



Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental

Family health strategy: mental health care actions

Estrategia salud de la familia: acciones en el área de salud mental

Stefânia Mendonça da Silva^I; Antônio Maurício da Silva^{II}; Adriano Rodrigues de Souza^{III};
Ana Débora Assis Moura^{IV}; Guldemar Gomes de Lima^V; Aline Rodrigues Feitoza^{VI}

RESUMO

Objetivo: analisar as atividades de atenção à saúde mental desenvolvidas por equipes de uma unidade de atenção primária à saúde em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2013, através de entrevista semi estruturada, com sete profissionais da Estratégia Saúde da Família. Utilizou-se para tratamento dos dados a análise de conteúdo. Projeto de pesquisa aprovado em comitê de ética, com CAAE: 13435713.2.0000.5052. **Resultados:** percebeu-se que os profissionais apresentaram dificuldades para implantar a assistência aos portadores de transtorno mental por falta de horários na agenda, carência de treinamento, bem como desafios na implementação do apoio matricial. **Conclusão:** faz-se necessário utilizar-se de dispositivos e estratégias de ação com competência técnica, ética e humanística para habilitar os profissionais da estratégia saúde da família na atenção à saúde dos portadores de transtorno mental.

Palavras-chave: Saúde mental; saúde da família; atenção à saúde; enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to examine the mental health care activities performed by primary health care teams at a facility in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Method:** in this qualitative, descriptive study, data was collected in April and May 2013 by semi-structured interviews of seven Family Health Strategy personnel. The data was treated by thematic content analysis. The ethics committee approved the research project (CAAE:13435713.2.0000.5052). **Results:** personnel were found it difficult to provide care to the mentally ill for lack of time in their schedule, lack of training, as well as challenges in implementing matrix support. **Conclusion:** provisions and action strategies need to be deployed with technical, ethical and humanistic competence in order to enable Family Health Strategy personnel to provide health care to patients with mental disorders.

Keywords: Mental health; family health; health care (public health); nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las actividades de atención a la salud mental desarrolladas por equipos de una unidad de atención primaria de salud en Fortaleza, Ceará, Brasil. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, cuya recolección de datos fue llevada a cabo entre abril y mayo de 2013, a través de entrevistas semiestructuradas junto a siete profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. Se utilizó, para el tratamiento de datos, el análisis de contenido. Proyecto de investigación aprobado por el comité de ética, CAAE:13435713.2.0000.5052. **Resultados:** se percibió que los profesionales presentaron dificultades para implantar la asistencia a los portadores de trastorno mental por falta de horarios en la agenda, carencia de entrenamiento, así como desafíos en la implementación del apoyo matricial. **Conclusión:** se hace necesario utilizar dispositivos y estrategias de acción con competencia técnica, ética y humanística para habilitar a los profesionales de la Estrategia de Salud Familiar en la atención a la salud de los portadores de trastorno mental.

Palabras clave: Salud mental; salud de la familia; cuidado de la salud; enfermería.

INTRODUÇÃO

Desde a Reforma Psiquiátrica no Brasil, em meados dos anos de 1970, o país vem passando por grandes mudanças na assistência ao sujeito com sofrimento psíquico. O programa saúde da família (PSF) se implantou como estratégia inovadora e modificadora dos sistemas municipais de saúde, provocando importante movimento de reordenação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, buscou-se maior racionalidade na utilização dos níveis assistenciais, e se tem produzido

resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes de saúde da família¹.

Tem-se percebido, nas últimas décadas, um aumento significativo da abrangência da estratégia de saúde da família (ESF) na atenção básica (AB), e dos novos serviços substitutivos em saúde mental, resultantes dos processos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, verifica-se que os transtornos mentais representam uma parcela significativa da demanda da AB².

^IEnfermeira da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Graduada pela Universidade de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: stefaniaunifor@gmail.com.

^{II}Enfermeiro da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza. Graduado pela Universidade de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: mauricio-souzza@bol.com.br.

^{III}Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Docente da Universidade de Fortaleza. Ceará, Brasil. E-mail: adrianorsouza@gmail.com.

^{IV}Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública. Assessora Técnica de Imunizações da Secretaria da Saúde do Estado. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: anadaboraam@hotmail.com.

^VEnfermeiro. Especialista em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: guldemar@gmail.com.

^{VI}Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza. Brasil. E-mail: alinerfeitoza@hotmail.com.

A ESF tem como missão contribuir para a mudança do modelo assistencial dos sujeitos em sofrimento psíquico, estabelecendo mais um espaço estratégico e adequado para trabalhar com a saúde mental. Procura estabelecer vínculos entre as equipes e a comunidade, na busca de ações de promoção e educação à saúde, na perspectiva de implantação do processo de desinstitucionalização, preconizado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A prática e o saber na área da Saúde Mental vêm sendo transformados com mudanças no modo de conceber e tratar da pessoa com transtorno mental e na criação de novos dispositivos de tratamento de base comunitária³.

Nesse sentido, o apoio matricial em Saúde Mental se estrutura com o objetivo de promover a interlocução entre os serviços especializados de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial (CAPS) e a atenção primária, em uma atuação conjunta com as unidades de atenção primária à saúde (APS)⁴.

A partir desse contexto, objetivou-se analisar as atividades de atenção à saúde mental desenvolvidas pelas equipes de uma unidade de APS em Fortaleza, Ceará, Brasil.

REVISÃO DE LITERATURA

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve início com o movimento reformista dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), em 1978, que denunciaram as más condições assistenciais dos hospitais psiquiátricos brasileiros, colocando em xeque a política psiquiátrica do país⁵. A reorientação proposta para o modelo de atenção ao paciente em sofrimento mental e o processo de desospitalização criaram a perspectiva de modificação das estruturas assistenciais de atenção a este sujeito, instituindo, assim, as estruturas extra hospitalares, que deveriam assistir os sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos e constituir um filtro contra hospitalizações ulteriores⁶. Delineia-se, então, a construção de uma política de saúde mental inovadora, que diversifica em distintas estratégias a forma de atenção às pessoas em sofrimento psíquico⁷.

Este cuidado tem se dado através de vários dispositivos, entre os quais se destacam os núcleos e CAPS: unidades locais/regionais; as residências terapêuticas; os hospitais dia; o programa federal *De volta para casa*; e o processo de matriciamento, que integra as equipes de saúde da família e atenção psicossocial no acompanhamento dos indivíduos com problemas psíquicos leves⁸.

Essa diversidade estrutural de serviços surge para direcionar as práticas profissionais, conforme o modelo psicossocial, que valoriza as características interdisciplinares, pautando-se na responsabilidade profissional e no vínculo terapêutico estruturado para atender à integralidade do sujeito, na promoção da reabilitação psicossocial e garantia dos direitos de cidadania⁹.

METODOLOGIA

Estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma unidade de APS, localizada na Secretaria Executiva Regional VI (SER VI), em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados aconteceu entre abril e maio de 2013. Os sujeitos da pesquisa foram sete profissionais da referida unidade (três médicos, três enfermeiros e uma dentista).

Para identificação dos sujeitos, utilizou-se a letra E – entrevistados, numerados de forma aleatória: E1... E7. A seleção dos participantes ocorreu pela sua implicação na realidade investigada, e sua composição final se definiu pela saturação dos dados.

A coleta de dados ocorreu em sala individual e privativa. Todas as entrevistas foram gravadas, após permissão do sujeito.

A organização e tratamento dos dados pautaram-se na técnica de análise de conteúdo. Deu-se origem em categorias temáticas: a experiência com saúde mental na ESF; e saúde mental: facilidades e obstáculos.

Após classificar os dados, articularam-se as categorias com o contexto em literatura apropriada. O estudo respeitou os preceitos éticos e foi aprovado pelo parecer de nº 316.139, CAAE: 13435713.2.0000.5052.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa contou com a participação de sete profissionais, sendo três médicos, três enfermeiras e um dentista. Quatro deles apresentavam especialização na área de saúde coletiva; o dentista tinha especialização em prótese; e os outros dois cursavam mestrado.

A variação de categorias profissionais e multidisciplinaridade de saberes possibilitaram perceber que a desconstituição do manicômio como único modelo de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico – tem instituído novos serviços com características de acolhimento, cuidado e trocas sociais. A AB se integra nesse processo, proporcionando ações de saúde mental fundamentadas nos princípios do SUS e na Reforma Psiquiátrica, tendo como base estrutural o trabalho em redes dentro dos territórios.

A experiência com saúde mental na ESF

O acompanhamento dos sujeitos com sofrimento psíquico na atenção primária é marcado por dificuldades e ausência de horários específicos para esta população. Outro fator identificado é a ausência de profissionais com experiência, ou a inexistência de treinamentos. Nos relatos obtidos, verificou-se que as experiências em trabalhar com sujeito em sofrimento psíquico eram limitadas.

Para nossa área de atuação não há um treinamento qualificado para abordagem desses usuários. (E2)

Mesmo entre os profissionais que realizaram treinamento ou executavam alguma atividade na área de saúde mental, observou-se que eram ações reduzidas,

curso de curta duração e/ou atividades conjuntas com a equipe de matriciamento.

Fiz um curso de uma semana, manhã e tarde, na Regional. Depois disso teve palestras e minicursos com o médico psiquiatra, sendo uma vez por semana, e depois passou a ser uma vez por mês na Regional. (E1)

Nossa equipe prestava esse atendimento, às segundas, com o grupo de médicos e residentes que vinha do Hospital Mental de Messejana. (E2)

Entre as atividades desenvolvidas, constatou-se concentração ao atendimento focado e centrado no tratamento farmacológico. Não foram encontrados relatos sobre a realização de grupos terapêuticos ou atividades alternativas de tratamento e acompanhamento desse público.

As intervenções ainda sugeridas para o usuário remetem a um atendimento parcial, ou seja, as abordagens iniciais são trocadas por resoluções imediatas de transferência e encaminhamento para unidades especializadas, principalmente para os CAPS.

Quando aparece para mim caso de pacientes com transtornos mentais, como depressão, avalio e encaminhamento para o médico generalista da unidade. (E4)

Os profissionais devem reconhecer que as demandas de cuidados em saúde mental estão em todos os níveis de complexidade, primordialmente na atenção primária, já que esta se coloca como porta de entrada do sistema, portanto, faz-se necessário acolher e apoiar esses usuários, não, necessariamente, em dia específico ou seguindo um fluxo de atendimento.

A não absorção da demanda psiquiátrica nas unidades de saúde tende a direcionar essa demanda para os serviços de nível secundário, provocando grandes esperas em hospitais especializados¹⁰.

Temos vários programas para cada dia da semana, por enquanto, está inviável encaixar mais uma atividade. Já existem programas determinados, ficando difícil marcarmos um dia específico. (E5)

Observa-se facilmente a pouca disponibilidade de tempo e o excesso de demanda para justificar a não realização do atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico.

Saúde mental: facilidades e obstáculos

As atividades desenvolvidas e que resultavam em maior resolutividade eram realizadas por profissionais especializados ou com alguma afinidade com a temática. A unidade em estudo contava com a colaboração de um psiquiatra que desenvolvia atividades de matriciamento. A presença desse profissional promovia a interação e o atendimento das equipes com o paciente.

Minha experiência no posto acontece a partir do matriciamento que a gente faz dentro da regional VI. Onde levamos os residentes para ter essa vivência, prestando um atendimento de referência aos médicos generalistas e treinamentos à equipe, para que com o tempo os mesmos possam atender casos leves. (E3)

O apoio matricial se configura como um suporte técnico especializado de referência às equipes da ES. Baseia-se no acolhimento e assistência ao atendimento dos casos sofrimento psíquico e nos pressupostos da atenção psicossocial, preconizados pela Reforma Psiquiátrica brasileira, a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele pode ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas¹¹⁻¹⁵.

A vivência das experiências de matriciamento trouxe aprendizados que ultrapassaram a troca de conhecimento entre as equipes. Aconteceu um movimento de reconhecimento do que o outro faz, e consequentemente, valorização das capacidades de cada um¹².

O acolhimento e o vínculo na AB são eixos norteadores na assistência. Principalmente, quando direcionados ao paciente com transtorno mental, proporcionando-lhe atendimento humanizado, uma vez que vínculo e a escuta qualificada são ferramentas de intervenção no atendimento, garantindo conforto, acesso e responsabilização pelo outro.

O usuário com esse atendimento na unidade se sente realizado, não necessitando procurar profissionais em outro local, onde nestes locais é muito mais difícil, pois passa por longas esperas e triagens. (E2)

Assim, como existem profissionais que facilitam e realizam a assistência ao sujeito em sofrimento mental, outros se omitem nesses cuidados, encaminhando o doente para outro profissional ou outro município, sem resolução do problema.

Como não tenho experiência, encaminhamento ao médico generalista ou a unidade próxima. (E5)

Quando os profissionais se deparam com o impasse de acolherem um sujeito em transtorno mental, encaminham-no a um CAPS, revelando um cenário em que o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico acaba se referenciando, exclusivamente, para um serviço especializado¹³. O interessante é que os pacientes recebem o primeiro acolhimento na rede de atenção primária, mas o que acontece é divergente, os pacientes são encaminhados aos serviços especializados e, muitas vezes, sem necessidade. No entanto, é fácil perceber que muitos obstáculos impedem o acesso a esses usuários. Uma das primeiras causas apontadas é a excessiva demanda à ESF, que muitas vezes ultrapassa as possibilidades de atendimento adequado, principalmente a uma população que foge às características deste serviço.

O que a gente vê é que as equipes de saúde da família, já estão muito lotadas de programas da ESF, tendo a dificuldade de adaptar mais esse atendimento, faltando tempo na agenda da equipe. (E3)

Outro fator reconhecido referiu-se às questões relacionadas à atenção à saúde mental que mobilizavam preocupações por parte dos entrevistados, independentemente da origem funcional na equipe. Tais preocupações se expressaram desde a sensação de despreparo até a insegurança para lidar com o sofrimento psíquico.

A preparação em saúde mental para saúde pública acaba sendo muito pouco. E sem qualificação, fico muito inseguro para abordar uma consulta. Tendo insegurança mesmo, devido a essa ausência de preparo junto com a falta de tempo. (E5)

A falta de aperfeiçoamento e a qualificação dos profissionais da unidade, como médicos e enfermeiros generalistas, os limitam para um atendimento mais qualificado. (E6)

A despeito de cursos e oportunidades de educação permanente, ofertados na área de saúde mental pelo município de Fortaleza, existe carência de capacitação relacionada principalmente ao manejo de crises, o relacionamento interpessoal e instrumental terapêutico, apontados como requisitos fundamentais para atuar em saúde mental na AB¹⁰.

Outro precursor do problema relatado é a ausência de integração da rede de saúde, com o núcleo de apoio à saúde da família (NASF), aliado imprescindível dessa cadeia de atendimento, podendo ajudar na conjuntura de novas atividades e implantação de outras modalidades terapêuticas.

O NASF foi criado no país, em 2008, visando integrar, fortalecer e ampliar as ações desenvolvidas na APS. Como equipe de apoio, oferece retaguarda especializada às equipes de saúde da família e utiliza o apoio matricial como a principal estratégia para o desenvolvimento do trabalho¹⁴⁻¹⁵.

O NASF foi desfeito pela gestão vigente no município, tumultuando, ainda mais, esse atendimento. Houve, portanto, desconstituição dos princípios do SUS, gerando ausência de atendimento integral e holístico a essa população.

Quando existia o NASF no posto, a gente, mesmo, com as dificuldades, conseguia fazer uns grupos de mulheres, grupos de atendimento psicológico, e então eu identificava para que área o paciente iria; se era para o psicólogo, terapeuta ocupacional, e aí tínhamos esse link com eles. (E3)

Outro problema muito negativo é ter sido desfeito o NASF, pois eles contribuíam com atividades sociais em grupo. (E7)

O matriciamento, mesmo com fragilidades, existe como ferramenta para integração da saúde mental com a ESF e o NASF. O apoio matricial tem o potencial de permitir a construção de novos processos de trabalho que põem em questão a necessidade de deter maior conhecimento teórico prático e informações de saúde mental, com valorização dos enfoques multi e transdisciplinar, questionando a formação tradicional nesta área de atenção¹⁰.

Portanto, o apoio matricial em saúde mental opera práticas inovadoras e focos de atuação multidisciplinar. Constitui atenção integral à saúde, reconhecendo o campo psicossocial como enfoque indispensável em todas as ações assistenciais e de promoção, exigindo competências gerencial, clínica, ética e política, que priorizem a participação e a articulação de todos os profissionais. A construção de uma rede integrada de saúde prevê

dispositivos favoráveis à transformação e à superação da assistência fragmentada, viabilizando a atenção integral, que busca promover a saúde do indivíduo, da família e da comunidade nos vários níveis de atenção.

CONCLUSÃO

Verificou-se que as experiências dos profissionais da ESF em trabalhar com sujeito em sofrimento psíquico eram limitadas, e a inexistência de treinamentos nessa área.

O matriciamento, apesar de uma prática recente, já proporcionou avanços e inovações no atendimento à saúde mental por parte da ESF. Contudo, a inclusão da saúde mental, ainda, é algo em organização, exigindo maior investimento dos gestores em recursos humanos e estruturais, e capacitação profissional, para articulação da rede de serviços integrada e atendimento das demandas sociais.

As experiências vividas pelos profissionais em atuar com o matriciamento em uma unidade de saúde têm revelado a necessidade de ações práticas e dinâmicas para garantir atendimento eficaz. Logo, é preciso que se coloquem em prática as políticas públicas de saúde em saúde mental, utilizando-se desses dispositivos e estratégias de ação com competência técnica, ética e humanística para superação do modelo excludente de intervenção junto às pessoas em sofrimento psíquico.

É importante ressaltar, entre as limitações deste estudo, que na própria literatura há escassez de pesquisas sobre os aspectos operacionais do matriciamento, sendo esse desafio constante para a discussão da temática em relação à sua aplicabilidade. Ainda, um único cenário e o reduzido conjunto de participantes impendem a generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

1. Weber CAT. Programa de saúde da família e o governo das populações. *Educ Real*. 2011; 36(3):867-82.
2. Gryschek G, Pinto AAM. Saúde mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica? *Ciênc saúde coletiva*. 2015; 20(10):3255-62.
3. Borba LO, Guimarães NA, Mazza VA, Maftum MA. Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. *Rev enferm UERJ*. 2015; 23(1):88-94.
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(2):399-409.
5. *Amador SM*. A reforma psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial. 2010 [citado em 18 mar 2016]. Disponível em: <https://reformapsiquiatica.wordpress.com/2010/06/28/a-reforma-psiquiatica-brasileira-e-a-luta-antimanicomial/>
6. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, outra via. A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos "países avançados". In: Nicácio F, Organizador. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 2001.
7. Oliveira AGB, Alessi NP. Superando o manicômio? desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá(MT): EdUFMT; 2005.
8. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, Sampaio HAC. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17(3):653-60.

9. Silva N, Esperidião E, Silva K, Souza A, Cavalcante A. Perfil profissional de trabalhadores de nível universitário em serviços de saúde. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21(2):185-91.
10. Morais APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saude soc*. 2012; 21(1):161-70.
11. Araújo LN, Brioso IP, Vasconcelos AMM, Sampaio FFF, Albuquerque JTPJ, Oliveira EM. A importância do matriciamento em saúde mental para a população na estratégia saúde da família: relatando experiências. *SANARE*. 2015; 14(2):131-4.
12. Melo LM, Faria TH, Rocha ACP, Oliveira LC, Ferraz D, Araújo LRP et al. Matriciamento como ferramenta para o processo de trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família, Brasil: relato de experiência. *Cuba Salud* [on-line]. 2012 [citado em 20 mar 2016]; Disponível em: <http://www.convencionosalud2012.sld.cu/index.php/convencionosalud/2012/paper/viewFile/503/226>
13. Scheibel A, Ferreira LH. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 35(4):966-83.
14. Cunha GT, Campos GWS. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude soc*. 2011; 20(4):961-70.
15. Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2015; 20(9):2847-56.