

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS, IMPASSES E PERSPECTIVAS
DO MUNICÍPIO DE PRATINHA/MG**

RAQUEL WOITSCHACH DE OLIVEIRA

UBERABA

2011

<p>RAQUEL WOITSCHACH DE OLIVEIRA</p>	<p>A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS, IMPASSES E PERSPECTIVAS DO MUNICÍPIO DE PRATINHA/MG</p>	<p>UFMG 2011</p>
---	--	-------------------------

RAQUEL WOITSCHACH DE OLIVEIRA

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS, IMPASSES E PERSPECTIVAS
DO MUNICÍPIO DE PRATINHA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Título de Especialista
Orientadora: Profª Dra. Paula Cambraia de
Mendonça Vianna

UBERABA

2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

RAQUEL WOITSCHACH DE OLIVEIRA

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS, IMPASSES E PERSPECTIVAS
DO MUNICÍPIO DE PRATINHA/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, como
requisito parcial para obtenção do Título de
Especialista

Orientadora: Prof^a Dra. Paula Cambraia de
Mendonça Vianna

Banca Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso
a três pessoas Alcir, Jenny e Ursula
que em nenhum momento mediram esforços para
realização dos meus sonhos, que me guiaram pelos
caminhos corretos, me ensinaram a fazer as melhores
escolhas, me mostraram que a honestidade e o respeito
são essenciais à vida, e que devemos sempre lutar pelo
que queremos. A eles devo a pessoa que me tornei,
sou extremamente feliz e tenho muito orgulho por
chamá-los de pai, mãe e irmã.

AGRADECIMENTO

Agradeço, pela realização deste Trabalho de Conclusão de Curso, a Deus, fundamental em minha vida.

Ao município de Pratinha/MG que me acolheu.

Às equipe do Programa Saúde da Família-Saúde em Casa, que participou efetivamente da realização deste estudo, da Unidade Básica de Saúde Municipal e Secretaria Municipal.

Às amigas Mônica e Michelle, que realmente fazem a diferença.

Aos meus familiares, colegas e amigos, que me incentivaram em todos os momentos

À minha família, à Profª Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna, à tutora Fernanda Carolina Camargo e aos colegas de curso

EPÍGRAFE

“DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos, se não fora

A presença distante das estrelas!”

Mário Quintana

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a Atenção em Saúde Mental e a sua interlocução com a Atenção Primária, a partir da Reforma Psiquiátrica, e sua contribuição para otimizar a atuação da equipe do Programa Saúde da Família, no município de Pratinha/MG. Foram pesquisados livros, artigos científicos, dissertações, teses, dentre outros por meio do Portal Biblioteca Virtual de Saúde, BIREME, de 2003 a 2010. Os resultados evidenciaram que o município enfrenta diversos impasses na operacionalização da Reforma Psiquiátrica deparando com problemas sociais, políticos, logísticos e de recursos humanos, como a falta de estrutura dos serviços municipais de saúde, da organização de processo de trabalho, a falta de capacitação da equipe e a ausência de políticas municipais de saúde mental. É necessária a participação da gestão política, da equipe, dos usuários, suas famílias e da própria comunidade na implementação de um novo modelo assistencial em saúde mental, alicerçado na desinstitucionalização, na reabilitação e na reinserção social do indivíduo, através de novas abordagens, novos valores e olhares aos portadores de transtorno mental.

Palavras Chave. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study aims to examine the mental health care and its dialogue with primary care from the psychiatric reform and optimize their contribution to the work team of the Family Health Program in the municipality of Pratinha / MG. We searched books, papers, dissertations, theses, among others through the Virtual Health Library portal, BIREME, 2003 to 2010. The results showed that the city still faces several bottlenecks in the operation of the Psychiatric Reform faced with social, political, logistical and human resources, the lack of structure of municipal health services, organization of work processes, lack of training team and the lack of local mental health policies. It is necessary by all the above, the participation of political management, staff, users, their families and the community in implementation of a new model of care in mental health, based on de-institutionalization, rehabilitation and social reintegration of individual knowledge, by means of new approaches, new values and looks for individuals with mental disorders.

Key word: Mental Health. Primary Health Care. Family Health Program

SUMÁRIO

1 Introdução	11
2 Objetivos	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3 Percurso metodológico	14
3.1 Materiais e Método	14
4 Revisão de Literatura	15
4.1 A Estratégia da Saúde da Família e a reorganização do modelo técnico assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS)	15
4.2 A realidade da atenção em saúde mental e sua interlocução com a atenção primária no município de Pratinha	26
5 Considerações finais	31
Referências	32

1 Introdução

Durante a elaboração do diagnóstico situacional do Município de Pratinha, assim como na prática diária da equipe do Programa Saúde da Família - Saúde em Casa, constatou-se que existem grandes entraves para a efetivação do atendimento em saúde mental de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Contando apenas com uma equipe de saúde mental mínima, apresenta impasses como a estrutura do serviço de saúde e o processo de trabalho inadequado para o atendimento com mecanismos de referência e contra-referência ineficientes.

A medicalização dos problemas, caracterizada pelo uso abusivo e indiscriminado de psicotrópicos pelos usuários, que procuram o serviço para renovar a receita ou para solicitar novos medicamentos, mostra a impossibilidade de enfrentar os problemas de saúde sem o remédio. A dificuldade para a abordagem dos familiares e o despreparo dos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico é uma realidade do serviço.

Dessa maneira, decidiu-se por realizar uma revisão da produção de conhecimento em Saúde Mental sobre a Reforma Psiquiátrica e o processo de inserção da Saúde Mental na Atenção Básica, para avaliar os impasses, desafios e perspectivas da desinstitucionalização e reabilitação da pessoa mentalmente adoecida no município de Pratinha/MG.

O município de Pratinha tem uma população de 3432 habitantes (IBGE/2009). Está localizada na Região Sudoeste de Minas Gerais, no Alto Paranaíba. Possui área geográfica de 619,30 quilômetros quadrados e altitude de 1162 metros. Pertence à Macrorregião Triângulo Sul e à Microrregião de Araxá. Faz limites com os municípios de Ibiá, Araxá, Tapira, Campos Altos e Medeiros.

A cidade vive basicamente da produção de leite e queijo artesanal, destacando-se ainda o cultivo de café, milho, soja, batata, feijão, arroz e cana de açúcar.

A população residente no território de abrangência do PSF totaliza 2950 pessoas, distribuídas em 1009 famílias. O programa atende a 85,9% da população, dividida em seis micro-áreas, quatro na zona urbana (56,82%) e duas na zona rural (43,18%).

A estrutura de saneamento básico atinge 63,96% das residências. A água não é tratada, passando apenas por filtragem e é distribuída sem hidrômetro. O tipo de habitação predominante é de tijolo e adobe (97,42%). Em 96,6% delas há energia elétrica. A coleta de lixo é feita em 65% dos domicílios.

A economia do município tem predomínio na agropecuária, mas é carente na oferta de empregos para a população e tem como alternativas o funcionalismo público, o

serviço em algumas empresas privadas, a prestação de serviços e a economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados.

A respeito da escolaridade, o município possui uma escola municipal, atendendo crianças de 6 a 10 anos e uma escola estadual, com ensino fundamental e médio, além do programa Educação para Jovens e Adultos - EJA. Os estudantes também têm acesso ao ensino superior através da Universidade de Uberaba, que ministra os cursos de Pedagogia e Administração à distância.

Da população residente, 90,86% dos jovens de 7 a 14 anos estão na escola e 91,60% dos maiores de 15 anos são alfabetizados.

O município oferece algumas opções para recreação, como um clube Parque de Esportes Jesus Gonçalves, com infra-estrutura que contempla piscinas, quadra de esportes e salão de festas. Entretanto, a população não usufrui desta estrutura, pois a prefeitura não a disponibiliza para este fim.

Existem também atrativos turísticos naturais, como a cachoeira Estiva, muito procurada pela população.

Anualmente, uma festa muito aguardada pela população é a Festa do Peão, pela mobilização social e financeira.

O índice de criminalidade e violência é baixo.

No perfil nosológico da população prevalecem as doenças crônicas degenerativas, as doenças relacionadas ao trabalho e um grande número de pacientes psiquiátricos. Apenas 3% da população estão vinculadas a um plano de saúde, demonstrando a necessidade permanente dos serviços públicos de saúde.

Em 1974 foi construída, pelo Estado, uma Unidade Básica de Saúde no município. Em 1994 foi criado o Fundo Municipal de Saúde e, a partir de 1998, com a NOB/96, o Município foi habilitado em Gestão Plena de Atenção Básica.

Ato contínuo implantou o PSF em 1999. Em 2007, foi construída a Unidade do PSF do Programa Estadual Saúde em Casa, possibilitando que a Equipe do PSF tivesse sede própria.

A equipe está composta por médico clínico geral, enfermeira, três técnicos de enfermagem, coordenador de agentes comunitários de saúde, seis agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. Faz parte também da equipe um médico ginecologista obstetra. Completam a equipe uma recepcionista e uma responsável por serviços gerais.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Analisar a Atenção em Saúde Mental e a sua interlocução com a Atenção Básica, a partir da Reforma Psiquiátrica, no município de Pratinha/MG, tendo como base a revisão de literatura realizada.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar o levantamento da produção científica sobre a saúde mental e sua articulação com a atenção básica
- Caracterizar o processo de inserção da Saúde Mental na Atenção Básica a partir da Reforma Psiquiátrica,
- Apontar como os resultados da análise dessa produção científica podem contribuir para a atuação da equipe de Saúde Mental na ESF, no município de Pratinha/MG.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Materiais e método

Foi realizado um estudo exploratório, descritivo, com base na revisão de literatura, presente em diferentes apresentações como livros, artigos científicos, dissertações, teses, dentre outros.

A revisão de literatura refere-se à fundamentação teórica adotada para tratar o tema e o problema de pesquisa, por meio da análise da literatura publicada, onde é traçado um quadro teórico e feita a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. A revisão de literatura resultará, então, do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos, permitindo uma descrição de quem já escreveu e do que já foi escrito sobre o tema e/ou problema da pesquisa (SILVA, 2001).

Para tanto, foi utilizado o Portal Biblioteca Virtual de Saúde, BIREME, com as bases de publicações virtuais pertinentes através dos uni termos Programa Saúde da Família, Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde.

Dos quarenta e seis trabalhos publicados, foram selecionados dezenove, com períodos de publicação entre 2003 e 2010. Foram escolhidos os trabalhos que abordassem os princípios da Reforma Psiquiátrica e o processo da inserção da Saúde Mental na Atenção Primária, tendo o Programa Saúde da Família como estratégia de reorganização do Modelo Assistencial e suas dificuldades de interlocução.

A partir da caracterização do processo de inserção da Saúde Mental na Atenção Básica a partir da Reforma Psiquiátrica, poderemos apontar como os resultados da análise dessa produção científica podem contribuir para a atuação da equipe do PSF na Saúde Mental, no município de Pratinha/MG.

4 Revisão da Literatura

4.1 A Estratégia da Saúde da Família e a reorganização do modelo técnico assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS)

Modelo assistencial em saúde é o conjunto de práticas baseadas em modelos teóricos ou sistemas já existentes, que indicam o modo como devem ser produzidas as ações e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las (FARIA *et al*, 2008).

O Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, de 1998, de autoria do Ministério da Saúde, define atenção básica como o conjunto de ações, individuais ou coletivas, situadas na primeira linha de atenção dos sistemas de saúde, para a promoção de saúde, a prevenção de agravos, o tratamento em geral e as relativas aos impedimentos físicos e mentais (BRASIL, 1998).

Neste sentido o Programa Saúde da Família, concebido em 1994 pelo Ministério da Saúde, e em 2006, pelo Plano Nacional de Atenção Básica, da Portaria nº 648 do Ministério da Saúde, o definiu como estratégia de reorganização do modelo assistencial brasileiro, é um modelo assistencial em saúde que valoriza os princípios da territorialização, formação de vínculo com a população, garantia de integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, enfatizando a promoção da saúde por meio do fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade para a consolidação do SUS (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006).

Como estratégia para a reorganização da assistência ao portador de sofrimento psíquico, a Reforma Psiquiátrica incorpora os princípios acima citados em sua organização política e assistencial. É compreendida como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (BRASIL, 2005).

Teve início no final da década de 1970, com as demandas do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (movimento de profissionais da assistência psiquiátrica nas instituições públicas) e contou com o respaldo da “Declaração de Caracas”, aprovada no dia 14 de novembro de 1990 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde os países da América Latina, incluindo o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, proteger os direitos civis, a

dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar sua permanência no seu meio comunitário (NASCIMENTO; BRAGA, 2004, HIRDES, 2009).

Dessa maneira, a reorganização do modelo assistencial prestado às pessoas com transtornos psíquicos visa a desinstitucionalização por meio da substituição e reestruturação do modelo vigente. Propõe, ainda, a integração e a organização das atividades em um território definido, de maneira abrangente, voltado para o indivíduo/família e de seu processo saúde doença(CAVALHERI, 2010).

Contrapõe-se ao modelo hegemônico de assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão social do doente mental a partir de um novo paradigma – o da desinstitucionalização por meio da reintegração psicossocial da pessoa mentalmente adoecida, ao criar novas formas de convivência com a loucura e buscar a transformação da realidade assistencial (PEREIRA, VIANNA, 2009; CAVALHERI, 2010).

Assim, ao compreendê-la como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, a Reforma Psiquiátrica mostra que é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo de transição avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASL, 2005).

A Atenção Básica, então, vem a ser um espaço privilegiado para implantar a estratégia substitutiva proposta pela Reforma Psiquiátrica no atendimento ao transtorno mental, uma vez que respeita o espaço social do portador e atua no território de abrangência da unidade, estabelecendo vínculos entre a população e a equipe, trabalhando no processo saúde-doença tendo como base o contexto familiar, cultural e territorial através da atenção multiprofissional, da integralidade, da intersetorialidade e na integração em rede do nível primário ao especializado (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Em 1989, o Projeto de Lei 3.657/89, do deputado Paulo Delgado (PT/MG), dá entrada no Congresso Nacional propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. O projeto de Lei traz elementos que contribuem para superar o modelo vigente, tendo por base à implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares que atenda a alguns preceitos, destacando-se: atenção interdisciplinar, proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos ou contratação de mais leitos; inserir leitos e criar unidades psiquiátricas em hospitais gerais; criar Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), pensão protegida, lares abrigados; integrar a saúde mental a estratégias ou programas de saúde, movimentos sociais e instituições.

Atualmente, a Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001, sancionada pela Presidente da República, constitui uma das bases legais da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtorno mental e

redireciona o modelo assistencial em saúde, refere que

a pessoa em sofrimento mental deverá ser assistida por uma rede de atenção em saúde mental, em vários níveis de complexidade, abrangendo desde os serviços especializados até a inclusão de ações em programa de saúde geral. Desse modo, os serviços de Atenção Primária, tais como o Programa Saúde da Família, constitui base importante da rede, tornando-se porta de entrada (BRASIL, 2001.p).

Ademais, os problemas de saúde mental apresentam-se como uma realidade no cotidiano das atividades do PSF, daí a importância da inserção das ações em saúde mental na Unidade Básica de Saúde da Família (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Entretanto, no processo de consolidar a Reforma Psiquiátrica, articulando a Atenção Básica a uma rede substitutiva de cuidados à saúde mental, algumas dificuldades surgem no processo de desinstitucionalização, como a insuficiência de recursos econômicos para o desenvolvimento de programas comunitários e para a criação de serviços substitutivos, assim como programas de saúde mental comunitária que não foram projetados para atender aos pacientes crônicos dos hospitais psiquiátricos (PEREIRA, 2009).

Luzio e L'abbate (2009), ao realizar um estudo nos municípios de pequeno e médio porte, verificaram que apesar de vários segmentos sociais terem conhecimento sobre os princípios e propostas da reforma psiquiátrica, as gestões municipais não assumem integralmente as propostas do Ministério da Saúde alegando falta de recursos financeiros. Ressaltam ainda os riscos da medicalização da demanda da Saúde Mental, objetivando a diminuição da internação psiquiátrica, sem qualquer investimento na formação permanente das equipes dos serviços, comprometida com os pressupostos teóricos da atenção psicossocial. Afirmam, também, que os serviços não conseguem produzir novas práticas para propiciar ao usuário o direito de ser sujeito e cidadão.

Vecchia e Martins (2009) analisaram os sentidos pessoais e significações sociais das atividades de atenção em saúde mental desenvolvidas por profissionais integrantes de uma equipe de saúde da família, observando que consideram relevante a determinação das condições de vida no processo saúde-doença da população atendida e também a necessidade de utilizar estratégias diversificadas que vão além da consulta, além da importância de se cuidar da saúde mental da própria equipe, bem como as dificuldades encontradas na abordagem da família. Para isso, é importante a superação do modelo biomédico na determinação do processo saúde-doença através do acolhimento, da constituição de vínculos, da responsabilização e continuidade da atenção.

Alguns impasses ocorrem no próprio processo de trabalho da equipe, como foi

verificado por Lucchese e colaboradores (2009), ao analisar as condições concretas da assistência à saúde mental em unidades de PSF de Cuiabá/Mato Grosso. Concluíram que a demanda de atendimento às pessoas com sofrimento mental não era registrada nos prontuários nem integrava projeto de intervenção individual ou familiar. Algumas ações eram realizadas numa concepção leiga de “doença mental” e tratamento, e o recurso do encaminhamento para a rede especializada era freqüentemente acionado, apesar da precariedade desta, refletindo a necessidade de continuidade no processo de capacitação em saúde mental.

Situação similar foi observada por Jucá e colaboradores (2009), ao concluírem que os profissionais experenciam dificuldades diversas que vão desde a identificação do sofrimento mental, passando pelos impasses relativos ao manejo de situações específicas até as questões relativas ao encaminhamento para os serviços especializados.

As dificuldades são encontradas em cada um dos profissionais das equipes, no que se refere à assistência em saúde mental na atenção primária. A seguir, descrevemos os impasses vividos pelos profissionais, inclusive o psicólogo, no cuidado ao portador de sofrimento mental e sua atuação na rede de cuidados.

No estudo de Dimenstein (1999), vários fatores contribuíram para a inserção do psicólogo no setor da saúde, especificamente na saúde mental, influenciado pelo contexto histórico-político-econômico, onde houve uma supervalorização cultural da profissão, ao mesmo tempo em que se construía e consolidava a idéia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade.

Contribuíram para essa inserção, o contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 70 e da década de 80 no que se refere à política de recursos humanos, com a deteriorização da assistência dos serviços de saúde e cortes progressivos dos programas sociais. No que tange saúde mental, ainda prevalecendo o modelo hospitalocêntrico, a falência desse modelo assistencial e ainda a perda da igualdade dos serviços oferecidos pela Previdência social favoreceram entrada do psicólogo no setor público. Principalmente no desenvolvimento das redes substitutivas em atenção aos portadores de saúde mental, inspiradas pelos movimentos reformistas dos Estados Unidos e Europa, onde o psiquiatra por si só se vê incapaz de realizar essa mudança, necessitando dessa maneira de outros profissionais, dentre eles o psicólogo, objetivando a formação de equipes multiprofissionais (DIMENSTEIN, 2009).

Ainda no presente estudo, o autor menciona que após a crise econômica e social no Brasil na década de 80, a retração do mercado dos atendimentos privados e o momento político de instauração de programas com ênfase na questão ambulatorial e na

montagem multiprofissional das equipes de saúde, duas situações vieram contribuir para a ocupação dos espaços institucionais públicos pelo psicólogo. Inicialmente pela perda de mercado por estes profissionais, devido à crise econômica e também pela visão da população com relação do trabalho do psicólogo com pouco significativo na questão social e sim uma atividade de luxo. Dessa maneira, diversas instituições como hospitais, os ambulatorios, postos e centros de saúde foram configurando-se como lugares privilegiados para a construção de novas práticas pelo psicólogo e como oportunidade de resgate de certo prestígio social que vinha sendo perdida.

Dimenstein (2009) ainda mostra que os movimentos da categoria na tentativa de redefinição da função do psicólogo na sociedade e a difusão da psicanálise e psicologização da sociedade também contribuíram para a inserção do profissional na Atenção Básica.

Mas, atualmente, o trabalho do psicólogo na Atenção Primária não é fácil, pois apesar de mostrar-se como profissão de saúde comprometida socialmente e potencialmente capaz de lidar com a demanda da população, são alvos de crítica no que se refere à sua prática profissional como o desenvolvimento da clínica tradicional como estratégia de trabalho assumida isoladamente pelos profissionais, a dificuldade em delimitar o papel (e a conseqüente ação) do psicólogo na Saúde Pública, a incongruência entre a tradição intervencionista e adaptativa da profissão *versus* as exigências do SUS por ações multiprofissionais, preventivas e comunitárias, entre outras (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

As mesmas dificuldades são encontradas por Ronzani e Rodrigues (2006), ao apontarem que a prática profissional da psicologia é predominantemente pautada por questões teórico-práticas limitadas às teorias terapêutico-curativas, com predominância da Psicologia clínica, o que leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma “psicologização” desse fenômeno. Tal representação e perfil predominante dos profissionais levam ainda, muitas vezes, à simplificação, e não ao reconhecimento da Psicologia como uma disciplina de relevância social e, principalmente, como uma área de conhecimento importante para a promoção da saúde coletiva.

Afirmam ainda que uma perspectiva teórica que permita transcender o espaço definido por algumas práticas da Psicologia clínica e da saúde tradicionais poderia oferecer às equipes de atuação na APS um importante respaldo teórico e metodológico na inserção do psicólogo na promoção não somente da saúde mental, mas também de outros setores da saúde. Com a capacidade de articulação interdisciplinar e na perspectiva de uma teoria psicológica contextualizada a questões de relevância social, como o resgate da cidadania e a exclusão social, o psicólogo não será meramente um

especialista em saúde mental, e sim, um profissional importante na soma de esforços pela prevenção e promoção da saúde através do enfoque do restabelecimento do bem estar da comunidade

Igualmente médicos e enfermeiros enfrentam seus próprios obstáculos.

Nascimento e Braga (2004) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a pratica do enfermeiro e do médico do PSF quanto à atenção em saúde mental, no município de Caucaia/Ceará. Optaram por trabalhar com esses profissionais, pois são estes que, na equipe de PSF, assumem a maioria das ações assistenciais, na lógica da vigilância á saúde, atuando na promoção da saúde e nas práticas educativas.

Entre os problemas encontrados no estudo, está a dificuldade em lidar com as demandas de saúde mental da comunidade assistida. Concluíram também que é necessário que médicos e enfermeiros aprofundem seus conhecimentos técnicos e científicos acerca das práticas em saúde mental, pois estas colaboram no direcionamento da ação profissional, fundamentando a pesquisa e qualificando cada vez mais sua prática. Observaram que, alguns destes profissionais, demonstraram dificuldade em definir a doença mental, utilizando termos como distúrbios patológicos, emocionais, mudanças comportamentais, diferenças entre normal e anormal, critérios para classificação da deficiência mental de difícil diagnóstico.

Ainda neste estudo, apontaram como impasses o reconhecimento da inabilidade no manejo das demandas da comunidade, o desconhecimento e pouca utilização dos recursos da comunidade para atuar em ações preventivas e a utilização restrita de uma escuta sensível do relacionamento interpessoal (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Ressaltaram a importância de que médicos e enfermeiros estejam sensibilizados para compor o modelo de organização familiar e proporcionar assistência abrangente, oferecendo à família da pessoa em sofrimento mental o apoio necessário para que possa assumir o seu papel na sociedade. A importância da reestruturação da rede básica de saúde e a habilitação dos profissionais de saúde são, no intuito de reduzir a demanda dos transtornos mentais, evitar a reincidência da crise-internação-crise. Desse modo, os enfermeiros e médicos do PSF podem ser promotores de saúde mental, uma vez que estão constantemente em contato com as famílias assistidas, esforçando-se para desenvolver novas propostas de atenção à saúde mental, levando um atendimento descentralizado, com base comunitária, contemplando os princípios da Reforma Sanitária.

Nunes e colaboradores (2000, p.2378) constataram em seu estudo que os profissionais se queixam da quase inexistência de práticas de saúde mental nas equipes estudadas, podendo-se dividir os motivos em quatro grupos de causas atribuídas pelos

entrevistados:

(i) o desconhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica e a falta de capacitação em saúde mental dos profissionais e técnicos do PSF; (ii) a não-identificação por parte da população de problemas em saúde mental como prioridades nas áreas estudadas; (iii) a falta de condições para o atendimento desses casos no PSF, o que inclui a inexistência de medicações psiquiátricas para fornecer aos pacientes; (iv) a inexistência de uma rede em saúde mental, inclusive a falta de entrosamento com serviços de saúde mental que funcionem como retaguarda e permitam a referência rápida em caso de necessidade, entre outras.

Dentre as categorias profissionais entrevistadas no presente estudo, os agentes comunitários de saúde se destacaram pelo contato com casos de portadores de transtornos mentais, demonstrando conhecimento dessa problemática na sua realidade e referindo habilidade de identificar os mesmos, sem que, necessariamente, tenham sido capazes de oferecer uma solução adequada para o mesmo. Estes profissionais, pelo contato diário com famílias que têm algum membro com problema mental e, talvez por serem residentes na comunidade, tentam formas de lidar de modo mais contínuo com esses casos.

Ainda entre os auxiliares de enfermagem, Nunes e colaboradores (2007) verificaram que há uma maior variedade de atitudes: embora alguns assumam uma atitude pró-ativa, outros se posicionam na retaguarda do tratamento, trabalhando sempre a partir da definição dos profissionais de nível superior, resistindo a assumir qualquer tipo de protagonismo.

Tanto foi discutido a respeito da atenção ao portador de transtorno mental pelos profissionais da ESF, mas qual o perfil desses usuários?

No estudo realizado por Modesto e Santos (2006), para identificar o perfil diagnóstico e sócio demográfico dos pacientes assistidos em saúde mental, no Programa de Saúde da Família, de Cachoeira, Bahia, em 2001, a partir das variáveis idade, sexo, ocupação, encaminhamento e diagnóstico pela CID10, observaram que 54% dos casos pertenciam ao sexo feminino, 67% eram adultos jovens, entre 20 e 49 anos, mostrando o período médio de instalação dos transtornos, geralmente com sintomas mais severos e 49% procediam da zona urbana.

Dos prontuários examinados, 63% dos pacientes encontravam-se sem inserção produtiva/formal no mercado de trabalho, deduzindo o baixo grau de autonomia e dependência social, conseqüente à doença psíquica. Entretanto, a segregação social e os longos períodos de tempo internados em hospitais psiquiátricos os pacientes psiquiátricos favorecem também a desabilitação, que dificulta a reinserção social e no mercado de trabalho.

Entre os diagnósticos realizados, 37% eram esquizofrênicos com transtornos típicos e delirantes, 18% apresentavam transtorno afetivo e 12% o quadro de epilepsia. Desses casos, 38% haviam sido encaminhados ao atendimento em saúde Mental por meio dos agentes comunitários de saúde, 23% por médicos do Programa Saúde da Família e 24% por demanda espontânea. O estudo mostra que os quadros de psicose severa e epilepsias geralmente eram tratados por psiquiatras devido a carência dos serviços de neurologia na rede.

Fortes e colaboradores (2008) encontraram, ao realizar o estudo sobre perfil nosológico e prevalência dos transtornos mentais, como mais comuns, a depressão e o transtorno de ansiedade associadas com transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de dor somatoformes e dissociativos.

Concluíram que a prevalência de transtornos mentais comuns e o perfil nosológico encontrados eram equivalentes a outros estudos em Atenção Primária, reforçando a necessidade urgente da inclusão sistemática desse nível de cuidados no planejamento da assistência em saúde mental. Viram ainda a necessidade da superação dos conceitos organicistas e da lógica de exclusão, assim como a aproximação dos médicos psiquiatras da atenção primária (MODESTO; SANTOS, 2006).

Em relação aos cuidados aos portadores de transtorno mental, Brêda e Augusto (2001), a partir dos relatos de experiência desses usuários, de seus familiares e dos profissionais de saúde, revelaram que o cuidado tem sido medicalizado e fragmentado. Os profissionais de saúde assim como as famílias têm reproduzido a lógica da internação psiquiátrica, reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental local.

Apontam ainda que o Programa Saúde da Família não tem sido capaz de mudar a lógica da atenção centrada no modelo biomédico e sua forma de cuidado em saúde não coincide com os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Sua capacidade de intervir nas redes sociais ainda é tímida, a dinâmica das ações é passiva e individual e as formas de abordagem baseadas na escuta, no acolhimento e no vínculo são raramente utilizadas.

Para Cavalheri (2010), as transformações do modelo assistencial em saúde mental colocaram as famílias como participantes do processo de reabilitação do seu familiar adoecido mentalmente, retratando que estas pessoas se sentem sobrecarregadas com as responsabilidades a elas impostas, sendo usurpadas do seu próprio eu, passando a viver sentimentos complexos e controversos e sentindo-se carentes quanto a informações, orientações e apoio dos serviços. Este estudo sugere que a intervenção ocorra por meio de ações educacionais de caráter informativo, de

ampliação de recursos emocionais de enfrentamento e de habilidades para intervir em situações particulares, além da desconstrução do preconceito acerca da doença mental. Entretanto, é relevante o papel dos serviços de Saúde Mental no acolhimento e no preparo da ampliação da capacidade e habilidade das famílias.

Nunes e colaboradores (2007), ao avaliarem as práticas realizadas com pacientes portadores de transtornos mentais nas ESF estudadas, encontraram algumas ações que se podem definir como inadequadas ou retrógradas dentro do campo da saúde mental com base em três parâmetros. O primeiro deles diz respeito a ações excessivamente normatizadoras e apoiadas no modelo biomédico hospitalocêntrico. O segundo destaca ações de cunho discriminatório e o terceiro, aquelas de caráter moralista-repressivo. Observaram, também, que o recurso utilizado através de atitudes moralizantes e repressivas ocorre quando não se sabe como lidar com a situação, ou quando não se dispõe de ações comunitárias para enfrentar, ou pelo menos refletir sobre problemas apresentados pelos portadores de transtorno mental.

Reconheceram, dessa maneira, a ausência de recursos operacionais e teóricos no PSF para lidar com a saúde mental e a inexistência de uma “estratégia” que contemple ações de promoção, de comunicação e educação em saúde, de práticas coletivas, além das individuais.

Entretanto, no mesmo estudo, os autores puderam evidenciar as tentativas realizadas por muitos dos profissionais entrevistados de produzir sínteses espontâneas entre a lógica de funcionamento e de concepção do PSF e a lógica da inclusão da saúde mental no mesmo. Inicialmente, através da integralidade da assistência, perceberam a tentativa por parte de alguns profissionais, em reduzir a distância existente entre problemas da mente e problemas do corpo. Fundamentam suas observações pela semelhança entre os vários tipos de doença por sua causalidade psicossocial, e também pela necessidade de se reagir socialmente a todo tipo de doença da mesma forma, evitando tratar os doentes mentais de uma forma discriminatória. Fala-se então da compartimentalização do cuidado no PSF, tratando as doenças físicas dos pacientes, sem que se ocupe da parte mental.

Alguns aspectos operativos da desinstitucionalização dos cuidados foram discutidos no estudo de Vecchia e Martins (2009), que identificaram alguns componentes fundamentais, sendo estes o desenvolvimento da comunicação entre generalista e especialista da saúde mental, a superação da centralização de ações restritas aos enquadres tradicionais, manter o questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado através da medicalização (psicofarmacoterapia), superar concepções culpabilizantes do grupo familiar e investir na formação de equipes de

atenção básica para os cuidados em saúde mental.

Nesta perspectiva, é importante que o generalista analise não só os aspectos anatomofisiopatológicos como determinantes de saúde–doença assim como os especialistas considerem importante o papel do generalista no desenvolvimento de ações eficazes no campo da saúde mental. Afirmam, também, que os especialistas em saúde mental ainda priorizam o atendimento individual e apresentam maior resistência às atividades extramuros, tais como as visitas domiciliares.

Para Saraceno (2001), o serviço de alta qualidade se ocupa de todos os pacientes a que ele se refere e também oferece reabilitação a todos os pacientes que dele possam se beneficiar. Considera que a comunidade, como fonte de recursos humanos e materiais, é um dos lugares privilegiados para intercâmbio com os serviços de saúde. A família, como integrante da comunidade, exerce um papel importante na estratégia de cuidado e reabilitação, colaborando ou não com o serviço de saúde.

Dessa maneira, a abordagem psicossocial proposta por Saraceno exige mudanças na formulação das políticas de saúde mental, dos financiamentos dos programas de saúde mental, na prática diária dos serviços e no papel do médico, pois ela destaca o papel dos usuários, das famílias, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental.

A reabilitação psicossocial, que tem em Saraceno (2001) um de seus principais representantes, destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental. A reabilitação seria compreendida pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Considera como um processo de reconstrução, o exercício de cidadania nos cenários *habitat*, rede social e trabalho com valor social, sendo estes, respectivamente, a casa que acolhe e atende às necessidades afetivas e materiais, o fortalecimento da rede social e, em especial, do núcleo familiar e, finalmente, o trabalho, como fonte de renda e mediador da inserção social do indivíduo (SARACENO, 2001).

Outra estratégia de consolidação do processo está na criação de um fluxograma de atendimento, que permite a configuração de redes de conversação individuais e coletivas, interligando os trabalhadores de saúde mental e possibilitando ações de saúde integrais, por meio de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, da valorização das relações humanas e das subjetividades envolvidas no espaço do trabalho em saúde.

Esta estratégia foi objeto de estudo de Caçapava e colaboradores (2009) para cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental, à luz da integralidade das ações de saúde. No presente estudo, a coleta de dados deu-se a partir de um fluxograma analisador, que pode ser definido como um diagrama utilizado para desenhar todas as etapas do processo de trabalho, a partir da trajetória do usuário no serviço, desde a entrada ou saída do processo de produção de serviços, passando pelos momentos de decisão e de intervenção sobre o processo e a continuidade do trabalho. Para sua realização, contaram com a participação dos trabalhadores de saúde, que atuam no processo de trabalho em saúde mental.

A criação do fluxograma permitiu a articulação dos núcleos profissionais, dos saberes e fazeres para produzir os projetos de intervenção em saúde. Mobilizou também as discussões dos trabalhadores sobre relações afetivas entre os sujeitos envolvidos, na perspectiva de um olhar crítico-reflexivo sobre os espaços de conversação nos serviços de saúde.

Foram também mencionadas por Delfini *et al.* (2009) e Dimentein (2009) respectivamente, as parcerias entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o PSF e também o Apoio Matricial como dispositivos para articular os cuidados em saúde mental na atenção básica, para suporte técnico e corresponsabilização do atendimento e o papel dos Centros de Convivência e Cooperativas Sociais na reabilitação psicossocial do usuário em sofrimento psíquico.

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento do CAPS, é função deste oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica. O CAPS, então, se responsabiliza pelo atendimento em saúde mental de todo o território de sua abrangência e um de seus desafios é, além de prestar assistência de qualidade extramuros, a promoção da articulação intersetorial e social (BRASIL, 2002).

O matriciamento constitui um arranjo organizacional que concede suporte técnico específico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, neste caso, o apoio em saúde mental. Acontece por meio da corresponsabilização do cuidado com as equipes de Saúde da Família, da discussão de casos, de intervenções conjuntas às famílias e comunidade. Neste sentido, aumenta a capacidade resolutiva da atenção em saúde mental à população através da interdisciplinaridade e aquisição de novas competências.

Delfini e colaboradores (2009) ainda mencionam que a realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para a otimização dos cuidados em saúde mental no

território e para a operacionalização dos processos de reabilitação psicossocial. Neste sentido, é fundamental que as organizações sanitárias estejam comprometidas com o processo e que sejam priorizadas as conexões com outras políticas públicas e com os recursos da comunidade. O trabalho em rede pressupõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território.

4.2 A realidade da atenção em saúde mental e sua interlocução com a atenção primária no município de Pratinha

O processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, no município de Pratinha/MG enfrenta ainda diversos impasses na sua operacionalização.

O município dispõe de dois serviços de saúde, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que funciona como pronto atendimento aos casos agudos e a unidade do Programa Saúde da Família - Saúde em Casa, para o acompanhamento de rotina. Ambas as unidades atendem à mesma população adscrita.

Dessa maneira, a atenção aos portadores de sofrimento mental segue o que poderia ser chamado de fluxograma de atendimento. Os casos agudos são encaminhados para a UBS, por oferecer maior suporte para o atendimento, como a disponibilidade de medicamentos para as emergências psiquiátricas e neurológicas e os casos leves e estabilizados são acompanhados pela equipe do PSF.

No PSF são avaliados pelo médico generalista e anteriormente também pela psicóloga, e encaminhados, se necessário, para acompanhamento ambulatorial, fora do domicílio, com psiquiatra ou para internação em hospital psiquiátrico.

Contou com a participação de uma psicóloga até 2010, e atualmente enfrenta diversas dificuldades como a falta de treinamento para qualificar o atendimento dos profissionais de equipe e a falta de estrutura do serviço para acolher os usuários.

Os atendimentos são registrados em prontuário. A maior dificuldade encontrada, e um dos motivos da realização do estudo estão na medicalização do paciente. Grande parte dos usuários procura a unidade apenas para renovação da prescrição dos psicofármacos em uso, sem realizar acompanhamento regular, seja com médico generalista ou com o especialista em saúde mental.

Na tentativa de solucionar essa dificuldade, foi proposta a reavaliação dos pacientes, através de consulta médica, para ajuste da terapêutica, cadastramento dos usuários de psicofármacos e encaminhamento para especialistas os casos necessários.

Para o atendimento ambulatorial em psiquiatria, foi pactuado, com os municípios de Araxá, Ibiá e Uberaba, um total de oito vagas por mês. No município de Uberaba, que

disponibiliza duas das vagas, nem sempre é possível realizar o agendamento de todas as consultas.

Para a hospitalização dos casos mais graves, a macrorregião de Uberaba, da qual pertence Pratinha, tem como hospital psiquiátrico de referência, o Sanatório Espírita de Uberaba, que disponibiliza uma vaga por mês para toda a microrregião de Araxá.

O município de Pratinha, por ser de pequeno porte, não dispõe de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que possa apoiar a equipe de saúde da família na assistência de demanda e saúde mental.

No município de Ibiá, com 23.265 habitantes (IBGE, 2010) e a 37,5 quilômetros de Pratinha, foi criado o CAPS I. Inicialmente houve a tentativa de pactuação, com Pratinha e também com o município de Campos Altos, para atendimento à demanda de saúde mental. Entretanto, não foi possível realizar a pactuação, com o argumento de que excederia a capacidade de atendimento do CAPS, somando-se a demanda dos três municípios. Dessa maneira, dificultou ainda mais o tratamento e acompanhamento dos usuários por falta do apoio que o CAPS poderia brindar aos serviços de saúde de Pratinha.

A dificuldade encontrada por parte dos profissionais da equipe coincide com a revisão de literatura realizada. Observa-se a dificuldade de identificação e diagnóstico correto do sofrimento mental assim como a falta de capacitação para lidar com os usuários. Apesar disso, procura-se abordar os usuários de uma maneira acolhedora escutando suas necessidades e evitando-se condutas repressoras ou normativas.

A inserção da psicóloga na equipe, pelo tempo em que atuou no município, foi de fundamental importância para a otimização do cuidado, pois participou efetivamente do processo de diagnóstico, tratamento e acompanhamento por meio da discussão dos casos, participação nos grupos operativos já existentes e também na criação de grupos voltados para a saúde mental, como por exemplo, o Grupo de Apoio Feminino (GAFE), formado por mulheres que apresentavam queixas prevalentes, como transtorno de ansiedade e depressão.

Este grupo iniciou com a abordagem de temas relacionados ao resgate da auto-estima dessas usuárias, trabalhando valores, medos e dificuldades. Cuidava, ainda, da saúde mental das mulheres da própria equipe, ao participar das dinâmicas e das discussões propostas. Foi finalizado com a saída da psicóloga da equipe.

O profissional de psicologia criou, também, grupos de psicoterapia, para o público infantil, separados por sexo, ou seja, de meninos e de meninas, e por faixa etária, para facilitar a abordagem dos integrantes.

Por meio do diagnóstico situacional do município, observou-se o risco aumentado

para o desenvolvimento de quadros de sofrimento mental.

Na busca pelos nós críticos do problema, foram encontrados diversos fatores, sendo estes o nível de pressão social sobre a comunidade, a falta de informação, os hábitos de vida e a falta de estrutura dos serviços de saúde municipal.

Entre as propostas atualmente existentes, está a contratação deste profissional pelo Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), que está em fase de implementação no município.

O município é carente nas opções de emprego e lazer.

Uma iniciativa da Prefeitura municipal, em parceria com a Câmara de vereadores foi a realização de uma feira de produtos agrícolas da região, visando incentivar o comércio local e a geração de lucro para os pequenos produtores. Ocorre semanalmente aos domingos pela manhã.

Observamos famílias desestruturadas e casos de transtorno psíquico em várias gerações, assim como a transferência dos cuidados do usuário para a equipe, principalmente se houve internação em instituição psiquiátrica em algum momento do tratamento, com a justificativa de incapacidade de lidar com o transtorno ou pelos conflitos familiares ocasionados.

O que se observa é a equipe sobrecarregada e uma grande demanda do serviço. Ao mesmo tempo, a equipe se vê limitada, tanto tecnicamente, ao prestar um cuidado de qualidade pela falta de capacitação permanente em saúde mental, como na tentativa de sensibilizar as famílias quanto à corresponsabilização do cuidado.

A casuística de alcoolismo é subnotificada. Houve a tentativa de implantar os Alcoólicos Anônimos (AA) no município, com representantes da irmandade do município de Ibiá, mas encontrou obstáculos desde o início. A dificuldade na pactuação para organização das reuniões e também a baixa adesão dos usuários impediram a seqüência da irmandade.

A baixa escolaridade da população os priva de adquirir informações sobre os riscos e agravos tanto do transtorno mental como do uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos. A falta de participação social contribui também para o desconhecimento dos seus direitos sociais.

Por outro lado, está a falta de estrutura dos serviços municipais de saúde, da organização de processo de trabalho e a ausência de políticas municipais de saúde mental. Os profissionais da equipe do PSF não estão capacitados para o atendimento dessa demanda.

Como conseqüência, observamos o uso abusivo e indiscriminado dos psicofármacos - uma das maiores dificuldades, o uso abusivo de álcool, as internações

em hospitais psiquiátricos e conseqüentemente, tentativas de suicídio, casos de violência doméstica, maus tratos infantis, exclusão social desses usuários, a evasão escolar, desemprego e aposentadoria precoce por invalidez.

Após o diagnóstico situacional, realizado pela equipe, foi elaborado um plano de ação voltado para a melhoria e otimização da atenção ao portador do sofrimento mental, por meio de propostas que auxiliassem a desatar os nós críticos do problema.

Com a finalidade de melhorar o processo de trabalho da equipe, foi proposta a capacitação dos profissionais, através de educação continuada, para o acolhimento, tratamento e acompanhamento dos usuários através da implantação de protocolos de ação ou linhas guias.

Para tanto, poderá ser realizado um treinamento em Saúde Mental, onde serão abordados os temas mais prevalentes, buscando adquirir maior compreensão sobre o conceito de transtorno mental, poder identificar as síndromes psiquiátricas e como acompanhar esses casos.

Foi sugerido, pela equipe, também, a realização de campanhas educativas, voltadas para a população local, informando a respeito dos riscos do uso indiscriminado dos psicofármacos, através da rádio local como meio de divulgação.

Além da necessidade da contratação de um profissional de psicologia, que possa articular com a equipe o cuidado dos usuários, há a proposta de contratação de um psiquiatra. A finalidade será diminuir a demanda reprimida por consultas ambulatoriais intermunicipais e obter respaldo técnico da equipe, através da corresponsabilização do cuidado.

Propõem-se também a criação de oficinas de artesanato, com a finalidade de oferecer terapia ocupacional, opção de lazer e até com fins lucrativos, buscando a comercialização dos produtos. Para tanto, será necessária a realização de parcerias com a prefeitura, para a aquisição de insumos, e também através da mobilização social, onde os próprios moradores pudessem ensinar técnicas de artesanato.

São projetos ainda incipientes, mas que no seu conjunto buscam a otimização da atenção aos usuários.

Mediante o que foi exposto, observamos que, no município de Pratinha, a implantação do modelo assistencial proposto pela Reforma Psiquiátrica ainda é incipiente, deparando com problemas sociais, políticos, logísticos e de recursos humanos que impedem a operacionalização do processo.

Observamos que existe motivação da equipe, fazendo-se necessário então, a capacitação dos profissionais para que se apropriem dos conceitos e das ações em saúde mental para que estas sejam efetivas.

Há, também, pouca vontade política, tanto na colaboração para concretização dos projetos, como em entraves para a realização de um trabalho de qualidade.

No estudo realizado, observou-se que, para que as ações de saúde mental sejam efetivamente implantadas articulando as propostas da Reforma Psiquiátrica com a Atenção Básica é necessário a participação coletiva de diversos setores.

É imprescindível, a participação da gestão política, da equipe, dos usuários, suas famílias e da própria comunidade na construção de um novo modelo assistencial em saúde mental, alicerçado na desinstitucionalização, na reabilitação e na reinserção social do indivíduo, por meio de novas abordagens, novos valores e olhares aos portadores de transtorno mental.

5 Considerações Finais

O presente estudo procurou analisar a Atenção em Saúde Mental e a sua interlocução com a Atenção Básica, a partir da Reforma Psiquiátrica, no município de Pratinha/MG, tendo como base a revisão de literatura realizada e a partir dessa premissa contribuir na atuação da equipe do Programa Saúde da Família.

Pode-se observar que a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica ainda está em construção, encontrando obstáculos significativos similares aos estudos da revisão de literatura.

Observa-se que a equipe, apesar das dificuldades, está comprometida em aperfeiçoar o atendimento em Saúde Mental.

Mas, ainda se reproduz no município o modelo psiquiátrico hegemônico, baseado na hospitalização e na medicalização, ainda com grande dificuldade em implementar práticas substitutivas que possibilitem a reinserção social do indivíduo.

É necessária a realização de um trabalho mais efetivo com as famílias, principalmente sobre a co-responsabilização do cuidado com os usuários. Deve-se, também, aperfeiçoar a rede de atenção já existente, fortalecendo a referência e contra-referência, buscando novas parcerias que respaldem a equipe do PSF principalmente com apoio técnico.

Mediante o que foi exposto, deveria haver, no município de Pratinha, maiores estímulos para a organização e participação dos usuários, dos familiares junto com a equipe, buscando fortalecer a rede de assistência em saúde mental, no que se refere ao cuidado e a reinserção social do indivíduo.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.

_____. Lei Federal 10.216 de 06 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** 2001; 06 abril.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

_____. Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** 1998; 12 de Novembro.

_____. Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. **Diário Oficial da União** 2002; 19 fev.

_____. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** 2006; 28 mar.

BRÊDA, M.Z., AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): p 471-480, 2001.

CAÇAPAVA JR *et al.* Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm USP**; 43(Esp dois): 1256-60, 2009

CAVALHERI, SC Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, jan-fev 2010; p.51-57;

[E1] Comentário: corrigir

DALLA VECCHIA M, MARTINS STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): p 183-193, 2009.

DELFINI PSS *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): p. 1483-1492, 2009.

DIMENSTEIN M *et al.* O Apoio Matricial em Unidades de saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n. 1, p. 63-74, 2009.

DIMENSTEIN, M.D.B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia.** (3)1, p.53-81,1999

FARIA, H. De *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde.** Unidade didática I: Organização do processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008

FORTES S. *et al.* Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria.** 30(1): p. 32-37, 2008

HIRDES A. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): p. 297-305, 2009

JUCÁ VJS, *et al.* Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: Impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), p. 173-182, 2009.

LUCCHESI R *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (9), p. 2033-2042, set, 2009

LUZIO, CA, L'ABBATE, S. A atenção em Saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonância da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1), p. 106-116, 2009

- MODESTO, T.N., SANTOS, D.C.. Saúde mental na Atenção Básica. **Revista Baiana de saúde Pública**, v.31, n.1, p.19-24, jan./jun. 2007
- NASCIMENTO, A.A.M, BRAGA, V.A.B. Atenção em Saúde Mental: A prática do enfermeiro e do Médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-Ce. **Cogitare Enfermagem**. v. 9, n. 1, p. 84-93, 2004
- NUNES M *et al.* Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007
- OLIVEIRA I. F. *et al.* A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica. **Aletheia**, n.25, p.5-19, jan./jun. 2007.
- PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.
- RONZANI, T.M., RODRIGUES, M.C. O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. **Psicologia Ciência e Profissão**, 26 (1), 132-143, 2006.
- SARACENO B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-18.
- SILVA, E.L. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. **Laboratório de Ensino a Distância da UFSC**. 3. ed. Florianópolis:, 2001.
- VECCHIA MD, MARTINS, STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implantação de ações. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.