

A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA - ARTICULAÇÃO ENTRE OS PRINCÍPIOS DO SUS E DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Nadja Cristiane Lappann Botti¹, Wesley Vieira Andrade²

RESUMO: Pesquisa de caráter qualitativo desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde localizada em Betim (MG). O objetivo desta investigação foi discutir a Saúde Mental na Atenção Básica como articulação entre os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e observação participante e analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica são efetivados através das ações de atendimento individual, recepção da saúde mental, visita domiciliar, discussão de caso e oficinas de trabalhos manuais desenvolvidas na Atenção Básica e das estratégias adotadas de participação e capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, acolhimento coletivo, expressão subjetiva da equipe e envolvimento da família/comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Atenção básica à saúde; Saúde mental;

MENTAL HEALTH IN THE PRIMARY HEALTH CARE - ARTICULATION BETWEEN THE PRINCIPLES OF THE NATIONAL HEALTH SYSTEM AND THE PSYCHIATRIC REFORM

ABSTRACT: Qualitative research developed at a Primary Health Care Unit located in Betim (MG). This investigation aimed to discuss Mental Health in the Primary Health Care as the articulation between the principles of the National Health System and the Psychiatric Reform. Data were collected using a semi-structured interview as well as participant observation and analyzed through the technique of the Discourse of the Collective Subject. The principles of the National Health System and Psychiatric Reform are achieved through actions of individual care, mental health care delivery, home visit, case discussion, craftsmanship workshop developed in Primary Health Care and strategies adopted for participation and qualification of Community Health Agents, collective welcoming, subjective expression of the team and involvement of family/community.

KEYWORDS: National Health System; Primary health care; Mental health.

LA SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – ARTICULACIÓN ENTRE LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD Y DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

RESUMEN: Investigación de carácter cualitativo desarrollada en unidad básica de salud ubicada en Betim (MG). Los datos fueron recolectados a través de entrevista semiestructurada y observación participante y analizados por la técnica del sujeto colectivo. El objetivo de esta investigación fue examinar la Salud Mental en Atención Primaria como un vínculo entre los principios del Sistema Único de Salud y Reforma Psiquiátrica. Los principios del Sistema Único de Salud y Reforma Psiquiátrica son efetivados a través de las acciones de atención individual, recibo de la salud mental, visitas a domicilio, la discusión del caso y taller de trabajo manual desarrollado en Atención Primaria y estrategias para la participación y el empoderamiento de Agentes de Salud Comunitarios, colectivos de acogida, expresión subjetiva del equipo y la participación de la familia y la comunidad.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud; Atención primaria de salud; Salud mental

¹Enfermeira. Psicóloga. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo-EERP/USP. Profª. Adjunta III da Pontifícia Universidade Católica-PUC Minas Gerais-Betim.

²Enfermeiro. Gerente de Unidade Básica de Saúde de Citrolândia/Betim. Especializando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Minas Gerais-UFGM.

Autor correspondente:

Nadja Cristiane Lappann Botti
Rua Ubá, 380 - 31110-110 - Belo Horizonte-MG
E-mail: nadjaclb@terra.com.br

Recebido: 15/04/08
Aprovado: 28/08/08

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica (AB), possui como desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde⁽¹⁾. Essa estratégia reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). O desafio atual é consolidar a Saúde da Família como porta de entrada prioritária do SUS, visando resolver, na atenção primária, cerca de 80% dos problemas de saúde mais prevalentes. Para que essa resolutividade aconteça é necessário a existência do vínculo e do diálogo entre Atenção Básica e Saúde Mental (SM) configurando a articulação entre os princípios do Sistema Único de Saúde e da Reforma Psiquiátrica. Os princípios fundamentais desta articulação são: noção de território; organização da atenção à Saúde Mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários e a construção da autonomia possível de usuários e familiares⁽²⁾.

Os problemas de SM e as situações de risco que comprometem os vínculos familiares e sociais são: alcoolismo e outras dependências, psicoses, prostituição infantil, doença clínica grave, exclusão social, violência, suicídios e suas tentativas, abuso de benzodiazepínicos, transtornos do humor e retardo mental⁽³⁾. Portanto, a AB deve possuir ferramentas de enfrentamento para essa realidade. As equipes da AB, cotidianamente, se deparam com problemas de SM, devido sua proximidade com as famílias e comunidade, tornando-se, assim, recursos estratégicos para o enfrentamento de agravos vinculados as diversas formas de sofrimento psíquico⁽²⁾.

A política de Saúde Mental aponta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos estratégicos de Atenção à Saúde Mental, entretanto, é a AB o lugar privilegiado da construção deste novo paradigma em relação aos transtornos mentais⁽⁴⁾. Partindo dessas considerações, este trabalho teve como objetivo discutir a Saúde Mental na Atenção Básica como articulação entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo. O cenário do estudo foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada em Betim (MG). A coleta de dados foi realizada no período de outubro a dezembro de

2006, mediante entrevista e observação participante das atividades da equipe de Saúde Mental locada na UBS. O projeto de pesquisa atendeu a Resolução 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) - CAAE - 0117.0.213.000-06.

Realizamos observação participante das reuniões de equipe; recepções de Saúde Mental e oficinas semanais, de pintura em tecido, coordenada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e entrevistas semi-estruturada com nove profissionais da equipe de SM da UBS (dois psicólogos, um enfermeiro, um assistente social e cinco ACS's). As entrevistas seguiram um roteiro norteador com as seguintes questões: O que você entende por Saúde Mental na Atenção Básica? Descreva as ações de Saúde Mental desenvolvidas na UBS. Quais as estratégias que a equipe de Saúde Mental da UBS utiliza para a execução das ações de Saúde Mental? As entrevistas foram gravadas e depois transcritas literalmente para análise.

Os dados foram analisados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽⁵⁾. Para a elaboração dos discursos partiu-se da seleção de depoimentos literais, que foram submetidos a um trabalho analítico para identificar as expressões-chave, que são pedaços das respostas que respondem às perguntas. Em seguida, foram reunidas as expressões-chave que apresentavam a mesma idéia central e foram construídos os DSCs. A idéia central é uma descrição sintética e mais fidedigna possível do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos. Os discursos construídos a partir das entrevistas foram nomeados de DSC/E. Os dados referentes à observação participante foram identificados como OP.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a investigação verificamos a complexidade e multiplicidade dos problemas de Saúde Mental na Atenção Básica. Encontramos na UBS casos de:

Tentativa de suicídio por ingestão de Diazepan, Haloperidol ou Tryptanol; homem que guarda potes de urina e lixo no quarto; sofrimento devido ao desaparecimento de um filho; mulher com câncer de mama fragilizada pelo tratamento; mulher com medo à noite; caso de maus tratos pelo marido; uso de drogas onde se "ouve vozes"; demanda de laudo

de psiquiatra do SUS para aposentar; crise de depressão; demanda de receita porque os remédios não estão funcionando bem; vítima de estupro que tem crise de pânico; demanda da comunidade para participar da oficina; família que recorre a UBS porque acha que a mãe está “doida”(OP1).

A atenção à Saúde Mental reorienta-se do modelo hospitalocêntrico para o de base comunitária. A incorporação de ações de SM na AB contribuirá para esta transformação, oferecendo maior cobertura assistencial e potencial de reabilitação psicossocial⁽⁶⁾. Mas, para isto, é importante entender que a SM na AB é complexa e requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território e resolutividade frente às questões apresentadas.

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma as recomendações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que indicam a responsabilidade da UBS por 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em SM. Com este objetivo, e atendendo ao princípio da Integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde⁽⁷⁾.

A integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade⁽⁸⁾. A integralidade da assistência é verificada no discurso que apresenta a crítica à fragmentação da assistência ao usuário na AB:

Com o movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica e o respaldo legal da Constituição e do SUS não é mais possível pensar na saúde de forma compartimentalizada, pois “mental” e “físico” não são dissociados. Assim, é importante a integralidade. Neste caso, a Atenção Básica é responsável pela população de um território. Assim, não se pode deixar que seja responsável só por um aspecto da vida do ser humano, mas abranger tudo e ser efetivo de forma integral (DSC/E1).

A Universalidade se apresenta como acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência⁽⁸⁾. Em relação a este princípio, encontramos um discurso que remete a acessibilidade que a SM na AB proporciona:

O acesso favorecido sem estigma é muito importante,

porque há famílias com pessoas portadoras de sofrimento mental que não sabem a quem procurar ou onde recorrer e então nós sabemos como encaminhar e esclarecer. Também, muitas vezes, vamos até a casa de alguém e vemos um portador de sofrimento mental que nunca chegou à UBS e então trazemos o caso para a Unidade (DSC/E2).

Em relação à universalidade e acessibilidade corrobora-se que “o manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é passo fundamental, pois possibilita que maior número de pessoas tenha acesso mais fácil e rápido aos serviços”^(9:15), fortalecendo a necessidade da articulação entre SM e AB.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Encontramos como síntese dos princípios fundamentais desta articulação: noção de território, organização em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, equipe multiprofissional e interdisciplinar, desinstitucionalização e promoção da cidadania e autonomia⁽²⁾. No Brasil, experiências exitosas mostram a articulação dos princípios do SUS com os da Reforma Psiquiátrica⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Os princípios operativos e conceituais que orientam a AB encontram-se sintonizados com a Reforma Psiquiátrica, processo que tem enfatizado os cuidados em SM com resolutividade quando conta com estratégias que possibilitem a integralidade, continuidade da atenção e responsabilidade de uma equipe de saúde no nível da AB⁽¹⁴⁾. Nesta investigação encontramos dados que evidenciam a existência destes princípios fundamentais como norteadores da construção da atenção à SM na UBS.

A organização da atenção à SM em rede de cuidados inclui: AB, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros⁽²⁾. Neste sentido encontramos o trabalho em rede da equipe de SM da UBS com os Centros de Convivência da Saúde Mental e Cazuza (DST e HIV/AIDS) no município:

Conhecemos o Centro de Convivência da Saúde Mental “Estação dos Sonhos” e as oficinas do local, participamos da caminhada e do desfile do dia 18 de maio – Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A partir dos questionamentos feitos pelos usuários em relação à sexualidade propomos uma capacitação no Centro de Convivência Cazuza e assim fomos

conhecendo os trabalhos e como anda a Saúde Mental em Betim (DSC/E17).

A intersetorialidade é entendida como ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos, com finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde⁽⁸⁾. Reconhecemos que as implicações socioculturais da Reforma Psiquiátrica necessitam da articulação intersetorial e de ações que contribuam para alterar as representações sociais sobre a loucura e os direitos dos portadores de sofrimento mental⁽¹⁵⁾. Reconhecemos, nesta investigação, o convite à articulação intersetorial:

A assistente social informou que o Fórum intersetorial da família – Regional PTB será no dia 22 de novembro na UBS. Explicou que participavam representantes das instituições que atuavam na região e discutiam soluções em conjunto e que muitas vezes um problema era comum a UBS, escola e Conselho Tutelar (OP13).

A reabilitação psicossocial e a promoção da cidadania dos portadores de sofrimento mental configuram-se no processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade⁽¹⁶⁾. Encontramos as oficinas desenvolvidas pelos ACS's na UBS como ação de reabilitação psicossocial e promoção da cidadania:

Existem as oficinas coordenadas pelos ACS's com o objetivo de promover a inserção social e circulação do sujeito. Acontece quarta-feira com material e professora de pintura disponibilizados pela própria comunidade. É na oficina onde a gente vê a evolução da pessoa, tinha gente que chegava e nem falava e hoje se comunica, interage e participa. Na oficina eles escolhem o que vão fazer. No fundo não querem só pintar, mas também querem alguém pra escutá-los e conversar (DSC/E12).

A AB possui como eixo norteador a tríade: acolhimento, vínculo e heterogeneidade, o que configura o atendimento humanizado em saúde⁽⁷⁾. A oficina de trabalhos manuais que surgiu como ação de SM na UBS contribui na efetivação do princípio da humanização no SUS. A Humanização no atendimento refere-se à responsabilização mútua entre o serviço de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo

entre a equipe de profissionais e a população⁽⁸⁾.

Entendemos por equipe multiprofissional e interdisciplinar, a combinação de profissionais que trabalham, no mesmo local, com finalidade comum, atuando de maneira interdependente⁽⁷⁾. Nesse sentido encontramos a importância da equipe multiprofissional e interdisciplinar como estratégia da integralidade:

Todos os profissionais deveriam fazer parte da equipe da SM, lógico que tem os específicos da área: psicólogos, psiquiatras e enfermeiros capacitados em SM, mas todos os profissionais deveriam trabalhar em conjunto com a equipe da UBS: porteiro, faxineira, recepcionista, dentista, clínico, ginecologista, assistente social e ACS's. Assim haveria assistência integral na UBS, pois todos os profissionais têm uma contribuição, visão e papel definido para melhor intervenção (DSC/E5).

A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade, história de vida e relações interpessoais dos portadores de sofrimento mental. A Reforma Psiquiátrica visa à manutenção do portador de sofrimento psíquico no seu cotidiano, investindo nas suas redes sociais e familiares, o que provoca transformações na relação dos profissionais da SM com a demanda e, concomitantemente, questionamento a respeito da sua prática⁽¹⁴⁾. Assim, na UBS onde o estudo foi realizado, a desinstitucionalização é uma *práxis* em que:

Os ACS's fazem visita domiciliar e busca ativa das pessoas portadoras de sofrimento mental, onde vêem o usuário no seu próprio ambiente e os seus laços familiares. Trabalhamos procurando resolver os casos e trazer para o tratamento usuários que, em outros tempos e outros modelos de assistência, estariam fadados ao cárcere, seja público ou privado (na própria casa) ou à errância (DSC/E10).

A construção da autonomia possível de usuários e familiares são entendidas como a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social⁽⁸⁾. Neste sentido, encontramos a mobilização de recursos comunitários com a comunidade participando do processo da construção da oficina:

Nós fomos ver quem conseguia um espaço, e então conseguimos uma garagem que ficava vazia. Então

fomos às lojas e pedimos cadeiras, mesas, e também aos profissionais da UBS alguma contribuição. Assim a oficina foi montada com um pouquinho de cada um: ACS's, usuários, familiares, profissionais e comerciantes. Por isso a oficina é da comunidade porque todo mundo participou de alguma forma. Hoje já tem gente que ganha dinheiro com o que faz na oficina, como bijuterias, flor de meia e panos de prato (DSC/E18).

Estudos e experiências no contexto do SUS⁽¹⁴⁾ demonstram a importância da efetivação das diretrizes de descentralização, territorialização e estruturação das ações de saúde com base em equipes multiprofissionais especializadas em SM que possam assegurar retaguarda para as equipes atuantes na atenção primária.

Quais as estratégias utilizadas pela equipe de SM da UBS para garantir a articulação entre os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica? Acreditamos que a articulação é garantida pelas ações de SM desenvolvidas no nível primário da atenção à saúde, portanto discutiremos as estratégias que possibilitam o desenvolvimento destas ações de SM pela UBS.

O Ministério da Saúde enfatiza a importância da Rede Básica desenvolver ações de vigilância à saúde na área de SM, no sentido de localizar e atuar nas áreas de risco geradoras de sofrimento mental, contribuindo para desenvolver ação intersetorial necessária para redução do sofrimento⁽⁷⁾. Entendemos que esta vigilância é garantida pela prática da visita domiciliar dos ACS's e, neste sentido, identificamos a atuação dos ACS's como importante estratégia:

Uma das estratégias da equipe foi contar com o ACS como porta de entrada do serviço da SM, pois ele tem conhecimento dos casos fora da UBS, convive com o usuário na comunidade e conhece sua vida. Assim, aqui ele é o "carro-chefe" da SM, pois estão presentes em todos os momentos do projeto terapêutico, desde a identificação da necessidade de atendimento, do manejo do sujeito, da comunidade e da família para viabilizar o tratamento, as informações de toda rede social e familiar deste usuário, até a participação ativa nas oficinas (DSC/E7).

Sabemos que na SM é essencial, para a inclusão, uma forma diferenciada de acolher. Assim, é importante entender a equidade como princípio que determina a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços

priorizados em função de situações de risco, condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população⁽⁸⁾. Reconhecemos este princípio na estratégia do acolhimento coletivo da equipe da SM:

O acolhimento é através da recepção da SM, onde as pessoas têm acesso ao serviço. Aqueles que buscam atendimento em SM têm possibilidade de serem atendidos conforme sua demanda, além de conhecerem e discutirem os problemas das outras pessoas buscando possíveis soluções (DSC/E16).

O acolhimento como recurso terapêutico é relevante ferramenta da AB, pois contribui na compreensão das concepções das práticas em SM pela equipe⁽¹⁴⁾. Assim, além do caráter resolutivo no momento do acolhimento, ou por meio de encaminhamento ou acompanhamento pela equipe, a recepção da SM na UBS sinaliza uma terapia comunitária; pois visa identificar e suscitar forças e capacidades dos indivíduos e famílias para encontrar soluções para superar dificuldades. Relacionando o acolhimento de SM na AB em grupo, de forma equânime e com função terapêutica, torna-se fundamental que não se valorize o diagnóstico psiquiátrico e as psicopatologias, mas a "existência-sofrimento dos pacientes" e suas formas de expressão dentro de cada contexto social.

Estudos colocam que a capacitação da equipe na AB melhora sua resolutividade, pois se baseia na co-responsabilidade⁽⁹⁾. Uma das propostas enfatizadas para garantir resolubilidade e capacidade da AB se configura na capacitação em SM da equipe, incluindo os ACS's⁽⁷⁾. A capacitação dos ACS's foi reafirmada como estratégia na UBS:

A gente tinha muita dificuldade em relação à SM, então surgiu à idéia de sermos capacitados. Começou com treinamento sobre SM, supervisão semanal, discussão sobre psicanálise, psicologia e medicamentos, discussão sobre neurose e psicose, como abordar o usuário ou chegar às visitas. Também se discutia alguns textos filosóficos e assistia filmes. Sempre durante a reunião havia tempo para discutir a prática, enfim "instrumentalizar" a equipe. Assim, para nossa visita foi excelente, pois perdemos um pouco do medo e do preconceito do portador de sofrimento mental (DSC/E14).

As ações e estratégias na área da saúde devem focalizar a resolutividade que se configura na capacidade

de resolução das ações e serviços de saúde, por meio da assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade à população adscrita no domicílio e na unidade de saúde⁽⁸⁾. Encontramos a discussão de caso em equipe como ação e estratégia relevante para garantir a resolutividade da SM na AB, além da capacitação dos ACS's:

A reunião de equipe é momento para discutir problemas, novos casos, avaliar os procedimentos adotados, fazer encaminhamentos, definir estratégias de como chegar num usuário ou como dar continuidade ao tratamento. Na reunião é também onde os ACS's vão ter oportunidade de trazer os dados e falar o que não está dando certo. Geralmente, a gente consegue soluções para todos os casos (DSC/E3).

A reorientação do modelo assistencial em SM depende da oferta de ações locais pelos profissionais de Saúde da Família, como: visita domiciliar, potencialização de recursos comunitários, atendimentos em grupo e individuais, em articulação com os profissionais de SM⁽⁷⁾. Para a efetivação das ações da visita domiciliar, da oficina e da recepção da Saúde Mental entendemos que a equipe de SM da UBS utiliza como importante estratégia a inclusão da família:

O psicólogo orientou a ACS a ficar tranqüila, praticar a escuta e chegar mais perto da família, pois é onde há dados para se definir o caso. Outro ACS falou sobre o caso de uma mulher com CA de mama que foi encaminhada para acompanhamento psicológico, mas estava muito fragilizada pelo tratamento e com dificuldade para locomover. Então discutiram a possibilidade da visita do psicólogo no domicílio (OP11).

A Oficina de trabalhos manuais na UBS representa a presença dos princípios norteadores da estratégia de inclusão da SM na AB⁽⁶⁾ referentes à atuação e sensibilização para a escuta e compreensão da dinâmica e relações; a sensibilização para a compreensão e identificação dos pontos de vulnerabilidade; a construção de novos espaços de reabilitação psicossocial dentro da comunidade:

Uma participante disse que quando acordava triste e ia para a oficina ficava melhor. Outra comentou que recebeu alta das consultas, mas não queria

receber alta da oficina, pois tinha muito que aprender e que quando estava triste e lembrava das companheiras da oficina tinha vontade de ligar para conversar. A outra participante respondeu que ela deveria ligar porque elas estavam ali pra isso. Uma participante lembrou que no momento que estava precisando de ajuda, pois “estava no fundo do poço”, a ACS a ajudou muito. Os participantes começaram a conversar entre si sobre dificuldades e problemas em comum e relatavam experiências semelhantes que enfrentavam (OP5).

O Relatório da Oficina de SM propõe intervenções terapêuticas individualizadas, respeitando a realidade local e a inserção social⁽⁶⁾. Além das ações de cunho coletivo a UBS mantém as consultas individuais para os usuários, neste caso para os que apresentam sofrimento mental e demandam intervenção individual.

Outra atividade estratégica se refere à possibilidade de expressão subjetiva da equipe, em que se expressam as angústias e o sofrimento:

A discussão é sobre uma pessoa que assume os problemas de outra como forma de fuga de seus problemas. A ACS desabafou que teve vontade de chorar e que tentou colocar-se no lugar da pessoa dizendo que não sabia se era o serviço certo para ela, pois não se pode fazer nada de concreto, é só apoio. O psicólogo retomou a discussão dizendo que era importante a participação dos ACS's, mas que há um limite, pois podemos fazer somente o que damos conta e não podemos mudar o mal da humanidade (OP7).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta investigação foi possível identificar as ações de SM desenvolvidas na AB, especificamente na UBS. Entre elas encontramos: o atendimento individual utilizado para os usuários que a equipe identifica necessidade ou demanda. A identificação é realizada em outra ação, considerada inovadora, que é a Recepção de Saúde Mental, trata-se do acolhimento coletivo no qual as pessoas relatam suas demandas em relação ao sofrimento mental. Podemos considerar função terapêutica, neste tipo de acolhimento, pela relação estabelecida entre os participantes na discussão de seus problemas e encaminhamentos realizados de acordo com as necessidades individuais.

Com a parceria dos ACS's, acontece a visita domiciliar, importante estratégia para manutenção do vínculo, acompanhamento e busca ativa dos casos de sofrimento mental. As informações procedentes das visitas domiciliares dão origem à discussão de caso na equipe multidisciplinar para definição do projeto terapêutico. A discussão de caso integra a reunião de equipe semanal, que também abrange discussões do processo de trabalho, de enfrentamentos dos problemas e avaliações.

A última ação a ser explicitada é a oficina de trabalhos manuais que é realizada fora do espaço físico da UBS, coordenada pelos ACS's, e considerada dispositivo de reabilitação psicossocial, pois opera como espaço de atividades grupais com convivência, acolhimento, vínculo e estímulo a resiliência. Enfim, essas ações garantem o espaço da SM em meio às outras atividades comuns na UBS e contribuem para garantir a integralidade e a amplitude da assistência na área de abrangência de responsabilidade da equipe.

As ações citadas evoluem com êxito na UBS em estudo, pois conta como principal estratégia para a constituição da equipe de SM, a participação dos ACS's que são considerados essenciais pelos profissionais e que recebem investimento em capacitação na SM. A capacitação é alvo principal para a inclusão da SM na AB, pois proporciona a garantia do reconhecimento, acompanhamento e resolutividade da atenção ao sofrimento mental. A partir da capacitação os ACS's adquirem propriedade na identificação dos pontos de vulnerabilidade e mobilização da comunidade visando à criação de novos espaços de reabilitação psicossocial, retratada pela oficina.

O acolhimento coletivo é estratégia que proporciona acesso e possibilidade de atendimento aos usuários, o que demanda aos profissionais, conhecimento, capacidade crítica e empenho para prosseguir no projeto terapêutico. A incorporação da família como parceira e facilitadora no processo de adesão a este projeto é ponto preconizado pela equipe nas ações. Outra estratégia significativa é a possibilidade de expressão subjetiva da equipe que visa trabalhar com questões referentes à SM dos próprios integrantes da equipe.

Entendemos que os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica são efetivados quando o sentido do trabalho em equipe, do trabalho interdisciplinar e do envolvimento da comunidade, vinculado à percepção do processo saúde-doença nos componentes subjetivos, físicos e sociais, são adotados

pelos equipes de saúde no nível primário da atenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conheçadab.php> [acesso em 2007 Out 10].
2. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf> [acesso em 2007 Out 10].
3. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília; 2004.
5. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
6. Ministério da Saúde (BR). Relatório da oficina de saúde mental da ABRASCO: desafios da integração com a rede básica. Brasília; 2003.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília; 2002.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília; 1999.
9. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília; 2001.
10. Casé V. Saúde mental e sua interface com o programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. In: Lancetti A. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.121-36.
11. Pereira WAB. Um psiquiatra, um projeto, uma comunidade. In: Lancetti A. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.95-102.
12. Cabral B et al. Estação comunidade. In: Lancetti A. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.137-53.

13. Sampaio JJC, Barroso CMC. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: Lancetti A. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: HUCITEC; 2000. p.137-53.
14. Vecchia MD. A saúde mental no programa de saúde da família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe [dissertação]. Botucatu (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2006.
15. Amaral MA. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. Rev Saúde Públ. 1997;31(3):288-95.
16. Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Delgado PG, organizador. Cadernos de Textos: III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2001, p. 16-23.