental no Brasil e no mundo: aspectos históricos

A loucura sempre esteve presente na sociedade por meio das artes, da literatura e do senso comum (FOUCAULT, 2000). Sendo esse um tema que fascina o homem, sofrendo alterações conceituais ao longo dos séculos e diferentes interpretações influenciadas por fatores culturais, sociais e religiosos (PESSOTI, 1994).

Em meados do século VIII a.C. a loucura já era descrita na sociedade em textos como *Íliadas*, de Homero e *Os trabalhos e o Dias*, de Hesíodo nessas obras os comportamentos de pessoas isentas de razão eram atribuídos à mitologia. Sendo assim, os acometidos eram desresponsabilizados de seus atos e não eram considerados doentes. Portanto, não existiam práticas curativas específicas, havia apenas alguns rituais e oferendas que objetivavam amenizar as intercorrências divinas (PESSOTI, 1994).

Ainda na Antiguidade Eurípides começou a incluir o elemento psicológico no contexto da loucura. O mesmo acreditava que se tratava de um capricho dos deuses responsável por conflitos interiores e dilemas na alma humana que estimulavam suas paixões transformando-as em atitudes consideradas incoerentes frente aos padrões sociais (PESSOTI, 1994).

As primeiras grandes mudanças acerca das concepções da loucura viriam através das proposições de Hipócrates (século 1 a.C.). De acordo com ele as questões mitológicas não eram responsáveis pela insanidade, mas sim as disfunções no organismo, principalmente, os elementos essenciais descritos como humores ambientais (calor, frio, umidade, desidratação). Sendo assim, os tratamentos eram direcionados ao restabelecimento do equilíbrio dos humores ambientes com o meio externo. Por meio da alimentação adequada, práticas musicais, banhos termais, atividades físicas, sono apropriado e limpeza do organismo através de laxantes naturais (PESSOTI, 1994).

Na Idade Média a loucura estaria equiparada à possessão demoníaca causada pela falta de aderência aos dogmas religiosos. Essa concepção anulava

qualquer tipo de intervenção médica destinada ao tratamento da loucura. Pois, de acordo com essas percepções a sanidade só poderia ser restaurada por de práticas como a fé, a expiação dos pecados, as peregrinações, as confissões, as preces, a devoção e a caridade. Sendo que, em casos considerados extremos havia a indicação de exorcismo, autoflagelação, torturas e morte na fogueira (PESSOTI, 1994).

No Renascimento não existiu uma isonomia em relação ao conceito de loucura. Havia algumas concepções filosóficas que relacionavam o tema ao místico, a positividade, a sabedoria e a autenticidade. Entretanto, nesse mesmo período os loucos eram excluídos da sociedade viviam como andarilhos ou eram expulsos das cidades e levados a embarcações que recebiam o nome de Nau dos loucos (FOUCAULT, 2000).

Em decorrência da exaltação do racionalismo científico no Iluminismo a loucura foi interpretada como irracionalidade, incoerência, perigo e desajuste moral. Em consequência disso, os loucos foram excluídos da sociedade juntamente, com os pobres e os desempregados. Sendo assim, todos os cidadãos considerados inaptos para produção econômica eram isolados, visto que, esse contexto está diretamente relacionado ascensão do capitalismo (FOUCAULT, 2000).

Nessa perspectiva, surgem os grandes asilos, instituições destinadas a alojar os excluídos pela sociedade capitalista. Nesses locais os castigos físicos e as punições eram frequentes. Não havendo assim nenhum tipo de objetivo terapêutico, pois, os asilos poderiam ser considerados verdadeiros depósitos de pessoas que visavam apenas à segregação social (FOUCAULT, 1999).

Durante a Revolução Francesa no ano de 1794 surgiu a psiquiatria moderna, nesse período a loucura foi incorporada pela medicina tornando-se uma doença de origem mental (AMARANTE, 1995). Diante desse contexto de transformações é importante destacar as contribuições do médico, filósofo e matemático Philippe Pinel (PESSOTI, 1994).

Segundo Pinel, as paixões da alma eram responsáveis pela loucura, elas podem ser descritas como excessos relativos ao amor, à ordem social ou a

sentimentos como agressividade e resistência (BIRMAN, 1978). Sendo assim, Pinel defendia que os loucos deveriam ser tratados e não castigados fisicamente deveriam ser reeducados através do Tratamento Moral que baseava-se na ideia que loucura poderia ser curada por meio de mudanças no comportamento dos doentes que seria adquirida se a equipe técnica adotasse atitudes mais firmes. Termos como repressão, intimidação, doçura e filantropia eram recorrentes nos textos de Pinel (COSTA; LUIZIO; YASUI, 2003).

Além disso, Pinel defendia que as causas da alienação mental estavam presentes no meio social, sendo assim o isolamento era fundamental para eficácia do tratamento. Jean Étienne Esquirol, discípulo de Pinel, descreveu argumentos que justificavam o isolamento como a segurança pessoal, libertação de influências externa, luta contra resistências pessoais, submissão ao regime terapêutico e imposição de hábitos intelectuais e morais. Nessa perspectiva o asilo era o local ideal para realização do Tratamento Moral (CASTEL, 1978).

Embora as contribuições de Pinel e seus seguidores tenham sido importantes na história da loucura, as condições e eficácia do Tratamento Moral passaram a ser questionadas (DESVIAT, 1999), visto que, na Revolução Industrial o número de asilos aumentou consideravelmente, e esses locais agrupavam pessoas de forma desumana e indigna, ofertando assim, estratégias terapêuticas precárias e conseqüentemente reduzindo os índices de reabilitação (PESSOTI, 1994).

Após a Segunda Guerra Mundial os questionamentos acerca dos tratamentos psiquiátricos começaram a se intensificar surgindo assim os primeiros ideais reformistas. Aspectos como o isolamento, as punições, a submissão irrestrita as regras, a medicalização excessiva passaram a ser duramente criticadas (FOCAULT, 1999). As propostas reformistas como psicoterapia institucional francesa e as comunidades terapêuticas inglesas buscavam promover o tratamento próximo ao ambiente social, de maneira não isolacionista, contando com a participação de diversos profissionais da saúde, das famílias e da sociedade em geral (DESVIAT, 1999).

Nessa perspectiva, o movimento de Reforma Psiquiátrica não visava apenas o fechamento dos manicômios, mas também, mudar os conceitos

preestabelecidos e limitados sobre a loucura, suas causas e tratamentos. Tendo em vista que as propostas reformistas idealizavam integralidade do cuidado surgiu então a tríade terapêutica: prevenção, tratamento e reabilitação (AMARANTE, 1995).

No cenário brasileiro a Reforma Psiquiátrica surgiu no final da década de 1970. As críticas ao modelo assistencial psiquiátrico vigente, geraram grandes debates, salientados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na I Conferência Nacional de Saúde Mental e II Congresso Nacional de Saúde Mental. Posteriormente, outros fatores contribuíram para as transformações ocorridas no cenário da assistência em Saúde Mental em vigor no nosso país como a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo e apresentação do Projeto de Lei 3657/89 de Paulo Delgado que propôs a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos por serviços assistências alternativos (AMARANTE, 1995).

Sendo assim, o movimento reformista está amplamente relacionado ao fim dos manicômios e conseqüentemente à exclusão de práticas preconceituosas, segregativas e abusivas. Além disso, as propostas reformistas visam a consolidação de instituições assistenciais alternativas, descentralizadas e que permitam reinserção das pessoas com transtornos mentais no cenário familiar e social (AMARANTE, 1995).

5.2 A evolução das políticas públicas no campo da saúde mental

Os avanços dos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira culminaram na elaboração de políticas públicas em saúde mental tendo como principal objetivo a diminuição e substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos (CAMURI e DIMESTEIN, 2010).

A Lei nº 9.716, de 7 de agosto de 1992 da Portaria nº 224/MS foi a primeira decretada pelo Ministério da Saúde a contemplar os elementos reformistas como a participação social, a preservação dos direitos da cidadania do doente mental, a reestruturação da assistência psiquiátrica e a integração da saúde mental ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos serviços sociais (BRASIL, 1992).

Já no ano de 2001 foi sancionada a Lei Federal nº 10.216, que destaca a essencialidade da proteção às pessoas que convivem com transtornos mentais e propõe o redirecionamento do modelo da assistência em saúde mental. Estabelecendo assim, a formação de uma rede substitutiva visando à integralidade e humanização do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2001).

Os CAPS foram às primeiras instituições terapêuticas criadas com uma nova abordagem de atenção à saúde mental. Tal fato incentivou o Ministério da Saúde (MS) a regulamentar e gerenciar a ampliação da rede de atenção em saúde mental por todo o país (AMARANTE, 1998). Nesse contexto, os CAPS, os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental), os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país passaram a ser regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro que redefiniu a Portaria nº 224/92. Essa mudança reorganizou e redimensionou o funcionamento e a complexidade dos CAPS (BRASIL, 2004).

Os CAPS foram elaborados com o objetivo de organizar a rede de cuidados em saúde mental, atendendo diariamente a população em seu território através do acompanhamento clínico e psicossocial. Esse serviço conta com uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, enfermeiro, médico, técnicos em enfermagem, psicólogo, e educador físico podendo haver outros profissionais (BRASIL, 2004).

A assistência é realizada nessa instituição de saúde através de atendimentos individual e em grupos, oficinas terapêuticas, acompanhamento domiciliar, assistência à família e atividades comunitárias. Sendo assim, o papel dos CAPS é oferecer atendimento à população visando também à reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos e deveres civis e estreitamento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Deste modo, todas as atividades desenvolvidas nos CAPS têm finalidades terapêuticas, que são alcançadas por meio da construção constante de um ambiente facilitador, organizado, humanizado e acolhedor (BRASIL, 2004). Nesse sentido é essencial que os CAPS ofereçam estruturas flexíveis, evitando atividades limitadas, tradicionais e repetitivas, visto que, as estratégias

terapêuticas devem ser direcionadas para desenvolvimento das habilidades e dos potenciais dos usuários facilitando reinserção e participação social efetiva (AMARANTE, 2008).

5.3 Atenção Básica e Saúde Mental: uma interface necessária

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelecida pelo Ministério da Saúde em 23 de dezembro de 2011. Tem como principal objetivo ofertar o cuidado em saúde mental por intermédio da articulação dos seguintes serviços os Centros de Atenção Psicossocial, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UA), os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III) e a Atenção Básica (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Tendo em vista que as ESF constituem-se no principal método utilizado MS para a reorganização da Atenção Básica, esse serviço de saúde busca acompanhar permanentemente a qualidade de vida de um número determinado de famílias que residem em um território. Podendo assim ser considerado um novo modo de assistência em saúde visando à equidade, a integralidade, a participação social e a criação de vínculo entre os profissionais e os usuários (BRASIL, 2012).

Ademais, as ESF objetivam a atuar e intervir no contexto social, cultural e econômico das famílias através de práticas educativas que visem à promoção, a reabilitação e prevenção à saúde. Sendo assim, as ações não são desenvolvidas somente nos espaços físicos das ESF expandindo-se para as escolas, os centros comunitários e as residências (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Diante desse contexto compreende-se que as ESF se constituem em um ambiente propício para o desenvolvimento de ações destinadas à saúde mental, visto que, essas instituições de saúde visam à assistência integral, o acolhimento, o vínculo e as intervenções em âmbito familiar e coletivo (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Nesse sentido, as propostas de inclusão de ações de saúde mental na atenção básica foram discutidas no ano de 2001, durante a Oficina de Trabalho para a Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Em vista disso, o Ministério da Saúde propôs a metodologia do Apoio Matricial que vai além do sistema hierarquizado de referência e contra referência, pretendendo ofertar apoio assistencial e suporte técnico-pedagógico as equipes das ESF e à população assistida (BRASIL, 2011).

Desse modo, o Apoio Matricial tem como objetivos valorizar as práticas terapêuticas no próprio território, enfatizando a singularidade do sujeito, integralizando o cuidado, considerando também contexto familiar e sociocultural. Sendo assim, essa estratégia prioriza as ações de promoção e reabilitação da saúde mental por intermédio da parceria entre as ESF e os CAPS. Para tal, requer compromisso e corresponsabilidade de todos os participantes do processo de cuidado: os profissionais de ambas as equipes, o usuário e as famílias, bem como a comunidade (BRASIL, 2011).

Sendo assim, o Apoio Matricial permite que os profissionais envolvidos no caso estabeleçam um diálogo sobre suas condutas e ações. Além disso, essa parceria possibilita distinção de situações individuais, sociais, coletivas e familiares isso possibilita a integralidade de cuidado e elaboração de métodos terapêuticos mais eficazes que levem em consideração a vulnerabilidade, as potencialidades e contexto em que estão inseridos os usuários e seus familiares (BRASIL, 2011).

Entretanto, para que a proposta de apoio matricial seja efetivamente consolidada nas ESF, é necessário que haja uma rede de cuidados em saúde mental articulada e comprometida com as mudanças nos modelos assistências tradicionais. Visto que, o território onde os usuários e suas famílias estão inseridos consiste em um meio terapêutico potencial, pois possibilita o atendimento contínuo e no próprio território do usuário, contribuindo assim, para uma assistência menos excludente e estigmatizante (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Contudo, a inclusão das ações de saúde mental na ESF vem ocorrendo de forma lenta e gradual. Além disso, existem alguns desafios a serem superados para que essa prática se concretize de maneira mais efetiva, como: desarticulação da rede em saúde, a falta de comunicação entre as instituições, o número reduzido de profissionais e a baixa aderência à estratégia do Apoio Matricial. No entanto, algumas experiências de matriciamento estão demonstrando a viabilidade e os benefícios dessa proposta para os usuários, as famílias, os profissionais e também para o Sistema de Saúde, visto que, há redução de gastos com atendimentos especializados e internações desnecessárias (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

6 METODOLOGIA

6.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, pois, a coleta de dados foi realizada por intermédio de uma entrevista (APÊNDICE I) elaborada de acordo com os objetivos do estudo. Tendo em vista que os dados obtidos são descritivos e subjetivos torna-se inviável quantificar os mesmos.

O estudo descritivo, de acordo com Gil (2007) consiste em descrever as características de uma população, fenômeno ou de uma experiência. Já a abordagem qualitativa responde a questões particulares, trabalhando com o universo dos significados, atitudes e valores (MINAYO, 2012). Além disso, o estudo qualitativo prioriza os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais das vivências humanas permitindo assim a investigação minuciosa de sujeitos inseridos no fenômeno (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Nesse sentido, a metodologia qualitativa possibilita a exploração de processos socioculturais pouco conhecidos, proporcionando a construção de novos saberes, conceitos e categorias durante o período de investigação, permitindo a organização progressiva de achados e conhecimentos até atingir a compreensão do processo de estudo (MINAYO, 2012).

6.2 Local e período da pesquisa

A coleta de dados ocorreu no período de abril a maio de 2016, a pesquisa foi realizada em uma ESF de um município localizado na região sul do Brasil. Essa instituição de saúde foi inaugurada no dia 18 de junho de 2000, sendo que a transição de Unidade Básica de Saúde para Estratégia Saúde da Família ocorreu no ano de 2014. Conta, atualmente, com duas equipes formadas pelos seguintes profissionais: 14 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Assistente Social, um dentista, duas Enfermeiras, dois Médicos, dois secretários, quatro Técnicos em enfermagem e uma Higienista. O horário de funcionamento é de segunda a

sexta nos horários de 07h30min às 11h30min e 13h30min à 17h30min. São atendidas pelo ESF cerca de 7.300 pessoas, divididas em 980 famílias.

Sabe-se que a área abrangida pelo ESF possui um número relevante de casos de saúde mental, sendo assim, este serviço configura-se como um campo importante para investigação do cuidado psicossocial, justificando assim a escolha dos autores para realização da pesquisa neste local.

6.3 Participantes da pesquisa

6.3.1 Critérios de Inclusão:

- Profissionais de saúde, envolvidos diretamente no cuidado aos usuários do serviço.
- Estar trabalhando há pelo menos seis meses no serviço de saúde.

6.3.2 Critérios de Exclusão:

- Estar cobrindo licença ou férias de outro profissional do serviço.

6.3.3 Perfil dos participantes

As entrevistas foram realizadas com quinze profissionais da ESF investigada, dentre eles dez agentes comunitários de saúde, um dentista, duas enfermeiras e duas técnicas em enfermagem. Sendo que, todos os participantes trabalham na Unidade há mais de nove meses e têm entre 21 e 52 anos de idade.

6.4 Abordagem dos participantes

Os participantes foram abordados em seu local de trabalho (ESF). Neste momento foi solicitado um espaço para a apresentação da pesquisa, bem como seus objetivos, método de coleta de dados, dentre outras informações relevantes, então os profissionais foram convidados a participar do estudo.

Os profissionais que desejaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após, cumprida esta etapa, foram agendados dia e local conforme escolha dos participantes, para realização das entrevistas que foram gravadas e tiveram cerca de 25 minutos de duração.

6.5 Riscos e benefícios

6.5.1 Riscos:

Os riscos da pesquisa estavam relacionados aos participantes sentirem-se constrangidos ou receosos em responder algum questionamento. Visando minimizar estes desconfortos, todos os participantes foram informados que poderiam abster-se de responder qualquer uma das questões e/ou interromper ou desistir da pesquisa quando desejar.

6.5.2 Benefícios:

Os benefícios estão relacionados à melhor conhecimento dos profissionais com relação ao cuidado realizado no âmbito da saúde mental. Além disso, a pesquisa contribuirá para a compreensão das potencialidades e desafios enfrentados pelos profissionais, no tocante ao cuidado a pessoas com transtornos mentais.

6.6 Coleta de dados

Os dados da pesquisa foram coletados por intermédio de uma entrevista semiestruturada, construída pelos pesquisadores. Esse método tem como principal objetivo a coleta de dados descritivos e subjetivos através da comunicação e da interação entre os sujeitos (BOGDAN; BIKLEN, 2010).

Na entrevista semiestruturada o entrevistador elabora um roteiro com perguntas básicas e principais que devem ter como base o referencial teórico, o cenário do estudo e os objetivos da pesquisa. No entanto, esse roteiro pode ser complementado por outros questionamentos inerentes as circunstâncias momentâneas da entrevista. Permitindo assim um diálogo mais livre e completo

onde as respostas não estejam condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 2003).

6.7 Análise de dados

Nesta pesquisa a análise de conteúdo foi realizada de acordo com Bardin (2013) devido à natureza do estudo e da sua ampla utilização em pesquisas da área da saúde. De acordo com autora a técnica de análise de dados da entrevista deve ser sucedida em três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira etapa é uma fase de organização onde foram efetuados vários procedimentos como: revisão das entrevistas, definição dos objetivos e a identificação dos achados importantes para pesquisa nos diálogos concretizados. Na segunda etapa os dados foram codificados de acordo com as unidades de registro. E na terceira etapa ocorreu a categorização que consiste na classificação dos dados, de acordo com suas semelhanças e distinções.

6.8 Aspectos Bioéticos

Para a realização deste estudo foram respeitados os aspectos éticos e legais pautados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto foi encaminhado para registro no Sistema Integrado de Projetos de Pesquisa e Extensão (SIPPEE) da Universidade Federal do Pampa – Unipampa, após registro e o atendimento dos aspectos necessários foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da mesma Universidade por meio da Plataforma Brasil – PLATBR

Anterior à submissão ao CEP foi solicitado ao responsável pela instituição coparticipante a assinatura de um Termo de Autorização Condicionada visando

para garantir o consentimento da realização da pesquisa permitindo a realização da pesquisa.

O Termo de Confidencialidade foi assinado pelos autores da pesquisa, onde os mesmos se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos cujos dados foram coleados em bases de dados. A identidade dos participantes foi mantida em sigilo e para isso os mesmos foram identificados através da sigla de profissionais (PROF) seguido por números arábicos conforme ordem de realização das entrevistas.

Além disso, foi fornecido a todos os participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) afirmando a participação voluntária na pesquisa e garantindo anonimato e as devidas restrições para divulgação das informações coletadas. O documento foi apresentado em duas vias originais e de igual teor sendo que uma das vias ficou com o participante e outra com o pesquisador. Neste termo foram apresentados objetivos, metodologia, benefícios e riscos previstos, assim como a forma de encaminhamento dos mesmos no caso de sua ocorrência. Houve orientação acerca da liberdade de desistência da participação no estudo a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

6.9 Retorno aos participantes

Pretende-se compartilhar os resultados desta pesquisa no campo de estudo e demais instituições de saúde envolvidas no cuidado em saúde mental através de um resumo contendo os resultados desta pesquisa. Pensa-se que este retorno aos sujeitos promoverá o conhecimento e a (re) avaliação do trabalho que vem sendo realizado no território, contribuindo para a qualificação das práticas neste campo.

7 RESULTADOS

A partir dos dados coletados realizou-se a divisão em cinco categorias temáticas, sendo elas:

- Estratégias utilizadas no cuidado em saúde mental na atenção básica.
- Necessidade de educação permanente acerca do cuidado em saúde mental.
- Concepções estigmatizadas da população e da equipe sobre a saúde mental.
- Centralização do cuidado em saúde mental nos CAPS e a falta de articulação da rede.
- Saúde Mental na Atenção Básica: caminhos para a descentralização do cuidado.

7.1 Estratégias do cuidado em saúde mental na atenção básica

Quando questionados acerca de como é realizado o cuidado em saúde mental no cotidiano de trabalho os profissionais citaram o uso das tecnologias leves como, por exemplo: a escuta, a conversa e o acolhimento, esses achados podem ser evidenciados nas seguintes falas:

“Eu procuro acompanhar, conversar, busco gerar confiança e me tornar amiga para eles aceitarem a minha ajuda.” (PROF1).

“[...] às vezes também os médicos e os enfermeiros fazem umas consultas onde se tornam meio que psicólogos, porque às vezes as pessoas só precisam desabafar serem ouvidas e isso já muda o dia delas” (PROF5).

“Seria fazer o acolhimento, conversar [...]”(PROF7).

“[...] tu dar a oportunidade da pessoa se expressar e dar atenção para pessoa” (PROF11).

“Eu entendo isso como ouvir o paciente, conversar, às vezes as pessoas vem aqui e eles não tem outro problema, eles só tem a necessidade de serem ouvidos [...]”(PROF 14).

Outro importante instrumento citado para o desenvolvido do cuidado em saúde mental na Atenção Básica é a visita domiciliar, como se observa nas falas a seguir:

“[...] ocorre durante as visitas domiciliares e as consultas com os demais profissionais” (PROF1).

“[...] até por que nós temos bastante casos aqui, de pessoas que necessitam de ajuda, nós vemos muito isso nas nossas visitas e como agentes nós tentamos trazer essas pessoas para Unidade e fazer com elas sejam atendidas”(PROF2).

“[...] eu ia na casa” (PROF 3).

“Eu consegui identificar vários casos de mental nas visitas e trazer para enfermeira e ela já providencia o encaminhamento e pessoa faz os tratamentos” (PROF5).

“[...] agora a gente vai aos domicílios, buscando resgatar essas pessoas, orientar e trazer até a Unidade” (PROF13).

7.2 Necessidade de educação permanente acerca do cuidado em saúde mental

Quando questionados sobre as dificuldades para o desenvolvimento do cuidado em saúde mental no território boa parte dos profissionais referiu a insegurança e falta de ações educativas como uma barreira para prestação desse cuidado, pode-se identificar isso nas falas abaixo:

“[...] não sei nem como começar, tenho medo de falar algo e eles se ofenderem, [...] e a gente não tem muito como ajudar, porque não sabe como chegar e se aproximar, a gente não tem aquele estudo, seria bom se tivesse mais palestra e mais capacitação sobre isso” (PROF3).

“[...] ver a pessoa apenas um doente e isso é muito difícil precisa de muito preparo para separar coisas, porque dá medo, da insegurança é bem complicado” (PROF4).

“Na minha área tem boca de fumo, eu não posso chegar dizendo não usa droga, eu iria sair de lá linchado. É local muito violento por isso tenho dificuldades às vezes para abordar esse assunto” (PROF5).

“Eu acho que há uma certa insegurança talvez medo que eles sejam irritados, agressivos, que criem conflitos. Mas, creio que com um bom

preparo um curso de repente ou uma capacitação essa insegurança passaria até porque a gente aprenderia a lidar melhor com eles e com as famílias” (PROF8).

“Eu não tenho formação técnica nenhuma para essa área, eu não sei se teria essa capacidade, sinceramente, embora eu seja muito experiente na área da saúde, eu não me sinto capacitado, seria muita ousadia” (PROF9).

“[...] teria que ter profissionais capacitados para isso, porque a nossa formação profissional não nos dá suporte, não nos ensina a lidar com esses casos” (PROF12).

“Então poderia ter um profissional para fazer isso ai porque a gente tenta fazer a nossa parte dentro do nosso conhecimento, porque se a gente tivesse mais conhecimento poderia ajudar muito mais” (PROF14).

“[...] acredito que a gente não esteja preparado ainda, mas é campo que a gente tem que bater, tem que buscar estudar, buscar recursos” (PROF15).

7.3 Concepções estigmatizadas acerca da saúde mental: uma barreira para o cuidado

Durante as visitas domiciliares os profissionais observam constantemente que a população apresenta concepções estigmatizadas acerca da saúde mental e dos serviços especializados. Sendo esse um fator de resistência para o desenvolvimento do cuidado psicossocial, pode-se observar isso nas seguintes falas:

“[...] falamos em procurar CAPS, psicólogo ou psiquiatra elas não querem saber. Nós trabalhamos muito nessa parte da resistência, eles têm preconceito geralmente não aceitam, acham que coisa de louco. Depois que tu consegues captar e trazer se torna mais fácil, o principal desafio é convencer a pessoa de buscar esse auxílio” (PROF2).

“[...] a mãe dele tem vergonha da situação e eu também não sei o que fazer para fazer ela se sentir melhor, eu estou indo a um ano na casa dela e só agora pouco ela foi se abrir comigo, ela negava tudo, dizia que ele não usava droga” (PROF3).

“[...] eles têm dificuldade de aceitação dos transtornos tanto quem tem o transtorno, quanto a família e eles acham que CAPS é coisa de louco e isso precisaria ser trabalhado” (PROF5).

“E tenho um que é dependente químico, mas ele não aceita, ele acha que ele não é, ele diz que CAPS é para louco ou marginal. Ele não está recebendo nenhum tratamento. Porque ele não aceita ajuda [...]” (PROF7).

“Ter um problema mental não significa que pessoa precisa estar excluída da sociedade, mas muitas vezes a própria família incentiva ou impõe isso, eles tem vergonha e querem esconder, às vezes nem querem fazer o tratamento para não expor a pessoa” (PROF7).

“[...] elas estão lá num quatinho escondidas, às vezes nos não conseguimos nem abordar, porque os familiares tem receio, tem vergonha, tem preconceito. Tudo eles pensam assim, tá louco, tá desequilibrado por isso tem ficar excluído. Então é importante também conversar com esse familiar e explicar que a pessoa tá doente” (PROF13).

Além disso, quando os profissionais foram questionados sobre o que é um transtorno mental foi possível identificar concepções, podemos observar isso nas falas abaixo:

“[...] quando uma pessoa não faz as coisas devidamente certas, faz coisas incorretas” (PROF4).

“[...] tudo aquilo que foge do padrão habitual de comportamento de uma pessoa” (PROF 9).

“[...] mas é muito difícil lidar com dependentes químicos, precisaríamos de muito mais preparo, porque a gente não tem noção nenhuma sobre isso. É um trabalho muito difícil porque tu lida com pessoas que tem problemas com justiça às vezes, assassinos, estupradores e ladrões”(PROF4).

7.4 Centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados e a falta de articulação da rede

No decorrer das falas dos profissionais fica evidenciada a centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados, como os CAPS:

“[...] porque ficamos muito dependentes do CAPS e não há interação que deveria haver entre nós e eles, as ações são feitas separadamente e não em conjunto como deveria ser” (PROF1).

“[...] assim que é confirmado o diagnostico já se encaminha para o CAPS e o paciente passa a fazer o tratamento somente lá” (PROF 10).

“[...] eles não veem o posto como referência, eles são centralizados lá, onde tem mais recurso, tem a recreação para eles, onde eles recebem mais atenção. Então os pacientes de saúde mental praticamente não vêm aqui” (PROF12).

“Mas acho que às vezes se perde no meio do caminho, porque muito precocemente já se encaminha para o CAPS” (PROF13).

Outra dificuldade identificada nos relatos da equipe é a fragilidade de interação e articulação entre os serviços da rede de saúde mental:

“Eu nunca tive contanto com o CAPS. Só a enfermeira que encaminha, mas ela faz esse encaminhamento e não tem retorno nenhum. Eu também não sei como é feito o tratamento dos meus lá no CAPS, porque não tem contato nenhum [...]” (PROF3).

“Eu só sei que eles fazem esse tratamento porque eles ou famílias me contam porque o CAPS não entra em contato com a Unidade em nenhum momento” (PROF5).

“Mas a interação é só essa, algumas trocas de informação, agora eles virem aqui e nós irmos lá isso não acontece e nem o trabalho em conjunto também não acontece” (PROF8).

“Tem os encaminhamentos, mas interação e comunicação não têm agente praticamente não tem contato com eles. Tem pacientes que são atendidos aqui e lá, mas a rotina deles é lá, a referência deles também, eles vem aqui só em casos muito específicos” (PROF10).

Além disso, pode-se observar que alguns problemas emergem em consequência das deficiências encontradas no tocante à interação e articulação da rede, dentre eles, a sobrecarga dos serviços especializados e morosidade no atendimento, como se evidencia nas seguintes falas:

“Na atenção básica é complicado, a gente não consegue às vezes fazer as coisas [...] e o encaminhamento já foi feito há três meses e ela ainda não foi atendida nem no CAPS e nem por um psicólogo” (PROF5).

“[...] muitos encaminhamentos não terem retorno ou demorar muito para vir esse retorno” (PROF5).

“[...] a gente vê muitos casos e tendo atendimento só lá no posto do centro fica às vezes tumultuado e sobrecarregado ser só lá então se tivesse ações em todos postos seria o ideal” (PROF15).

“[...] tem muitos casos para serem resolvidos, tem muita gente sem tratamento, porque os outros serviços demoram muito para atender e muitas vezes não dão retorno” (PROF15).

“[...] então marca uma consulta não tem esse mês e vai para outro mês então esse atendimento fica fora da realidade deles” (PROF15).

“O paciente de saúde mental aqui em Uruguaiana está muito solto e abandonado por que os CAPS não estão dando conta pela demanda que causa demora” (PROF15).

7.5 Saúde Mental na Atenção Básica: caminhos para a descentralização do cuidado

Apesar das fragilidades apontadas para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica, esse campo apresenta potencialidades, dentre elas, o interesse da equipe em descentralizar esse cuidado, a proximidade entre a ESF e a população e o perfil dos profissionais.

“Temos muitos casos e muito trabalho a fazer na comunidade e nas escolas todos tem interesse em atender, a equipe é unidade e seria interessante montar grupos e ações mais específicas para isso [...]” (PROF2).

“[...] o posto tem tudo para fazer a saúde mental acontecer aqui... porque tem o acolhimento e aonde eles se sentem bem acolhidos, eles gostam e eles voltam” (PROF8).

“[...] seria muito bom para eles serem tratados aqui no meio social deles também. Nós temos uma equipe competente, acolhedora, uma liderança muito influente, há muita interação entre a ESF e a comunidade, tem fotos pelos corredores dos grupos, das festas então o trabalho é muito bom e efetivo. Desenvolver isso na saúde mental seria bárbaro para eles se sentirem acolhidos, escutados e valorizados dentro da própria comunidade deles” (PROF9).

“[...] aí teria atividades para eles, como tem lá no CAPS, ter aqui também seria muito bom, para a assistência não ficar centralizada. Porque seria melhor para eles receber esse atendimento também perto de onde moram e com pessoas que já conhecem” (PROF12).

“Mas eu acharia interessante o CAPS vir aqui, porque muitas vezes a pessoa não quer sair ou não pode sair do bairro, por que para eles é difícil sair do bairro não só economicamente, mas psicologicamente, porque sair da sua casa já é um problema sair do seu bairro então pior ainda. Então se tivesse alguém aqui que eles pudessem conversar [...]” (PROF14).

“[...] então quem vai ter que assumir eles (pacientes da saúde mental) é as ESF, mas precisamos dessa capacitação, dessa educação permanente por parte do CAPS para desenvolver as ações” (PROF15).

“A área tem muita necessidade e as potencialidades da equipe é que nós somos humanizados e acolhedores, portanto temos o perfil necessário para trabalhar com a saúde mental” (PROF15).

Certamente, outra potencialidade para prestação do cuidado psicossocial na atenção básica consiste na interface entre esse campo e a Universidade que é vista pelos profissionais como uma facilitadora do cuidado:

“[...] quando vêm as estagiárias de enfermagem da Unipampa, a gente fez um trabalho, elas fizeram um acompanhamento de algumas famílias que tem alguém com transtorno mental, foi um momento importante” (PROF6).

“[...] o cuidado psicossocial acontece quando os acadêmicos de Enfermagem estão aqui” (PROF8).

“[...] se tivesse aluno da Unipampa, nem que fosse alunos estagiários nessa área, para atender essa população, por que eles procuram eles gostam e eu tenho certeza que se abrisse um grupo aqui [...] teria bastante adesão” (PROF14).

“Aqui nos teríamos local, vários grupos são desenvolvidos e tem aderência, tem dado muito certo. Então adequando os horários e adequando com a Unipampa faríamos esses grupos para atender essa população que realmente está desassistida” (PROF 14).

8 DISCUSSÕES

A seguir serão realizadas as discussões dos resultados obtidos durante a pesquisa:

Os achados do estudo apontaram o uso das tecnologias leves como o acolhimento, a escuta qualificada e o diálogo pelos profissionais da ESF, neste sentido, compreende-se que a valorização e a utilização das mesmas são fundamentais para o desenvolvimento de práticas em saúde mental condizentes com os princípios da Reforma psiquiátrica e modelo de atenção psicossocial vigente. Visto que, esses instrumentos de cuidado visam atingir a integralidade e a humanização do atendimento (JORGE et. al, 2011).

Nesse sentido, fazer o uso dessas estratégias para prestação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica representa um grande avanço. Pois, as tecnologias leves são capazes de reestruturar a assistência integral em saúde mental, ultrapassando os conceitos, diagnósticos e tratamentos tradicionais dos transtornos mentais e ressaltando as particularidades e subjetividades de cada família ou usuário atendido na ESF (ARAUJO; TAKANA, 2012).

Ademais, práticas como o acolhimento, o diálogo e o vínculo possibilitam a criação de laços afetivos, o respeito à diversidade, a confiança e a valorização dos saberes dos usuários, famílias e profissionais. Proporcionando assim, o desenvolvimento da co-responsabilização e da autonomia de todos os sujeitos envolvidos no cuidado.

Desse modo, as tecnologias leves são ferramentas essenciais na consolidação do cuidado integral e integrador em saúde mental no âmbito da atenção básica. Pois, as mesmas são facilitadoras do atendimento em saúde mais humanizado, holístico e participativo (MAYNART et.al, 2014). E certamente, contribuem também para ressocialização e reintegração dos usuários com transtornos mentais e conseqüentemente para aumento do bem estar e qualidade de vida dos mesmos.

De acordo os resultados outra importante estratégia utilizada para permear as ações em saúde mental na Atenção Básica foram as visitas domiciliares que possibilitam a identificação de casos que necessitam de atendimento psicossocial, o conhecimento da realidade da pessoa com transtorno mental e sua família,

favorecem a compreensão dos contextos sociais, econômicos, culturais e emocionais em que os mesmos estão inseridos e promovem o vínculo, a interação e a confiança entre os usuários, as famílias e os profissionais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Desse modo, as visitas domiciliares constituem-se em instrumentos facilitadores da abordagem integral ao usuário com transtorno mental, visto que, na saúde mental a família e o contexto sociocultural são pontos chave a serem trabalhados e estudados (MARTINS et. al 2012). Nesse sentido, essas atividades configuram-se como uma das estratégias mais potentes para consolidação do cuidado em saúde mental holístico e ampliado no âmbito da atenção básica.

Além disso, os resultados percebidos são positivos, pois, as visitas domiciliares contribuem para aperfeiçoar o tratamento dos usuários e também a interação entre a equipe e os mesmos. (PEREIRA et.al, 2014). Sendo portanto, um momento propício para estabelecer o diálogo com a família que muitas vezes sente-se insegura e impotente diante das situações vivenciadas. Desta forma, as visitas tornam-se potentes mecanismos para orientação, acolhimento e esclarecimentos de dúvidas.

No entanto, cabe problematizar a efetividade desta intervenção, uma vez que, a realização das visitas domiciliares destinadas ao cuidado psicossocial carecem de melhor organização e aperfeiçoamento, visto que, essas práticas costumam ser desenvolvidas de forma rotineira, repetitivas e sistematizadas. Dificultando assim, a efetuação de intervenções mais precisas e resolutivas no campo da saúde mental (MARTINS et. al 2012).

Outra reflexão trazida pelos profissionais refere-se à necessidade de educação permanente acerca do cuidado em saúde mental. Sob este prisma, se reconhece que a inclusão de ações de saúde mental na Atenção Básica é um dos pilares da Reforma psiquiátrica, visto que, o novo modelo de atenção psicossocial tem como objetivo acolher e atender as demandas da pessoa com saúde mental e de sua família em todos os níveis de atenção (JORGE et. al, 2014).

Entretanto, os profissionais entrevistados referem sentirem-se inseguros, com medo e com pouco conhecimento frente às situações que envolvem o cuidado em saúde mental. Tal fato relaciona-se diretamente à imprevisibilidade desse atendimento e à falta de ações educativas relacionadas à saúde mental no

contexto dos serviços da Atenção Básica (VASCONCELLOS; AZEVEDO, 2012).

Desse modo, a escassez de intervenções educacionais como capacitações e atividades educação permanente consiste em um dos principais limitantes para o desenvolvimento integral e adequado do cuidado psicossocial na atenção básica (FROSI; TESSER, 2015), logo, esse despreparo acaba ocasionando a prestação da assistência de maneira improvisada, superficial e pouco resolutiva interferindo negativamente na efetividade do cuidado população que prescinde de cuidados em saúde mental.

Nesse sentido, as atividades de educação permanente em saúde mental são fundamentais na Atenção Básica, tendo em vista que, esses profissionais, na maioria das vezes, são os primeiros a entrar em contato com as pessoas que necessitam de atendimento psicossocial e costumam estar mais próximos dos usuários e da comunidade (SILVA et.al, 2013). Além disso, as ações educativas contribuem diretamente para a melhoria na qualidade da assistência e são essenciais para efetivação de práticas consoantes com a Política Nacional de Saúde Mental.

Outra questão que deve ser revista para consolidação da atenção integral da pessoa com transtorno mental é formação fragmentada e generalista dos profissionais de saúde que dificulta a visão holística do cuidado (FROSI; TESSER, 2015). Nessa perspectiva, as instituições de ensino precisam adequar os currículos dos cursos visando à priorização das políticas de saúde vigentes e as questões de articulação das redes de saúde (SILVA et.al, 2013).

Esse contexto reforça a importância da educação permanente voltada para saúde mental. Pois, muitos profissionais não tiveram formação adequada para lidar com tais situações. Sendo assim, os processos educativos devem facilitar a apreensão de conceitos e ações fundamentadas no modelo de atenção psicossocial vigente (BRASIL, 2013).

Outro instrumento que pode facilitar as atividades de educação permanente é o apoio matricial que sugere a transformação nas práticas de saúde, a inclusão de ações interdisciplinares, a valorização das trocas de saberes e das atividades educativas, visando o remodelamento das práticas tradicionais de encaminhamentos e consultas focadas nas questões patológicas (BRASIL, 2011). Ademais, o apoio matricial pode contribuir para redução dos sentimentos de

medo, insegurança e incapacidade dos profissionais, pois, os mesmos estariam constantemente em contato com os serviços especializados e as discussões e ações de educativas acerca da saúde mental seriam frequentes.

Outro aspecto evidenciado no estudo consiste nos estigmas acerca dos transtornos mentais. Segundo Xavier et.al (2013) esse é um evento antigo e complexo, cujo estudo envolve diversas áreas de conhecimento como a sociologia, a psicologia, a filosofia e a psiquiatria. E mesmo com ausência de uma definição homogênea, não há controvérsias a respeito do impacto negativo do mesmo na vida de pessoas com transtornos mentais.

Tendo em vista que os rótulos e preconceitos atribuídos às pessoas com transtornos mentais estão amplamente presentes na sociedade, torna-se previsível que esses elementos estejam difundidos entre as famílias, os usuários e os profissionais de saúde da Atenção básica.

Sendo que, os estigmas e preconceitos atribuídos aos usuários de substâncias psicoativas estão geralmente atribuídos à irresponsabilidade, a delinquência e ao prazer irracional (BARD et.al, 2016). Já as concepções frequentemente atribuídas aos demais transtornos mentais são incapacidade, inadequação e anormalidade (XAVIER et.al, 2013).

E na maioria das vezes essas concepções contribuem para exclusão e violação dos direitos das pessoas com transtornos mentais (CANDIDO, et.al, 2012). Além disso, essa estigmatização pode despertar sentimentos como resistência, negação e indignação nos próprios doentes e também em seus familiares. Desse modo, as pessoas com transtornos mentais podem ser privadas ou se auto privarem do convívio social, das atividades cotidianas e do cuidado psicossocial.

Nesse sentido, é necessária a realização de um trabalho educativo amplo e que envolva diferentes vertentes da sociedade em prol da redução do estigma e do preconceito acerca da doença mental (MARTINS et.al, 2013). Sendo assim, essas pessoas devem ser reconhecidas como seres completos, com direitos a dignidade, a liberdade, ao trabalho, a qualidade de vida e a saúde física e emocional.

No contexto da Atenção Básica, destaca-se o importante papel dos profissionais da saúde na luta contra estigmatização dos transtornos mentais.

Visto que, os mesmos encontram-se próximos dos usuários e das famílias, e possuem conhecimento técnico-científico para falar acerca da saúde mental e das atividades ofertadas nos serviços especializados (CANDIDO, et.al, 2012).

Ademais, a realização de intervenções que visem à redução do estigma e do preconceito acerca dos transtornos mentais na atenção básica é um fator contribuinte para que as mesmas sejam difundidas na família dos usuários e no contexto onde eles estão inseridos melhorando assim a qualidade de vida, o bem estar emocional e a convivência social do usuário com transtorno mental (ALMEIDA; FELIPES; DAL POZZO, 2011).

Outro fato observado no decorrer do relato dos profissionais é a centralização do cuidado em saúde mental nos serviços especializados. Estando esse achado intimamente relacionado com a fragilidade da rede de Atenção Básica, o número insuficiente de profissionais, os déficits na formação educacional e tenuidade da articulação entre os serviços de saúde (DA SILVA et.al, 2015).

Nesse contexto, as equipes das ESFs sentem-se despreparadas para atender as demandas de saúde mental do seu território. Pois, alegam que há não suporte das instituições especializadas, nem estrutura organizacional para realizar esse tipo de assistência.

Além disso, os mesmos demonstram uma concepção limitada acerca RAPS do município, uma vez que citam somente os CAPS como referência, entretanto, há outros serviços como: o Ambulatório de saúde mental, os leitos psiquiátrico, o Consultório na Rua e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Em virtude disso, os próprios usuários veem apenas os CAPS como único local de referência para o cuidado psicossocial, criando-se assim uma resistência ao atendimento na atenção básica (MARTIGANHO; OLIVEIRA, 2012). Em consequência disso, há uma sobrecarga e superlotação dos serviços especializados, encaminhamentos precoces, dificuldades de comunicação entre as equipes e assistência fragmentada.

Nesse sentido, a fragilidade na articulação entre os CAPS e os demais serviços de saúde é uma questão que precisa ser revista urgentemente, pois, sua permanência implica no retrocesso da reforma sanitária no âmbito da saúde

mental. Nessas circunstâncias, a função do CAPS de organizador da rede de cuidados em saúde mental, conforme preconiza o Ministério da Saúde, torna-se amplamente prejudicada, visto que, essa instituição acaba trabalhando de maneira centralizada e institucionalizada, pois os usuários com transtornos mentais não tem suporte para ser atendidos adequadamente nos demais serviços de saúde (MARTIGANHO; OLIVEIRA, 2012). Além disso, ausência das ações interinstitucionais fragiliza a qualidade de vida, a reinserção social e autonomia dos usuários com transtornos mentais e seus familiares.

Pensando nisso foi instituída a Política de Apoio Matricial que se constitui em uma proposta de integração entre a rede de saúde mental e atenção primária com objetivo de direcionar os fluxos, ampliar a assistência e favorecer a corresponsabilização em relação aos usuários que necessitam de cuidado psicossocial (BRASIL, 2011). Assim sendo, essa proposta visa romper com a situação atual do cuidado em saúde mental onde os atendimentos são efetuados com visões centralizadas e fragmentadas.

De acordo com estudo as principais potencialidades das ESFs estão o perfil humanista e integrador das equipes e estratégias de trabalho como o acolhimento, as intervenções coletivas e individuais, os grupos terapêuticos, o atendimento a um público heterogêneo, a criação de vínculo e o diálogo (BRASIL, 2013). Essas ferramentas potencializam o cuidado na atenção primária, pois permitem que os profissionais conheçam as demandas da população sendo esse também um momento ideal para que os usuários expressem suas dúvidas, aflições e opiniões.

Certamente, outro ponto que pode contribuir para o desenvolvimento das ações em saúde mental nas ESFs é a aproximação das mesmas com as instituições de ensino superior. Pois, as universidades e cursos profissionalizantes da área da saúde devem desenvolver as atividades práticas de acordo com os preceitos do SUS dentre eles a Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental.

Nesse sentido, essas interações entre as Universidades e as instituições de saúde devem repercutir positivamente nas dinâmicas de trabalho e na qualidade da assistência prestada a população. Ademais, esse momento proporciona aos acadêmicos conhecimentos teórico-práticos e aflora os sentimentos de compromisso e responsabilidades com saúde e os direitos da

população (BATISTA; GONÇALVES, 2011). Resultando na formação de profissionais com uma visão integral e humanista o que são competências fundamentais para organização e realização dos cuidados nos âmbitos da saúde coletiva e mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através desse estudo foi possível perceber algumas fragilidades da equipe de saúde da ESF investigada, dentre elas, destaca-se a insegurança e estigmatizações no tocante à saúde mental. Entretanto, os profissionais compreendem a relevância da efetuação desse cuidado no âmbito da Atenção Básica, demonstrando interesse em acolher os usuários com necessidades de saúde mental, bem como, ampliar as atividades voltadas para esse público. Além disso, pode-se constatar que algumas ações em saúde mental estão sendo gradualmente implementadas no serviço, tendo em vista que os profissionais frequentemente utilizam-se das tecnologias leves e as visitas domiciliares para prestação do cuidado.

Contudo, os déficits nas ações de educação permanente e na formação dos profissionais no que tange à saúde mental fragilizam o desenvolvimento do cuidado psicossocial na Atenção Básica, uma vez que, esse despreparo resulta em um atendimento improvisado e superficial. Aliado a isso, a tenuidade da articulação entre os CAPS e a ESF também tende à prejudicar a qualidade do atendimento nos serviços especializados, resultando na centralização e fragmentação do cuidado em saúde mental, além de acarretar sobrecarga aos serviços especializados.

Por outro lado, percebe-se que a ESF apresenta potencialidades para o desenvolvimento de ações em saúde mental destacando-se: a interação e proximidade com a população e o perfil humanitário e acolhedor da equipe atuante. Ademais, a articulação entre a ESF e a Universidade consiste em um ponto positivo, pois os acadêmicos são vistos como facilitadores do cuidado em saúde mental.

Não obstante, acredita-se que os profissionais de enfermagem têm um importante papel no contexto apresentado, uma vez que, possuem uma formação permeada pelos preceitos de humanização e acolhimento, bem como, conhecimento das políticas públicas de saúde, propiciando assim, a potencialização do cuidado e a inclusão das ações de saúde mental na Atenção

Básica.

Por fim, pensa-se que o presente estudo pode contribuir para a reflexão acerca da integralidade e ampliação do cuidado em saúde mental no município. Tendo em vista as fragilidades para consolidação dessa proposta de articulação apontadas neste estudo considera-se relevante a realização de novos estudos enfocando diferentes aspectos desta temática no município.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

ALMEIDA, A.C.M.C.H; FELIPES, L.; e DAL POZZO, V.; O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** n.6, pp 1647-2160, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602011000200007>. Acesso em 28 de maio de 2016.

ARAUJO, A.K.; e TANAKA, O.Y.; Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface (Botucatu) [online]**. vol.16, n.43, pp.917-928, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/2012nahead/aop5512.pdf>>. Acesso em 02 de junho de 2016.

AMARANTE, P. Saúde Mental, **Desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ASSIS, J.T.; BARREIROS, G.B.; CONCEICAO, M.I.G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, vol.16, n.4, pp. 584-596, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>>. Acesso em 17 de outubro de 2015.

BARD, N.D.; et.al Stigma and prejudice: the experience of crack users. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. vol.24 pp. 1518-8345, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>>. Acesso em 04 de junho de 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Editora 70, 2013.

BATISTA K.B.C.; GONÇALVES O.S.J.; Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Revista Saúde e Sociedade** pp. 20(4):884-99, 2011. Disponível em:< www.revistas.usp.br/saus/article/download/29725/31602>. Acesso em 02 de junho de 2016.

BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto Alegre: Porto Editora, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica sobre saúde mental**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.** Normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Res. CNS nº 466/2012) Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 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. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992: **Diretrizes e normas para os serviços de saúde mental.** Brasília; 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília (DF): MS; 2004.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, vol.19, n.4, pp. 803-813, 2010 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400008>> Acesso em: 19 de setembro de 2015.

CANDIDO, M.; R.; et.al Concepts and prejudices on mental disorders: a necessary debate. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas** vol.8, n.3, pp. 110-117, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762012000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 28 de maio de 2016.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CORREIA, V.R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo vol.45, n.6, pp. 1501-1506. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600032>>. Acesso em: 07 de agosto de 2015.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

DA SILVA. B.L.; Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial. **Revista Científica Ciências Biológicas e da Saúde= Journal of Health Sciences**, v.15, n.1, 2015 Disponível em:<www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/biologicas/article/view/76>. . Acesso em 01 de junho de 2016.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo, SP: Perspectiva, 2000.

FOUCAULT, M. **Os recursos para o bom adestramento Vigiar e punir: História da violência nas prisões**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

FROSI, R.V.; e TESSER, C.D.; Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciências da saúde coletiva**. vol.20, n.10, pp.3151-3161, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.10292014>>. Acesso em 02 de junho de 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JORGE, M.S.B.; et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Revista Psicologia Teoria e prática**. vol.16, n.2, pp. 63-74.02, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n2/06.pdf>>. Acesso em 03 de junho de 2016.

JORGE, M.S.B.; et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciências da saúde coletiva**, vol.16, n.7, pp.3051-3060, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>>. Acesso em 29 de maio de 2016.

MANZINI, E.J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. Londrina:Eduel, 2003.

MARTINHAGO, F.; e OLIVEIRA, W.F.; A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (caps II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em debate [online]**. vol.36, n.95, pp.583-594, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400010>>. Acesso em 03 de junho de 2016.

MARTINS, G.C.S.; et al. O estigma da doença mental e as residências terapêuticas no município de Volta Redonda-RJ. **Revista Texto e contexto**. vol. 22, n.2, pp.327-334, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200008>>. Acesso em 02 de junho de 2016

MARTINS, R. V. et al. Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, pp. 11-18, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100002>. Acesso em 28 de maio de 2016.

MAYNART, W.H.C.; ALBUQUERQUE, M.C.S.; BREDA, M.Z.; e JORGE, J.S.; A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta paulista de enfermagem**. vol.27, n.4, pp.300-304, 2014. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>>. Acesso em 01 de junho de 2016.

MIELKE, F.B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.63, n.6, pp. 900-907, 2010 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600005>>. Acesso em: 28 de setembro de 2015.

MINAYO, C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro, Editora Petrópolis, 2012.

PEREIRA, S.S.; CEZAR, J.G.S.; REISDORFER, E.; e CARDOSO, L.; Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. **Saúde Transformação Social**. vol.5, n.1, pp. 91-95, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2410/3656>> Acesso em 31 de maio de 2016.

PERRONE, P.A.K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro vol.19, n.2, pp. 569-580, 2014 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>>. Acesso em: 07 de agosto de 2015.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro, RJ: Editora 34, 1994.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SILVA, N.S.; et al. Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Revista Texto e contexto de enfermagem [online]**. vol.22, n.4, pp.1142-1151, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400033>>. Acesso em 30 de maio de 2016.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo vol.39, n.3, pp. 507-514, 2005 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>>. Acesso em: 18 de outubro de 2015.

VASCONCELLOS, V.C.; AZEVEDO, C. Trabalho em saúde mental: vivências dos profissionais diante dos resultados. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo vol.17, n.4, pp. 659-668, 2012 <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722012000400012>>. Acesso em: 10 de Agosto de 2015.

XAVIER, S., KLUT, C., NETO, A., PONTE, G. d., & MELO, J. C. (2013). O estigma da doença mental: que caminho percorremos? **Revista psicólogos**, pp. 11(2), 10-21, 2013. Disponível em: <http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2016.

APÊNDICE I

Roteiro para entrevista:

- 1) O que você entende por transtornos mentais?
- 2) O que você entende por cuidado em saúde mental na atenção básica?
- 3) Você considera importante o desenvolvimento de ações que visem à prevenção, a promoção e a reabilitação da saúde mental na ESF. Por quê?
- 4) Quais as ações relacionadas à saúde mental que são realizadas no cotidiano do seu trabalho?
- 5) De que forma o cuidado em saúde mental é prestado? Como as ações em saúde mental são desenvolvidas?
- 6) Como ocorre a interação entre os serviços especializados em saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial e Ambulatório de Saúde Mental) e a Estratégia Saúde da Família?
- 7) Levando em consideração as suas vivências profissionais, quais são os principais desafios e dificuldades para realização dos cuidados e ações direcionadas à saúde mental no serviço?
- 8) Quais seriam as potencialidades para desenvolvimento de ações voltadas à saúde mental no ESF?