

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

**INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Letícia Dias Hilário

Lajeado, novembro de 2015

Letícia Dias Hilário

INCLUSÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

TCC II apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIVATES para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Ms. Eliane Lavall

Lajeado, novembro de 2015

Resumo

O presente estudo apresenta como objetivo promover a identificação de ações de saúde mental na atenção básica em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. O conteúdo desta monografia trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O grupo de sujeitos que fizeram parte dessa pesquisa é composto por diversos profissionais da Equipe de Saúde da Família (ESF), sendo que a coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados mediante a utilização do método de análise de conteúdo de BARDIN. Os resultados do trabalho desenvolvido apontam que a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica está em fase de implantação, mas a equipe reconhece a importância de proporcionar um espaço de cuidado para o usuário em sofrimento psíquico. Conclui-se que a inclusão de ações de saúde mental representa um grande desafio para os trabalhadores da atenção básica, pois requer um maior entendimento de como cuidar do usuário em sofrimento psíquico.

Palavras-Chave: Saúde mental. Reforma Psiquiátrica. Ações na Atenção Básica.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 5 |
| 2. OBJETIVO | 7 |
| 2.1 Objetivo geral | 7 |
| 2.2 Objetivo específico | 7 |
| 3 REFERENCIAL TEÓRICO | 7 |
| 3.1 Políticas Saúde Mental e Rede de Atendimento ao Usuário | 8 |
| 3.2 Saúde Mental na Atenção Básica | 11 |
| 4. METODOLOGIA | 14 |
| 4.1 Tipo de Estudo | 14 |
| 4.2 Local do estudo | 14 |
| 4.3 Sujeitos da pesquisa | 15 |
| 4.4 Critérios de inclusão | 15 |
| 4.5 Critérios de exclusão | 15 |
| 4.6. Coleta de dados | 15 |
| 4.7 Análise de dados | 15 |
| 4.8 Considerações éticas | 16 |
| 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 18 |
| 5.1 Ações de saúde mental na ESF | 18 |
| 5.2 Dificuldades encontradas para realizar ações de saúde mental para o usuário | 25 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| 7. REFERÊNCIAS | 30 |
| APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO | 34 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 35 |

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica representa um movimento de destaque para a área da saúde. Ela tem como meta importante a desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, substituindo a prática assistencial do modelo hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, por uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento. O Movimento da Reforma Psiquiátrica procura abranger e ampliar outros segmentos sociais no intuito de desenvolver estratégias que possam permitir a ampliação de suas fronteiras de atuação. (BRASIL, 2005).

Mais do que substituir os hospitais psiquiátricos, é preciso substituir a lógica manicomial. De acordo com Freire (2004), a Reforma Psiquiátrica não deve ser resumida à criação de serviços considerados substitutivos. Partindo dessa lógica, a atenção básica coloca-se como dispositivo possível para promover outros modelos de relacionamento com a loucura e construir outras relações com a diferença, permitindo que a loucura ocupe outro espaço de circulação que não aquele “especializado” e segregador. Assim, por meio da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, podemos pensar em outros circuitos para a loucura, garantindo ao usuário com sofrimento psíquico ocupar o mesmo espaço frequentado pelas outras pessoas.

A atenção básica, por meio do desenvolvimento de suas ações, pode proporcionar o estabelecimento de relações consistentes com a comunidade, operando em seu interior as tão almejadas mudanças e transformações sociais, podendo ser o dispositivo que melhor venha a atender aos objetivos da Reforma Psiquiátrica, pois pode viabilizar a construção de novas representações e lugares para a loucura (SOUZA, RIVERA, 2010).

Além disso, a Atenção Básica tem como princípio proporcionar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam cuidado em saúde mental. Nesse serviço, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de saúde proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e seus vínculos com a comunidade/território em que moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. Entende-se que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é

bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. (BRASIL, 2013).

O interesse pelo tema “inclusão das ações de saúde mental na atenção básica” surgiu a partir da vivência como auxiliar administrativo de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nesses centros foi possível perceber a crescente busca de usuários pelo serviço de saúde mental, cujos problemas, em muitos momentos, poderiam ser resolvidos na atenção básica. Pôde-se observar o encaminhamento inadequado de usuários para esse serviço especializado, embora a atenção básica pudesse suprir suas necessidades. As reflexões sobre o ocorrido trouxeram a seguinte inquietação: quais as possíveis formas de incluirmos ações de saúde mental na atenção básica?

Espera-se, com este estudo, contribuir para a reflexão e enriquecimento da assistência prestada aos usuários com sofrimento psíquico. Além de ampliar a visão dos profissionais, de maneira a perceberem a importância da implantação de ações de saúde mental na atenção básica.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar as características das ações de saúde mental realizadas pela equipe profissional na atenção básica.

2.2 Objetivo específico

- Entender características do trabalho da equipe profissional relacionado à saúde mental na atenção básica;
- Identificar as ações em saúde mental realizadas na atenção básica;
- Identificar as dificuldades que os profissionais da atenção básica apresentam para efetuar o cuidado do usuário com sofrimento psíquico;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas Saúde Mental e Rede de Atendimento ao Usuário

O movimento da Reforma Psiquiátrica, ao final da década de 1970, prevê a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços territoriais. Passou-se, então, a almejar uma mudança na lógica de abordagem do chamado “louco”, defendendo sua cidadania e questionando a incapacidade e a periculosidade associada a ele (PAULON, NEVES, 2013).

Esse movimento mobilizou inúmeras conferências, encontros, abaixo-assinados, destacando-se as Conferências Nacionais de Saúde Mental e os Congressos Nacionais dos Trabalhadores em Saúde Mental, importantes meios de consolidação entre gestores, trabalhadores de saúde mental e os familiares dos usuários. Essa intensa articulação pretende a superação do antigo modelo repressivo por um inovador. Assim, as conquistas não se deteriam apenas ao campo da saúde mental, mas atingiriam o sistema de saúde de uma forma abrangente (MARTINS; SOARES; OLIVEIRA; SOUZA, 2011).

A principal consequência do movimento da Reforma Psiquiátrica foi a implantação da Lei da Reforma Psiquiátrica, número 10.216, que traz modificações importantes no que se refere à lógica de tratamento a pessoas com transtorno mental. Essa Lei discorre sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004).

A partir da implementação da referida Lei, a Política de Saúde Mental no Brasil inicia um processo de substituição do modelo asilar, focado na internação no manicômio, pelo modelo de atenção psicossocial, composto por uma rede de atendimento comunitário. Esse modelo prevê a redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, incentivando que a internação somente ocorra em situações de crise aguda do paciente e em leitos psiquiátricos em hospitais gerais em um curto período (BRASIL 2004).

A Reforma Psiquiátrica permite avançar e descobrir novos conceitos, outras práticas, outros lugares tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde mental. Propõe o abandono do lugar zero de trocas sociais (o manicômio) assumindo um lugar múltiplo, diverso, que é o território (SOUZA, 2006).

O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, escola, trabalho, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para constituir essa rede, todos os recursos como relações pessoais, familiares, amigos, serviços de saúde, moradia, trabalho, escola, esporte, cultura, religião e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Para tanto, faz-se necessário reafirmar a necessidade de intervir na sociedade, pois é nela que se originam mecanismos de estigmatização e de exclusão das diferenças. A Reforma Psiquiátrica, além de propor a desinstitucionalização, também propõe a criação de outros espaços possíveis para a loucura e o direcionamento da intervenção para espaços sociais (SOUZA, 2006).

Com a desinstitucionalização surge a criação e articulação de serviços substitutivos na assistência da saúde mental, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Residenciais Terapêuticos, Hospital Geral, Atenção Básica, dentre outros (MARTINS; SOARES; OLIVEIRA; SOUZA, 2011). Os Residenciais Terapêuticos, por sua vez, constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estavam internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na comunidade e familiares (BRASIL, 2004).

A expansão da rede de atenção aberta e comunitária permitiu a redução e substituição significativa de leitos psiquiátricos, especialmente de longa permanência, e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos em péssimas condições de funcionamento. Desta forma, buscou-se a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e ampliação dos leitos em hospitais gerais como proposta de melhoria da qualidade à assistência aos usuários com sofrimento psíquico. Estes leitos devem oferecer o acolhimento integral ao usuário em crise, juntamente com ações de saúde mental como principal alternativa para desinstitucionalização (BRASIL, 2007).

Os NASF são compostos por equipes multiprofissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuar em conjunto com os profissionais das equipes do ESF,

compartilhando as práticas em saúde. Os NASF oferecem apoio matricial, de forma a incluir a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes. No caso das ações de saúde mental, os NASF podem potencializar as ações de saúde, favorecendo a inclusão dos usuários. Além disso, podem organizar ações específicas como a organização de espaços terapêuticos (BRASIL, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte dessa rede de atenção comunitária e surgem como principal serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico. Esses serviços funcionam no território e possibilitam o estreitamento de laços com os demais serviços da rede, entre eles, os residenciais terapêuticos. Tendo como missão dar atendimento diário às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes. Eles, ainda, oferecem cuidados de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004).

Os CAPS são regulamentados pela Portaria GM nº 336, de fevereiro de 2002, que estabelece a constituição desses serviços nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i (infantil) e CAPS AD (álcool e drogas). Os CAPS são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002).

CAPS I, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS II, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. São CAPS para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004).

CAPS III, serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Realiza atendimento 24 horas a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes (BRASIL, 2004).

CAPS i, serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes. Realiza atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

CAPS AD, serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas (BRAISL, 2004).

A atenção básica deve ser o elo preferencial entre os usuários e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Nesse contexto, a inserção das ações de saúde mental torna-se relevante, possibilitando o cuidado integral dos usuários que procuram o serviço (BRASIL, 2013).

Assim, a atenção básica desenvolve mecanismos capazes de ouvir, escutar e orientar, representando neste sentido a efetivação de princípios do SUS, fundamentais no desenvolvimento de suas práticas como a integralidade e a resolubilidade dos problemas encontrados.

3.2 Saúde Mental na Atenção Básica

De acordo com a Portaria nº 336 de 2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é função do serviço oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar às equipes de atenção básica (BRASIL, 2004).

Como estratégia prioritária para inclusão da saúde mental na atenção básica, as políticas de saúde mental preconizam que o CAPS operacionalize capacitações coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica e que se entrelacem com o apoio matricial de modo a formar linhas de formação continuada e em serviço. O apoio matricial visa proporcionar suporte técnico e de apoio às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Assim, torna-se possível compartilhar casos de saúde mental com as equipes de saúde, favorecendo a

corresponsabilização entre atenção básica e serviços especializados em saúde mental. (SOUZA, RIVERA, 2010).

Embora as ações de Saúde Mental na atenção básica venham se tornando cada vez mais foco de discussão no meio dos serviços de saúde, a implementação de tais ações ainda representa um desafio para profissionais de saúde, como o despreparo em lidar e entender esse usuário com transtorno mental (ARCE, SOUSA, 2010). A atenção básica tem sido pensada como um lugar estratégico, podendo contribuir decisivamente na inclusão de ações de saúde mental, como um dos caminhos possíveis para circulação da loucura, estendendo a outros espaços a responsabilização pelo cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, (SOUZA, 2006).

O acolhimento, como ação realizada na atenção básica, é um dispositivo para formação do vínculo e compromisso com a prática do cuidado entre o profissional e o usuário. Esses encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território, bem como detectar situações relativas ao sofrimento psíquico a partir de uma escuta ativa, assim podendo oferecer tratamento na própria atenção básica (BRASIL, 2013).

O fato de sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais pode criar o sentimento de autoconfiança, estimulando a autocompetência do usuário para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles. O acolhimento que se dá na relação entre profissional e usuário possibilita a formação de vínculo, e constitui-se como um poderoso instrumento de intervenção de situações da saúde mental na atenção básica, promovendo mudanças na vida do usuário. Esse vínculo fundamenta-se no respeito mútuo, na aceitação das diferenças, num acolher o outro como ele é, sem rotulá-lo, considerando sua individualidade (PEREIRA, 2009).

A utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) também pode ser uma estratégia de cuidado entre a atenção básica e o CAPS, pois possibilita articulação conjunta de ações entre os dois serviços, resultante da discussão e da construção coletiva de equipes multidisciplinares. Ele pressupõe a utilização das reuniões de equipe como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão de casos, compartilhamento e corresponsabilização das ações de saúde mental (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, considera-se a atenção básica como uma estratégia potente na promoção de outros modos de relacionamento com a loucura, desconstruindo e construindo no interior das casas, na vizinhança, na comunidade, no bairro outras relações com as diferenças, permitindo ao portador da doença mental um espaço de circulação que não aquele “especializado”, segregador (SOUZA, 2006). Dessa maneira, pode-se pensar e traçar novos trajetos e circuitos para a loucura, permitindo ao sujeito em sofrimento psíquico compartilhar o mesmo espaço que as demais pessoas na unidade de saúde, na associação de bairro, no trabalho, lazer, etc. (SOUZA, 2006).

Este estudo torna-se relevante na área da saúde mental porque possibilita aprofundar conhecimentos relacionados à inserção das ações de saúde mental na atenção básica e também sensibilizar a equipe profissional da ESF em estudo sobre a importância de tais ações no que tange ao cuidado integral e em rede. Assim, podem ser estimuladas novas ideias, tornando a equipe profissional da atenção básica mais atuante na área de saúde mental.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é exploratório, descritivo com abordagem qualitativa e tem por finalidade desenvolver a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Na pesquisa qualitativa, tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos (LEOPARDI, 2001).

Gil (1999) destaca que a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Portanto, esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

O estudo descritivo exige do pesquisador uma delimitação precisa de técnicas, métodos, modelos e teorias que originarão a coleta e interpretação dos dados, cujo objetivo é conferir validade científica à pesquisa. A população e a amostra também devem ser delimitadas, assim como os objetivos, os termos, as variáveis, as hipóteses e as questões da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

4.2 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada na ESF, em um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. A ESF é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema único de Saúde (SUS).

A escolha pelo ESF justifica-se pela necessidade de potencializar ações de saúde mental na assistência prestada aos usuários do serviço, possibilitando sensibilização da equipe e ampliação da visão dos profissionais sobre a importância das ações de saúde mental na atenção básica. O contato com a ESF foi realizado formalmente, por meio de contato pessoal com a coordenação, solicitando a permissão para a realização da pesquisa, sendo autorizada e, após, apresentada para a equipe de estudo.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Foram escolhidos profissionais que trabalham na ESF. Enfatiza-se que foram respeitados os princípios éticos de participação voluntária e esclarecida.

4.4 Critérios de inclusão

Equipe multiprofissional da atenção básica que trabalha no mínimo há um ano no local.

4.5 Critérios de exclusão

Formam excluídos profissionais que estavam de férias ou folga no período da coleta de dados.

4.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas durante o mês de agosto de 2015. Essas entrevistas foram gravadas para posterior descrição na íntegra e análise de dados e tiveram duração aproximada de 30 minutos. A entrevista semiestruturada é a técnica de coleta de dados em que o pesquisador usa o roteiro como referência para a entrevista que transcorre de forma mais livre, tal como uma conversa entre entrevistador e entrevistado sobre os temas de interesse da pesquisa (REIS, 2010).

No primeiro momento, foi realizado o contato com a coordenação local a fim de obter a autorização para realizar a pesquisa. Após aprovação do projeto, foram selecionados os indivíduos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A entrevista foi agendada conforme disponibilidade de data e horário dos participantes no próprio ESF em sala reservada.

4.7 Análise de dados

Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1997) que visa ao conhecimento de variáveis de ordem

psicológica, sociológica, histórica, por meio de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de mensagens particulares dos participantes.

As fases de análise propostas por (BARDIN, 1977) se destacam em três etapas: pré-análise, exploração sistemática dos documentos e tratamento dos resultados.

a) A pré-análise, que contempla a formulação de objetivos; a formulação de hipóteses ou indicadores que fundamentem a interpretação final; a escolha dos documentos que devem ser representativos e pertinentes;

b) A fase de exploração sistemática dos documentos contempla a leitura do material organizado; a decomposição do material coletado em unidade de significado atendendo os indicadores ou hipóteses estabelecidas previamente e utilizando-se uma codificação específica; a agregação das unidades de significado em temas ou categorias; a passagem do conteúdo coletado da linguagem ingênua do informante para a linguagem científica do pesquisador, organizado por temas e/ou categorias;

c) O tratamento de resultados é entendido como a terceira fase de sistematização da técnica de análise de conteúdo, pois a categorização não esgota a análise, é apenas a descrição. Através da interpretação, vislumbra-se uma nova perspectiva teórica sobre o problema, pois esta é que aceitará ou rejeitará as hipóteses propostas ou responderá às questões ou objetivos estabelecidos da pesquisa.

4.8 Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVATES (COEP/UNIVATES), atendendo aos preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para sua apreciação e posterior aprovação.

Todo o entrevistado participante desta pesquisa foi informado sobre a metodologia utilizada e sobre seus objetivos. Para preservação da identidade foram utilizados pseudônimos, através do estabelecimento de códigos nos quais os participantes foram denominados de sujeito S1, sujeito S2 e assim por diante. Foi assegurado aos participantes o direito de interromper sua participação em qualquer etapa da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo, bem como o sigilo e

anonimato quanto aos dados coletados. Assim, todas as respostas aos questionamentos foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B), os questionários e as transcrições das conversas mantidas com os entrevistados foram arquivados em local seguro, sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, e após esse período, o material será incinerado, conforme recomendação da Lei de Direitos Autorais 9610/98.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesta seção, apresenta-se a análise e a discussão dos dados, cujo objetivo foi analisar as características das ações de saúde mental realizadas pela equipe profissional da atenção básica.

A seguir, serão apresentadas as categorias que foram extraídas das entrevistas: ações em saúde mental realizada na unidade, cuidado do usuário com sofrimento psíquico, dificuldades encontradas para realizar as ações de saúde mental para o usuário.

5.1 Ações de saúde mental na ESF

Neste capítulo são apresentadas as ações de saúde mental da equipe profissional de ESF. Foram identificados o acolhimento, o apoio matricial, a escuta, a identificação de problemas de saúde mental, a referência e a contrarreferência e a visita domiciliar como ações de saúde mental realizada pela equipe profissional na ESF, conforme pesquisa realizada.

Como foco na desinstitucionalização, a Coordenação de Saúde Mental desenvolveu em 2001 diretrizes sobre a articulação entre saúde mental e atenção básica em que uma das principais estratégias propostas é um conjunto de ações de saúde mental na atenção básica. A atenção básica tem potencial para desenvolver dois principais tipos de ações de saúde mental, o primeiro consiste em detectar as queixas relativas ao sofrimento psíquico e prover uma escuta qualificada desse tipo de problemática. O segundo, por sua vez, compreende as várias formas de lidar com os problemas detectados, oferecendo tratamento na própria atenção básica ou encaminhando os pacientes para serviços especializados (TANAKA; RIBEIRO, 2008). Nesta pesquisa, a equipe da ESF entrevistada afirma que a unidade está em processo de implementação das ações de saúde mental.

“Muitas ações vão começar a ser realizadas [...]”. “Agora, vindo mias uma técnica de enfermagem e conseguindo apoio da escola ao lado, para realizar utilizar as salas de aula para realizar grupos, estamos nos organizando”. (S1)

Entretanto, o acolhimento é visto pela equipe como uma ação de saúde mental que já esta sendo realizada na ESF em questão.

“O que já realizamos é um bom acolhimento”. (S1)

“Então, aqui na nossa unidade de saúde, a gente faz um acolhimento”. (S2)

“Nós estamos aqui dando o acolhimento”. (S5)

O acolhimento é uma oportunidade para o profissional conseguir acesso ao usuário. Portanto, acolher implica responsabilização e abre oportunidade para que se crie vínculo (SOUZA; HORTA, 2012).

O acolhimento é mais do que um discurso verbal. Ele possibilita a identificação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e dispara imediatamente na equipe um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades captadas (MATUMOTO, 1988).

O acolher na atenção básica, se bem realizado nas práticas de saúde assim como sugere Franco e Merhy (1999), vai atender e olhar para as questões que permeiam a saúde mental, pois se buscará no acolhimento produzir ferramentas para o controle do sofrimento junto do usuário. A equipe identifica o escutar como sendo um instrumento potente de cuidado com o usuário em sofrimento:

“Muitas vezes a gente ouve o usuário”. (S3)

“Na escuta, na fala, tentando amenizar o problema”. (S8)

Nesse sentido, a ESF estudada vê o escutar ao usuário como ação de saúde mental, pois possibilita o cuidado mantendo o acompanhamento do usuário em sofrimento psíquico.

“Quando o usuário procura a unidade, a gente ouve o que ele necessita”. (S1)

“Então na consulta faço a escuta dos problemas que tem o paciente”. (S5)

“Bom, as ações de saúde que eu vejo acontecer na unidade é um acompanhamento, ouvindo as pessoas”. (S9)

Para a prática do escutar, se espera que o profissional se volte para o usuário, estabelecendo uma relação de empatia, coproduzindo saúde. A escuta não se limita somente ao que foi falado, mas também às lacunas do discurso, exigindo do profissional a percepção para trabalhar esses silêncios, envolvendo o vínculo entre trabalhador e usuário (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Ainda nos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve que compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, acolhimento, como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Essa prática pode ser fundamentada no acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Isto porque a integralidade está presente no encontro, na conversa, na atitude do profissional que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas (JORGE; PINTO; QUINDERÉ; PINTO; SOUSA; CAVALCANTE, 2011). A equipe identifica a conversa como sendo um cuidado oferecido ao usuário em sofrimento.

“Na nossa unidade o nosso cuidado com o paciente em sofrimento é bem de conversação, de conversa mesmo” [...] primeiramente a gente faz, uma conversa [...] Então os cuidados são esses, de conversação, um acolhimento [...] (S2)

“Então, quando o paciente chega, sempre converso bastante com ele [...] tento através da minha conversa ajudar de alguma maneira”. (S6)

“[...] quando verificamos que o usuário está com sofrimento a gente tenta conversar”. (S7)

“[...] para que pudessem conversar sobre seu sofrimento”. (S10)

Para Teixeira (2005), o acolhimento deveria ser dialogado, [...] como uma técnica de conversa passível de ser operada por qualquer profissional, em qualquer

momento de atendimento, isto é, em qualquer dos encontros. Por entender-se que o acolhimento dialogado é aquele em que o profissional se disponibiliza à escuta e ao diálogo com o usuário na tentativa de conhecê-lo e, assim, de buscar soluções que satisfaçam suas necessidades. A equipe entrevistada também se refere ao matriciamento como uma ação de saúde mental recém implementada na ESF.

“As ações começaram faz agora um mês, dois que a gente começou com o matriciamento do CAPS”. (S4)

“Atualmente nós aqui da unidade a gente está fazendo o matriciamento com o CAPS”. (S7)

“Estamos iniciando com o matriciamento”. (S10)

O apoio matricial como ação de saúde é um recurso facilitador para o cuidado em saúde mental na ESF, pois utiliza tecnologias que viabilizam intervenções no próprio território do usuário em sofrimento psíquico. Além disso, permite conhecer seu contexto de vida, oferecem manejo individualizado, respeita suas subjetividades e mantém seu contato com a família. Ainda, incentiva o comprometimento da equipe da ESF com os problemas de saúde de seus usuários para que não sejam quebrados vínculos já estabelecidos, porém, sem deixar de garantir suporte especializado a ela (SCHATSCHNEIDER, 2012).

O apoio matricial constitui-se ainda de uma metodologia de trabalho complementar ao sistema de referência e contrarreferência, oferecendo suporte técnico para as equipes. Também prioriza as ações de promoção da saúde, possibilitando estratégias de atendimento das necessidades de saúde do usuário na ESF, o que requer compromisso e corresponsabilidade de todos que participam dessa rede de cuidado (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Para que a proposta do matriciamento se efetive na inclusão das ações de saúde mental na ESF é importante que exista uma rede de cuidado em saúde mental articulada e comprometida. Essa rede deve oferecer atendimento para as necessidades de saúde do usuário e possibilitar, com isso, uma compreensão mais positiva, menos estigmatizada da doença mental (MIELKE; OLCHOWSKY, 2010).

Para a equipe de profissionais entrevistada, avaliar o usuário e identificar um problema de saúde mental constitui-se como uma ação de cuidado realizado na ESF.

“Identificar os pacientes que possuem algum transtorno mental, para se fazer um atendimento mais diferenciado”. (S1)

“A gente tenta fazer uma prévia avaliação, para ver se a gente pode fazer mais aqui”. (S2)

“Identificamos que ele precisa de uma ajuda”. (S3)

Como medida de avaliação temos a avaliação do estado mental do usuário, em que o enfermeiro colhe dados pertinentes à situação e à saúde do usuário. A obtenção inicial dos dados sobre o usuário é efetuada por meio de entrevista e da observação de seu comportamento. É necessário conhecer os aspectos culturais e linguísticos do entrevistado, contemplando as dimensões biopsicossociais, espiritual e intelectual do usuário e de sua família. Essa prioridade na obtenção dos dados vai determinar condições ou necessidades imediatas do usuário, dando, com isso, um suporte ao enfermeiro para que ele faça a avaliação e planeje intervenções apropriadas para o usuário (STFANELLI, 2008).

A atenção básica pode dar conta de grande parte dos problemas e necessidades de saúde das pessoas e grupos populacionais, articulando diversos tipos de tecnologias, desde que tenha disposição e capacidade de identificar/compreender as variadas demandas/problemas/necessidades de saúde e de intervir nessas situações de forma resolutiva e abrangente (BRASIL, 2011).

A equipe ESF em análise refere que as situações cujo acompanhamento não é possível de ser feito na ESF são encaminhadas para o CAPS. Esse encaminhamento é visto como uma ação já realizada na unidade.

“E quando são mais graves e severos encaminhamos para os CAPS do município, que tem CAPS Infantil, CAPS Adulto e CAPS Álcool e Drogas”. (S1)

“Encaminhar logo para um serviço especializado, porque tem casos que logo devemos fazer um encaminhamento para alguém mais especializado”. (S2)

“Se tinha o encaminhamento para o CAPS, que as pessoas vinham relatavam e no acolhimento a gente acabava encaminhando e orientando a procurar o CAPS”. (S4)

“[...] se orienta sempre procurar o atendimento no CAPS ou em alguns casos na UPA”. (S4)

“Em caso de que não tenha uma possibilidade de dar um melhor atendimento se encaminha para o CAPS para um novo atendimento”. (S5)

“[...] se ela ainda não frequenta o CAPS a gente orienta a procurar o CAPS Adulto, CAPS Infantil ou CAPS AD”. [...] “geralmente se o usuário não está com o CAPS realizamos o documento de referência”. (S7)

“Buscando levar elas até as pessoas que realmente podem ajuda-las, através do encaminhamento”. (S9)

“[...] a gente não tem como fazer esse acompanhamento mais preciso [...] é encaminhado para o CAPS”. (S9)

O principal elemento para a integração da rede de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, encaminhamento mútuo de usuários entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. O Ministério da Saúde define este sistema, inclusive, como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho (BRASIL, 1997).

A rede de serviços tem como finalidade a organização, o planejamento e a execução de ações dos serviços de saúde, garantindo que ocorra a corresponsabilização dos casos para reflexão sobre a situação do usuário, com objetivo de ajudar a pessoa e a melhorar sua condição de saúde. Essa rede de serviço articulada possibilita um atendimento mais resolutivo entre os serviços (BRASIL, 2011). A equipe diz que o fluxo de usuários na rede de saúde do município

segue a lógica do encaminhamento para os serviços da rede mediante referência e contrarreferência:

“As dificuldades são os desencontros com a rede [...] sempre de um lado para o outro”. (S9)

“A rede, não funciona, não temos retorno nenhum, nenhum [...] não temos retorno algum da rede”. (S10)

O Sistema de Referência e Contrarreferência é uma forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso dos usuários que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, o sistema supracitado serve para garantir o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade do SUS, assegurando dessa forma a universalidade, equidade e igualdade que direcionam a atenção à saúde (ORTIGA, 2006). Outra ação de saúde mental realizada pela equipe em análise é a visita domiciliar.

“As ações de saúde mental [...] estão iniciando [...] mas poucas coisas como ir até a casa das pessoas”. (S10)

A visita domiciliar, enquanto ação de saúde mental, possibilita uma interação mais efetiva entre os atores envolvidos, aparecendo como uma tecnologia que pode facilitar a assistência integral ao usuário, assim como o cuidado à família (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011). A visita domiciliar é identificada como um cuidado ao usuário em sofrimento psíquico realizado pela ESF:

“[...] onde temos um paciente com dificuldade a agente de saúde nos comunica, então nós vamos visita-lo”. (S5)

“Me disponho a ir a casa deles, até uma, duas, três vezes [...] “todos os momentos que a gente pode, a gente tenta estar na casa dessa pessoa para pode ajudar”. (S10)

A visita domiciliar é uma forma de assistência à saúde que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É por intermédio da visita que os profissionais captam a realidade dos usuários, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde (LACERDA; GIACOMOZZI; OLINISKI; TRUPPEL, 2006). Assim, a partir desse estudo e análise, identificamos que a equipe multiprofissional realiza ações de saúde mental para o usuário em sofrimento psíquico, objetivando com isso cuidado específico, melhorando sua condição de vida.

5.2 Dificuldades encontradas para realizar ações de saúde mental para o usuário

Neste subcapítulo, serão apresentadas as dificuldades da equipe da ESF com relação ao cuidado em saúde mental. A equipe encontra dificuldades no seu nível de entendimento sobre saúde mental, sendo difícil a resolução dos problemas na rede e identificando também o preconceito como uma das dificuldades de se incluir ações de saúde mental na atenção básica. A equipe profissional em análise afirma não ter a qualificação que gostariam para cuidar do usuário em sofrimento.

“Sente a necessidade de ter um profissional mais capacitado [...] Gostaríamos que todos permanecessem com nós, mas nós não temos essa qualificação toda”. (S2)

O nível de informação das equipes da ESF acerca de assuntos relativos à saúde mental ainda é baixo. A maioria das equipes não está capacitada para atender as demandas dessa área da saúde. Faz-se necessária a capacitação permanente dos profissionais da ESF para lidar com usuários em sofrimento psíquico. Essa capacitação das Equipes de Saúde da Família e da Saúde Mental constitui o ponto de partida para a reinvenção da prática em saúde (OLIVEIRA; GUEDES; OLIVEIRA; SILVA, 2009). A equipe deixa evidente, na entrevista, sua grande dificuldade com o fluxo de referências e contrarreferências entre a ESF em análise e os CAPS.

“[...] a dificuldade é a contra referencia [...] Mas muitas vezes o paciente acaba recebendo a contra referencia para ESF e não entrega para nós”. (S1)

“[...] então penso que tem que haver um encaminhamento, uma contra referência certa, para dar seguimento”. (S5)

A referência é definida como o ato de encaminhamento de um usuário atendido em um determinado serviço de saúde para outro de maior complexidade. Já a contrarreferência, como o ato de encaminhamento de um usuário para o estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência (BRASIL, 1990). A não resolução dos problemas na rede de serviços também é citada pela equipe profissional:

“[...] retornado para a unidade com a mesma queixa”. [...] “o paciente vai para o CAPS a gente não tem retorno”. [...] (S4)

“[...] mas existe uma falta de comunicação certa entre nós, entre o CAPS e nós”. [...] (S5)

“[...] a gente tem um caso e a gente não tem retorno [...] não se consegue um retorno, uma solução”. (S8)

Sendo assim, o compartilhamento das dificuldades e a corresponsabilização, são essenciais para a oferta de serviços de saúde de qualidade, possibilitaram a relação entre os componentes da rede de saúde, estimulando o diálogo e contribuindo para um atendimento mais integral e resolutivo (PRESTES; ARAUJO; COSTA; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2011). A equipe identifica o preconceito como uma das dificuldades para realizar ações de saúde mental com a comunidade em sofrimento.

“[...] então eu acho que ainda tem muito preconceito na parte da saúde mental”. (S7)

Nossa sociedade aprendeu a pensar a loucura/doença mental como relacionada ao asilo, suscetível de reclusão, negatividade, desumanidade e, sobretudo, periculosidade social. Essa estreita ligação vem mantendo a visão

preconceituosa de nossa sociedade em relação ao transtorno mental. Além disso, ela também faz com que um grande número de pessoas que necessita de atenção na área de saúde mental passe por um processo de preconceito (Maciel, 2007).

Enfim, evidenciou-se que os profissionais se deparam com algumas dificuldades no cotidiano do trabalho na ESF no que se refere às ações de saúde mental. Percebe-se que há, principalmente, desencontros e falta de comunicação entre os serviços da rede quando falamos em documento de referência e contrarreferência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a análise da inserção de ações de saúde mental na atenção básica a partir das seguintes categorias: as ações em saúde mental realizadas na ESF e dificuldades encontradas para realizar ações de saúde mental para o usuário. Ao caracterizar a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, a equipe multiprofissional entrevistada compreende que a unidade é a porta de entrada para o usuário em sofrimento psíquico.

Os entrevistados citam também que cuidar de pessoas com transtorno mental em uma ESF representa um desafio, pois a equipe não está capacitada para trabalhar com pessoas com transtorno mental. Eles identificam, ainda, que a saúde mental é uma das áreas em que o preconceito está fortemente presente, podendo influenciar direta ou indiretamente na qualidade da assistência dos serviços de saúde. Por isso, é importante que os profissionais reflitam e tenham consciência sobre essa condição, não a deixando repercutir de forma negativa no tratamento de quaisquer usuários. Além disso, os entrevistados reconhecem a importância de proporcionar espaços de ações em saúde mental no cuidado à pessoa em sofrimento.

É importante destacar que a equipe identifica uma falha na comunicação entre a rede sendo que é fundamental que ocorra a corresponsabilização entre os casos, para reflexão sobre a situação do usuário, objetivando ajudar a pessoa e melhorar sua condição de saúde, oferecendo um atendimento resolutivo. Salienta-se, também, a importância da sensibilização da equipe de enfermagem com o intuito de incluir ações de saúde mental na atenção básica, dado que elas contribuem com a construção de novos espaços para o cuidado do usuário em sofrimento.

Pretende-se contribuir e incentivar novos estudos que permitam a inclusão de ações de saúde mental e qualificar os cuidados de enfermagem às pessoas com transtorno mental. Estimulando, dessa maneira, novas ideias, além de tornar a equipe profissional da ESF mais atuante na área de saúde mental. Recomenda-se, ainda, uma abordagem mais aprofundada sobre saúde mental nos cursos de enfermagem com o intuito de diminuir preconceitos e sensibilizar os futuros profissionais, em prol da qualidade de vida de um grupo não só historicamente

excluído, mas injustamente sofrido por causa da ignorância que por muito tempo o cercou.

7. REFERÊNCIAS

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; SOUSA Maria Fátima. **Práticas de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão das potencialidades e dos limites para a construção de um cuidado integrado.** Disponível em:

<<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/939/885>>. Acesso em: 14 de Maio 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edição 70, 1977.

BRASIL, **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e mudança do modelo de atenção.** Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **ABC do SUS: Doutrinas e princípios.** Brasília. 1990. Disponível em:

<http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 13 set. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea.** Brasília, 1ed, 2011. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em 08 set. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno Atenção Básica-Saúde Mental.** Brasília, 2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 1ª ed, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil.** Brasília, novembro de 2005. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 14 de mai. 2015.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em:

<<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

BRASIL, **Residências Terapêuticas**: o que são, para que servem. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 08 set. 2015.

FREIRE, F. H. M. A. **O Sistema de alocação de recursos do SUS aos Centros de Atenção Psicossocial**: implicações com a proposta de atuação dos serviços substitutivos [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Disponível em: <<http://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/freirefhmam.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1999; 15(2):345-53. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=239859&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 08 set. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L., & AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde mental. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica** (pp. 113-148). Rio de Janeiro: Fio Cruz. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n2/a06v14n2>>. Acesso em: 14 set. 2015.

BRASIL, Cidades. **IBGE**, Brasília – DF, 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431140&search=rio-grande-do-sul|lajeado>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

JORGE, M. S. B.; PINTO, D. M.; QUINDERÉ, P. H. D; PINTO, A. G. A.; SOUSA, F. S. P.; CAVALCANTE, C. M. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado**: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências. 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n7/05.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2015.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v.15, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200009>. Acesso em: 08 set. 2015.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MARTINS, A. K. L.; SOARES, F. D. S.; OLIVEIRA, F. B.; SOUZA, A. M. A. **Do ambiente manicomial aos serviços substitutivos**: a evolução nas práticas em

saúde mental. Disponível em:

<<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/140/132>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. **Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias de saúde**. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a15v15n4.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

MIELKE, F.B; OLSCHOWSKY, A. **Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família:**

avaliação do apoio matricial. Rev. Bras. Enferm, 2010. Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30523/000768428.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 out. 2015.

MACIEL, S. C, **Exclusão/inclusão social do doente mental/louco**. 2007.

Disponível em:

<http://btd.d.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1099>. Acesso em: 22 set. 2015.

MATUMOTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde. [Dissertação Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998. Disponível em:

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-)

[o_acolhimento_como_ferramenta_de_praticas_inclusivas_de_saude.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-o_acolhimento_como_ferramenta_de_praticas_inclusivas_de_saude.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2015.

OLIVEIRA, F. B; GUEDES, H. K. A, OLIVEIRA, T. B. S., SILVA, J. C. **Saúde mental e Estratégia Saúde da Família**: uma articulação necessária. 2009. Disponível em:

<<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 12 set. 2015.

ORTIGA, A M. B. **Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde**. Mimeo, 2006.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica**: A territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEREIRA, Alexandre Araújo de. **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica**. Belo Horizonte, 2009. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2146.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2006 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2015.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

SCHATTSCHNEIDER, V. B. **O matriciamento e a perspectiva dos profissionais de uma estratégia saúde da família.** [Trabalho de conclusão de curso]. Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2012.

Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/55159/000857298.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 08 set. 2015.

SOUZA, A. C. de; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Ver. tempus actas saúde colet.**, p. 115-23, 2010. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/757>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L., Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ver. Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):477-486, 200. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2>>. Acesso em: 08 set. 2015.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.10. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000300016&script=sci_arttext>. Acesso em 13 set. 2015.

TONANZI-REIS, Marília Freitas de Campo. **Metodologia da Pesquisa**. 2ed. Curitiba. 2010. Disponível em:

<[https://books.google.com.br/books?id=WN9ebtchQF0C&pg=PT48&dq=livros+online+entrevista+semi-estruturada&hl=pt-](https://books.google.com.br/books?id=WN9ebtchQF0C&pg=PT48&dq=livros+online+entrevista+semi-estruturada&hl=pt-BR&sa=X&ei=ZxNmVYmJFcLOsAWdj4EI&ved=0CEgQ6AEwCA#v=onepage&q=livros%20online%20entrevista%20semi-estruturada&f=false)

[BR&sa=X&ei=ZxNmVYmJFcLOsAWdj4EI&ved=0CEgQ6AEwCA#v=onepage&q=livros%20online%20entrevista%20semi-estruturada&f=false](https://books.google.com.br/books?id=WN9ebtchQF0C&pg=PT48&dq=livros+online+entrevista+semi-estruturada&hl=pt-BR&sa=X&ei=ZxNmVYmJFcLOsAWdj4EI&ved=0CEgQ6AEwCA#v=onepage&q=livros%20online%20entrevista%20semi-estruturada&f=false)>. Acesso em: 27 mai. 2015.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1. Quais ações em saúde mental você realiza na unidade?
2. Como vocês cuidam do usuário com sofrimento psíquico?
3. Que dificuldades você encontra para realizar ações de saúde mental para o usuário?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa “Inclusão de ações de saúde mental na atenção básica” tem como objetivo oportunizar reflexões e enriquecimento da assistência prestada aos usuários com sofrimento psíquico, ampliando a visão dos profissionais, de maneira que percebam a importância da implantação de ações de saúde mental na atenção básica, a unidade está localizada no município de Lajeado, cidade do interior do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados será realizada por meio de perguntas norteadoras as entrevistas serão gravadas e transcritas pelo entrevistador.

A pesquisa não oferece riscos ou custos. Serão explicados os objetivos da pesquisa, bem como o sigilo nominal.

O entrevistado terá a liberdade de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem ser prejudicado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e pesquisa da Univates.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo minha participação na pesquisa, pois fui informado de forma clara e fui igualmente informado:

- De garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca da pesquisa
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e de não participar da pesquisa, sem que isso traga prejuízo.
- Da garantia de que não serei identificado quanto à divulgação dos resultados e que estas informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.
- Do compromisso do pesquisador de proporcionar-me informações atualizadas que foram obtidas durante a pesquisa.
- Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e da pesquisadora. Também constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas da pesquisadora e do participante da pesquisa;

- Caso o participante da pesquisa desejar, poderá pessoalmente, ou por meio de telefone, entrar em contato com a pesquisadora responsável para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré- Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário UNIVATES (Coep/Univates), que atende na sala 309 do Prédi1 do câmpus Lajeado, localizado na avenida Avelino Tallini, 171, bairro Universitário, CEP 95.900-000, Lajeado – RS – Brasil. Fone (51) 3714-7000, ramal 5339. Endereço eletrônico: coep@univates.br. O pesquisador responsável pela pesquisa é Eliane Lavall, cujo telefone é (51)8621-6150, para qualquer dúvida que possa ainda precisar de esclarecimento.

Lajeado, ____ de _____ de 2015.

Pesquisadora: Eliane Lavall