

A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA*

THE ATTENTION TO MENTAL HEALTH IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Valéria Cristina Christello Coimbra¹
Michele Mandagará de Oliveira²
Tereza Cristina Scatena Villa³
Maria Cecília Puntel de Almeida⁴

RESUMO: O presente estudo é uma discussão teórica, que tem por objetivo repensar a assistência à Saúde Mental, suas possíveis implicações e articulações para o desenvolvimento de ações de saúde mental dentro da Estratégia da Saúde da Família. Neste artigo foi considerada a importância de um suporte técnico para a equipe de saúde da família, ou seja, o apoio de uma equipe de saúde mental e a realização de treinamentos e orientações com as equipes de saúde da família, propiciando uma maior resolubilidade do serviço em relação a este tipo de demanda, como também, maior envolvimento com os usuários portadores de sofrimento psíquico e sua família. A saúde da família, por se tratar de uma estratégia oferecida como atenção básica, como porta de entrada do usuário no serviço de saúde, tem muitas possibilidades para também assistir a saúde mental em suas práticas humanizadas da assistência a estes usuários que por muito tempo ficaram do lado de fora desta porta, muitas vezes excluídos destes cuidados e dos serviços básicos. A pessoa que sofre e sua família precisam ser atendidas em suas reais necessidades e a equipe de saúde da família precisa estar organizada e preparada para assisti-los na sua própria comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família; Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT: This study is a theoretical discussion, which aims to rethinking the attendance to the mental health, its possible implications and articulations for the development of mental health actions inside the family health strategy. In this article, the importance of a technical support for the family health team was considered, in another words, the support of a mental health team and the accomplishment of trainings and orientations with the family health teams, propitiating a better performing of the service in relation to this demand type, as well as, larger participation of the users who are psychic suffering carriers and their families. The family health, as it relates to a strategy offered as basic attendance and as the user's "entrance door" in the health service, has a lot of possibilities for also attending the mental health in its humanized practices of attendance to these users who had been outside of this "door" for a long time, a lot of times they were excluded from these cares and from the basic services. The person who suffers, as well was his or her family, need to be assisted in his or her real needs and the family health team need to be organized and prepared to attend them in their own community.

KEY WORDS: Family Health; Mental Health; Mental Health Services.

RESUMÉN: Este estudio es una discusión teórica, que objetiva repensar la asistencia de la Salud Mental, cuyas posibles implicaciones y articulaciones para lo desarrollo de las acciones de la salud mental sobre la Estrategia de la Salud de la Familia. Este articulo considero la importancia de una ayuda técnico para la equipe de la salud familia, en otras palabras, lo apoyo de una equipe de la salud mental y a realización de tren amientos y orientaciones con las equipes de la salud de la familia, propiciando una mayor capacidad de resolver los problemas en el servicio con relación a este tipo de demanda, como también, mayor involucramiento con os usuarios portadores de sufrimiento psíquico y suya familia. La salud de la familia, es una estrategia ofrecida como atención básica, como puerta de entrada do usuario no servicio de salud, tiene mucha posibilidad para también asistir la salud mental en suyas prácticas humanizadas de la asistencia a estés usuario que por mucho tiempo ficharan do lado de fuera dista puerta, muchas veces estrenados disten cuidados y do servicio básico. La persona que sufre y suya familia precisan ser atendidas en suyas reales necesidad y la equipe de la salud de la familia precisa estar organizada y preparada para los asistir suya propia comunidad.

PALAVRAS CLAVE: Salud de la Familia. Salud Mental; Servicios de Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem vivendo a reforma do modelo de assistência às pessoas com transtornos psíquicos, ou seja, a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por outros recursos assistenciais de acordo com a Lei Federal 10.216/01 (dispõe da Reforma Psiquiátrica) e da Portaria 224/92 (dispõe

sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviço de saúde mental). Este novo modelo visa a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, neste contexto fazemos uma ponte com a Estratégia Saúde da Família (ESF), que em sua essência, trabalha com a lógica da desinstitucionalização, com maior ênfase no vínculo, estando suas equipes intensamente engajadas no cotidiano da comunidade,

incorporando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população (CABRAL, 2001).

Neste texto, compreende-se por desinstitucionalização o processo de busca em “rever os saberes e práticas psiquiátricas vigentes, centradas em um paradigma racionalista, o qual tem favorecido a exclusão social das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico” (ZERBETTO et al, 1999, p.85). Da mesma maneira, compartilhamos com CHIESA et al (2002) ao afirmar que se utiliza a ESF, acreditando que esta tem por objetivo, a substituição e reestruturação do modelo vigente, por fugir da concepção usual dos programas tradicionais concebidos no Ministério da Saúde, ele não é uma intervenção pontual no tempo e no espaço, também não aparece de forma paralela ou vertical às atividades rotineiras dos serviços de saúde. Propõe a integração e organização das atividades em um território definido, voltado para a saúde do indivíduo/família e das comunidades.

Percebe-se que há uma coerência nos discursos da Estratégia Saúde da Família e nos de Saúde Mental, uma vez que estas práticas têm um olhar mais abrangente, integral do sujeito e do seu processo saúde doença. *“O objeto da psiquiatria torna-se não mais a periculosidade e a doença, mas a existência sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social”* (ROTELLI, 1990, p.30).

Nestes espaços, o ato de cuidar exige dos profissionais uma postura técnico-política constante, que mobilize e envolva a comunidade. Para isso, deveria haver maior responsabilização das pessoas e famílias, com a finalidade de construir com elas melhor qualidade de vida (CABRAL, 2001).

A experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a saúde da família tem proporcionado algumas mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, para tanto é necessário a (re) estruturação dos serviços de saúde, bem como de sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania, expresso pela qualidade de vida das pessoas (ROBERTO NETTO et al, 2001).

A Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família foi concebido em 1994 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de proceder à reorganização da atenção básica de saúde, trazendo, novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência. A atenção deriva da vigilância a saúde e esta centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico, mental e social (FRANCO; MERHY, 1999).

De acordo com SOUZA (2000), o programa apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com

fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros, consolidando assim, o Sistema Único de Saúde. Cada equipe de saúde da família é responsável por uma área que corresponde de 600 a 1000 famílias num total que varia de 2400 a 4500 pessoas divididas em micro áreas onde cada agente de saúde fica responsável em média por 400 a 750 pessoas (BRASIL, 1998). O agente comunitário de saúde é uma pessoa que mora na comunidade, e uma de suas funções seria fazer a ligação entre a equipe de saúde da família e a comunidade, pois ele está em contato permanente com as famílias, facilitando o trabalho de vigilância e promoção de saúde (BRASIL, 2001).

A equipe de saúde da família é formada basicamente por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, as funções das equipes de saúde da família vão desde atribuições específicas de cada profissional até ao trabalho em equipe.

A concepção de saúde nesta estratégia é baseada na promoção da qualidade de vida. Sua expansão ganhou impulso com a operacionalização da Norma Operacional Básica (NOB-96) de novembro de 1996. Esta operacionalização foi fundamental para descentralização dos recursos e municipalização da saúde, uma vez que apresentou às orientações sobre o repasse, aplicação, e mecanismos de controle e acompanhamento dos recursos financeiros que compõe o Piso de Atenção Básica (PAB), assim como as responsabilidades dos municípios, enquanto gestores (BRASIL, 1997). O PAB constitui-se em um valor per capita repassado pelo governo federal aos municípios, que, somado às transferências estaduais e aos recursos municipais, financia a atenção básica à saúde (BRASIL, 1999).

A Estratégia Saúde da Família é a porta de entrada do sistema de saúde, ela trabalha diretamente voltada e integrada com a Atenção Primária à Saúde, sendo assim, ela pode ser uma das principais parceiras para a integração das ações de saúde mental. Segundo ALVES et al (1994) o momento atual, se caracteriza por importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro, sendo este, um momento privilegiado para a implantação e a transformação efetiva na área de saúde mental.

A Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família

O objetivo deste artigo é repensar a assistência à Saúde Mental dentro da Estratégia da Saúde da Família, partindo do pressuposto que a cidadania do portador de sofrimento psíquico se dê através de sua (re)inserção no núcleo familiar, na comunidade, e no trabalho. Para atingir este propósito de (re)inserção do portador de sofrimento psíquico na comunidade seria preciso a participação efetiva da rede básica de saúde, através da integração das ações entre os serviços substitutivos - Centros de Atenção Psicossocial - e a Estratégia Saúde da Família.

Nos municípios que não dispõem de Centros de Atenção Psicossocial a equipe de saúde da família deveria estar preparada para assistir esta demanda. Esta equipe deveria receber treinamento de uma equipe de saúde mental, do próprio município, ou de um município próximo ou até mesmo da secretaria de saúde do estado, para qualificar o atendimento desses profissionais aos portadores de transtorno psíquico – esquizofrenia; distúrbio bipolar afetivo; depressão; neuroses; alcoolismo; drogadição; fãrmaco-dependência de benzodiazepínicos; tentativa de suicídio; e problemas de ordem social que afetam direta e indiretamente as pessoas e suas famílias como: violência sexual; violência urbana; maus tratos a crianças e idosos, dentre outros.

CASÉ (2001), sugere que em municípios que possuam Centro de Atenção Psicossocial deveria haver a ampliação da comunicação entre estes serviços com as equipes de saúde da família, o que proporcionaria maior qualidade e rapidez no atendimento das demandas que normalmente são da saúde mental.

A ausência do oferecimento de políticas municipais de saúde mental, e também a falta de treinamento para as equipes em alguns municípios, poderá levar esta demanda ao atendimento terciário (internação hospitalar nos manicômios). Esta solução restringe a liberdade de ir e vir das pessoas portadoras de transtornos mentais e se apresenta contra a reforma psiquiátrica que visa o atendimento na comunidade. Segundo FERREIRA (1996) devemos reconhecer e fazer respeitar os direitos do doente mental enquanto cidadão, respeitando as diferenças e reconhecendo a sua dignidade.

Atualmente, alguns municípios brasileiros, contam com uma rede integrada de serviços, composta por diversas modalidades de recursos assistenciais e comunitários, substituindo os recursos manicomialis. Nessas localidades, novas práticas se consolidam, centradas na convivência com as diferenças e no respeito ao direito de cidadania das pessoas portadoras de sofrimento psíquico (ALVES et al, 1994).

É de fundamental importância à atuação da equipe de saúde da família na identificação precoce de alterações de comportamentos e outros sinais crônicos da agudização do quadro de transtorno psiquiátrico, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas com sofrimento mental, e promover a discussão com a família e comunidade sobre a inserção deste usuário, rompendo ou minimizando o estigma existente em relação a tais transtornos (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde propõe que nos municípios com até 200 mil habitantes, para cada nove equipes de saúde da família, se disponibilize uma equipe suporte de saúde mental, esta equipe teria composição mínima de um psiquiatra ou clínico geral capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental (BRASIL, 2002).

Entretanto, esta equipe multiprofissional (neste estudo entendida conforme ALMEIDA & MISHIMA

(2001), como a composição de diferentes processos de trabalho preservando as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados) poderia ter a mesma composição das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou seja, um médico de formação em saúde mental, um enfermeiro e três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto de suporte em saúde mental do município. Esta equipe apresenta-se de uma forma interdisciplinar, com um olhar amplo sobre a saúde mental e não centrada na doença, cuja atuação não se limita exclusivamente ao campo biológico ou dentro do trabalho, ou seja, há o envolvimento da equipe com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do sujeito como um todo, considerando seu contexto sócio-econômico-cultural (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

A equipe deve ser multiprofissional, uma vez que esta característica facilita a interação paciente/família/comunidade, através de atividades desenvolvidas no serviço (KANTORSKI et al., 2000).

Outra questão importante na dinâmica de assistência à saúde mental, na Estratégia da Saúde da Família, é o envolvimento da família no cuidado dos usuários portadores de sofrimento psíquico. Segundo CAMPOS (2000), a família como parte da comunidade constrói contratos, ou seja, a constituição de relações conscientes, transformando o compromisso entre a família e a equipe em estratégias de relação de ajuda mútua. A equipe de saúde deve proporcionar momentos de troca de experiências dos diferentes familiares e o serviço oportunizando a aprendizagem mútua (KOGA & FUREGATO, 1999).

As novas diretrizes preconizadas pela reforma psiquiátrica visam a melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania. Esta qualidade de vida poderia, em parte, ser oferecida através de um melhor atendimento, redução das internações e período de internação, e sempre possível manutenção do usuário no meio familiar através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família (REINALDO; WETZEL, 2001).

A Estratégia Saúde da Família deve ter a família como aliada, no tratamento do usuário com transtorno psíquico, porém, para sua integração é preciso que o serviço ofereça apoio constante (técnico e humanizado). Os trabalhadores de serviços de saúde deveriam ter consciência da importância de um co-envolvimento da família dos pacientes nos projetos de (re)inserção social do indivíduo na comunidade (REINALDO & WETZEL, 2001).

Os profissionais de saúde mental deveriam oferecer informações e suporte profissional necessários para a família exercer sua função de agente socializador primário do ser humano (WAIDMAM, 1999).

A presença de uma pessoa que sofre de enfermidade mental, produz alterações no seio da família. Antes da doença, a pessoa tinha condições de contribuir não só financeiramente, mas nas atividades

domésticas e nas responsabilidades. Quando ocorre a modificação no comportamento dessa pessoa, há modificações da rotina familiar, porque se sente a falta da ajuda que era compartilhada e ainda arca-se com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente (KOGA & FUREGATO, 1999).

Desta forma, a equipe de saúde da família deveria estar atuando no ambiente familiar, no sentido de amenizar o sofrimento da família e do próprio usuário. Esta ajuda oferecida pela equipe de saúde da família com suporte da equipe de saúde mental, poderia se dar através de visitas domiciliares, atendimento individual e familiar, assim como reunião de grupos na própria comunidade assistida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se, diariamente, visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante freqüente, as queixas são as mais variadas e para isso a equipe deveria estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas destes usuários.

Hoje, mais do que oferecer atenção básica a Estratégia Saúde da Família vem se deparando com a necessidade de oferecer uma atenção mais abrangente. Sendo assim, este campo torna-se fértil para a concretização desta nova forma de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde mental na comunidade, estimulando reflexões sobre a prática desta assistência (CABRAL, 2001). Esta estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos (hipertensão, diabetes, pré-natal, dentre outros), mas um atendimento universal, abrangente e integral, para a comunidade visando a realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. S. N.; SEIDL, E. F.; SCHECHTMAN, A.; SILVA, R. C. Reestruturação da atenção em Saúde Mental: Situação atual, diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P.(org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.p.195-201

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS*. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual para a organização da Atenção Básica*. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos da Atenção Básica: programa saúde da família*. Caderno 3. Brasília, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de gestão: Departamento de Atenção Básica 1998-2002*. Brasília, 2002

CABRAL, B. Estação comunidade. In: JANETE, A. & LANCETTI, A. (org). *Saúde mental e saúde da família*. 2. ed.São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CAMPOS, G. W. S. M. *Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASÉ, B. Estação comunidade. In: JANETE, A. & LANCETTI, A. (org). *Saúde mental e saúde da família*. 2. ed.São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. Enfermagem, academia e saúde da família. *Rev. Bras. Saúde da Família*, Brasília, v. 2, n.4,p. 52-59, ago. 2002.

FERREIRA, G. De volta para a casa: práticas de reabilitação com pacientes crônicos em saúde mental. In: PITTA, A. (org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec,1996. p. 80-88.

FRANCO, T.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., 1999, Águas de Lindóia. *Anais...*São Paulo: APSP, 1999. v.2, p.145-154.

KANTORSKI, L. P.; CAVADA, C.; OLIVEIRA, C.; HAUFFEN, F. Serviço de Atenção Diário de Saúde Mental – um espaço de diálogo entre a universidade e os serviços. *Rev. Saúde*, URCAMP, Bagé, v. 4, n.1, p.74–82. jan./jun. 2000.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABETE, R. C. (org). *Caminhando para assistência integral*. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p 363-375.

REINALDO, A. M. S.; WETZEL, C. *A inserção da família no processo de trabalho em saúde mental*. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2001. /mimeo/

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. *Guia de saúde Mental*. Porto Alegre, 2001.

ROBERTO NETTO, A.; RIBALTA, J. C. L.; FOCCHI, J. BARACAT, E. C. Avaliação crítica da estrutura do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino do Ministério da Saúde do Brasil. *Femina*, São Paulo, v. 29, n 8, p. 555-560, set. 2001.

ROTELLI, F. Destitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. *Destitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SOUZA, H. M. Entrevista com a diretora do Departamento de Atenção Básica-SPS/MS. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v. 53, p 7-16, dez. 2000. Número Especial.

WAIMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABETE, R. C. (org). *Caminhando para assistência integral*. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 389-407.

* Texto produzido na disciplina de Políticas de Saúde do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

¹ Doutoranda Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Bolsista CAPES. Endereço: Avenida do Café 1139 Bloco A Apartamento 401, Bairro Vila Amélia, Ribeirão Preto –SP. Cep: 14050-230. E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

² Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Endereço: Avenida do Café 1139 Bloco A Apartamento 401, Bairro Vila Amélia, Ribeirão Preto – SP. Cep: 14050-230. E-mail: mandagara@hotmail.com

³ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

⁴ Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

Texto original recebido em 02/03/2005

Publicação aceita em: 29/04/2005