

Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território?*

Family health strategy and mental health: social inclusion in the territory?

Estrategia de salud de la familia y salud mental: ¿inclusión social en el territorio?

Sonia BARROS¹, Jandro Moraes CORTES², Jussara Carvalho dos SANTOS³, Anna Luiza Monteiro BARROS⁴

RESUMO

Objetivo: identificar ações da equipe da Estratégia Saúde da Família com pessoas com transtornos mentais e compreender as necessidades dessa equipe para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade. **Métodos:** estudo descritivo/exploratório que entrevistou 33 trabalhadores de equipes da Estratégia Saúde da Família. As entrevistas foram submetidas à análise temática sob perspectiva da categoria analítica Política Nacional de Saúde Mental. **Resultados:** temas presentes nos discursos dos trabalhadores configuraram categorias empíricas que expressaram a realidade social dos sujeitos: Processo de Trabalho e Formação de Recursos Humanos. **Conclusões:** a análise dos discursos indicou que havia mobilização visando promover assistência fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir da formação que privilegia o campo da atenção psicossocial. No entanto, há uma tendência à ruptura do modelo médico-hegemônico, de modo que a prática da saúde mental no território atenda, de fato, aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Recursos humanos; Enfermagem de atenção primária; Enfermagem; Saúde mental.

ABSTRACT

Objective: to identify the family health strategy team actions towards people with mental disorders and understand the needs of this team to develop the mental health services in the community. **Methods:** descriptive/exploratory study made with 33 workers from the Family Health Strategy. The interviews were subjected to thematic analysis from the perspective of analytical category National Mental Health Policy. **Results:** themes present in the speeches of workers configured empirical categories that expressed the social reality of the subjects: Working Process and Human Rights Formation. **Conclusions:** the analysis of discourse indicated that there was mobilization to promote care based on the principles of psychiatric reform, through the training course that focuses on the field of psychosocial care. However, there is a tendency to break the medical-hegemonic model, so that the practice of mental health in the territory meet, in fact, the guiding principles of the Unified Health System.

Descriptors: Human resources; Primary care nursing; Nursing; Mental health

* Pesquisa com bolsa de auxílio financeiro da FAPESP. Nº processo FAPESP: 2010/16354-8.

¹ Enfermeira, Doutora, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo - SP, Brasil. E-mail: sobarros@usp.br

² Enfermeiro, Mestre, Doutorando do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo - SP, Brasil. E-mail: jandromcortes@hotmail.com

³ Enfermeira, Mestre, Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo - SP, Brasil. E-mail: scjussara@gmail.com ou jusantos@usp.br

⁴ Psicóloga, Mestre, Psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial III Itaim Bibi, Escola de Enfermagem da USP, São Paulo - SP, Brasil. E-mail: anna.luiza@uol.com.br

RESUMEN

Objetivo: identificar acciones del equipo de la Estrategia de Salud con personas con trastornos mentales y entender las necesidades para desarrollar los servicios de salud mental en la comunidad. **Métodos:** estudio descriptivo/exploratorio que entrevistó 33 trabajadores de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia. Las entrevistas fueron sometidas a análisis temático desde la perspectiva categoría analítica Política Nacional de Salud Mental. **Resultados:** las categorías empíricas que expresaban la realidad social de los sujetos: Proceso de trabajo y Formación de Recursos Humanos. **Conclusión:** el análisis del discurso indicó que hubo movilización para promover el cuidado basado en los principios de la reforma psiquiátrica que se centra en el campo de la atención psicosocial. Sin embargo, hay una tendencia a la ruptura del modelo médico hegemónico, por lo que la práctica de la salud mental en el territorio se encuentra, de hecho, los principios rectores del Sistema Único de Salud.

Descriptores: Recursos humanos; Enfermería de atención primaria; Enfermería; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção manicomial, sustentado na medicina biológica, foi o alicerce de um conjunto de ações de saúde dirigidas para as pessoas em sofrimento psíquico, que excluía os indivíduos de uma vida produtiva e social e que se traduzia num processo de medicalização, confinamento e isolamento da loucura. Nessa perspectiva, as políticas públicas de saúde mental têm privilegiado projetos voltados para a criação de novas possibilidades no atendimento e no tratamento das pessoas com doenças mentais na comunidade, bem como a sua inclusão social. Esse processo, alavancado pela Reforma Psiquiátrica, implicou o aumento da demanda desses pacientes nas unidades de saúde e no conseqüente acompanhamento pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).¹

Apesar da potencialidade para a abordagem do sofrimento mental na ESF, alguns estudos brasileiros^{2,3}, por um lado, têm apontado ações fundamentadas no senso comum, relatos de despreparo, ansiedade e medo por parte dos trabalhadores de

saúde, para lidar com pessoas com doenças mentais e implementar ações de cuidado. Por outro lado, outros estudos mostram que há uma lógica de atendimento fragmentada nos serviços de saúde, quando os profissionais atuam com base nas especialidades, fortalecendo, dessa forma, a lógica de encaminhamentos.⁴

Diante deste panorama, surge a seguinte questão: a ESF, como dispositivo estratégico na rede de atenção à saúde, está se mobilizando com o objetivo de promover uma assistência voltada a proposta da reforma psiquiátrica?

Para compreender essa realidade e contribuir para a formação de profissionais, objetivou-se, identificar ações da equipe ESF com relação a pessoas com transtornos mentais e compreender as necessidades dessa equipe para desenvolver as ações de saúde mental na comunidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa social, de caráter descritivo/exploratório, com abordagem dialética⁵; o local foi uma Unidade de Saúde (UBS) do

município de São Paulo (SP)-SP, que é núcleo de quatro equipes de ESF. Os sujeitos foram todos os profissionais das quatro equipes da UBS, ou seja, quatro enfermeiros, quatro médicos, oito técnicos de enfermagem e 24 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 40 trabalhadores. Todavia, sete não se disponibilizaram a participar das entrevistas. Dos 40 participantes, quatro eram enfermeiros, quatro médicos, oito técnicos de enfermagem e 24 ACS, que atendiam aos critérios de inclusão, ou seja, ser trabalhador da UBS.

Os dados foram coletados durante o período de março a abril de 2012, por meio de entrevistas orientadas por um roteiro semiestruturado, que continha as seguintes questões: Descreva um atendimento que você realizou a uma pessoa com doença mental? Quais as intervenções (ações) que foram possíveis e quais os profissionais que as desenvolveram? (Comente as dificuldades e facilidades.) Você participou de algum treinamento ou curso sobre Saúde Mental? Como você percebe a inclusão no território, das pessoas com transtorno mental? As entrevistas foram pré-agendadas e realizadas durante os turnos de atendimento da UBS. A análise foi realizada considerando a técnica de análise de conteúdo temática.⁵

A pesquisa foi realizada em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o protocolo de número 1084/2011, autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e consentida por todos os trabalhadores de saúde que foram sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

Processo de trabalho

Nas ações do campo da saúde mental, os relatos reportam-se ao conjunto de ações estabelecidas no programa da ESF. O que foi depreendido na análise dos mesmos compôs a categoria Processo de Trabalho, destacando-se os temas: “dificuldades/facilidades”, “ações e instrumentos”, e “comunidade e parcerias”.

Em relação às “dificuldades/facilidades”, surgiram relatos identificando a alta demanda de trabalho, a falta de tempo para realizar as ações, a dificuldades com o NASF e o estigma da doença mental. Revelou-se que o estigma/preconceito, com relação à doença mental, e a base das ações no senso comum sugeriram falta de conhecimento sobre transtornos mentais.

“Além do tempo, que chega a ser uma das maiores dificuldades em razão da grande demanda que temos, é complicado também chegar até o paciente, porque muitas vezes mora longe e no dia em que as visitas estão agendadas, acabamos tendo reunião ou chove” (ACS 13)

“A dificuldade que eu tive foi o receio de o paciente me agredir. Ele é extremamente grande e forte, mas depois de muita conversa estava mais tranquilo. Mesmo assim eu fiquei um pouco insegura de aplicar a medicação nele”. (Auxiliar de Enfermagem 4)

Sobre as facilidades, evidenciou-se a realização de trabalho em equipe, a proximidade com as famílias e o tempo de atendimento em consulta individual. Apesar de a consulta clínica ocupar grande parte da agenda médica, trata-se de um instrumento que possibilita avaliação do caso e possível discussão com o NASF ou encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

“Temos um tempo adequado para realizarmos uma boa consulta, que gira em torno de uma hora para os casos mais sérios de saúde mental. (Médico 2)

“Para mim, a parte de psiquiatria é mais tranquila, pois temos um dia fixo para ajudar e nesse mesmo dia também temos a reunião para discutirmos os casos” (Médico 1)

“A equipe, que já existe a um longo tempo, tem uma história e um conhecimento muito grande das famílias que possuem necessidades de atenção em saúde mental”. (Médico 2)

Conformando o Processo de Trabalho, evidenciaram-se formação do vínculo, visitas domiciliares (VD), acolhimento e grupos de educação em saúde, os quais caracterizaram “ações e instrumentos” do processo. O vínculo entre profissional/usuário é valorizado pela equipe, que reconhece que ele estimula a autonomia e a cidadania, ampliando a eficácia das ações e favorecendo a participação do usuário durante o cuidado. As VD foram citadas particularmente pelos ACS, que utilizaram esse instrumento para

acompanhar pessoas com transtornos mentais e acionar a ESF, se necessário.

“A pessoa tem que ganhar confiança em nós, perceber que estamos ali para ajudar e que não queremos saber e fazer coisas logo que chegamos. Primeiro é preciso ter confiança em nós. É preciso ter cuidado para conseguir passar essa confiança e a partir do momento que elas acreditam, fica melhor”. (ACS 1)

“Fazemos visitas, vamos com um olhar das necessidades. Nas conversas, perguntamos se a pessoa tem problemas de saúde e às vezes, num primeiro contato, você não consegue, mas em outras visitas você entende o convívio familiar”. (ACS21)

Compreendeu-se que os profissionais entendem como tratamento desejável as consultas individuais e que acreditam que as pessoas não aderem ao tratamento quando realizado em grupo. Ainda, desvelou-se a crença dos trabalhadores de que as pessoas com transtornos mentais não aderem por não acreditarem estar “doente” e que elas resistem em aderir por não aceitarem a condição de “tomar a medicação diariamente pelo resto da vida”.

“O que precisava ser revisto era essa mania que eles têm de querer fazer tudo em grupo. Se eu fosse chamada para participar de um grupo de psicologia, eu não iria. Eu não tenho coragem de me expor e não me sinto confortável com isso. Muitos pacientes questionam exatamente esse ponto. Eles querem tratamento e

muitos aderem, pois chegam aqui necessitados, mas quando percebem que depois o tratamento é em grupo, não querem mais. Eles realmente preferem um tratamento não diferenciado, mas articulado. Não é todo mundo que se sente à vontade quando é exposto.” (ACS 11)

“Mas é o que eu falei: aderir ao tratamento é muito difícil. É preciso ter muita persistência. É quase uma luta em glória, porque o paciente não admite que está doente. Ele só quer o remédio, o toma e acha que é suficiente. Ele não quer fazer o acompanhamento junto à psicóloga. Por isso o tratamento é difícil, mas a percepção de que a pessoa está com um transtorno psiquiátrico é evidente nas visitas por causa das conversas, que vão mudando de rumo. Eles falam demais do mesmo problema, reclamam muito e nós tentamos fazer esse encaminhamento.” (ACS 15)

Os profissionais também compreendem o tratamento como “fazer alguma coisa”, “ocupar o tempo da pessoa”, o que remete à concepção hegemônica desde o século XVIII, que relaciona a desocupação com a loucura.

“Aqui, eu ainda não vejo pacientes de saúde mental sendo encaminhados para cuidar de uma horta, por exemplo.” (ACS 10)

A finalidade do tratamento, para os profissionais, era a de interferir nos sintomas. Para tanto, a pessoa devia

aceitar a medicação, para que, com a melhora sintomatológica, ocorresse uma convivência familiar mais harmoniosa. Entendiam que, com o tratamento farmacológico, a pessoa teria mais qualidade de vida e que tal uso era central no sucesso do tratamento. Assim, a finalidade do tratamento foi compreendida como remissão sintomatológica, que também ajuda a ter uma vida mais produtiva.

“A dificuldade maior é fazer com que a pessoa entenda que ela precisa tomar a medicação diariamente pelo resto da vida. É preciso fazer com que ela entenda que é uma pessoa doente, porque muitos pacientes não aceitam essa condição, tomar a medicação e ter essa regra.” (Enfermeiro 2)

“Com o tempo a medicação fez o efeito que precisava e essa pessoa retomou a vida, não normalmente, porque tomava remédios, mas razoavelmente bem. Melhorou bastante em relação à vida que tinha antes.” (Médico 3)

Entretanto, evidenciaram-se ações que tinham como finalidade a inclusão social. Depreendeu-se que as principais atividades de inclusão social eram os grupos operativos e de socialização.

“(…) convidamos as pessoas para participarem dos grupos de acolhimento e de vivência, nos quais há brincadeiras, filmes, bingo, artesanato e ginástica, que acontece toda sexta-feira” (ACS 20).

“É muito bacana ver toda aquela gente feliz e conversando. Aquele que chega triste acaba saindo feliz, mesmo que não queira, porque quando há muita gente reunida, todos acabam rindo um pouquinho.” (ACS13)

Contraditoriamente, outros profissionais alegaram não promover ações de inclusão social, ou seja, não conseguiram identificar ação de inclusão social fora da UBS.

“Eu não vejo uma inclusão em termos de sociedade” (ACS 14).

Os discursos desvelaram experiências do que, para alguns trabalhadores, era inclusão e, fundamentalmente, foram relatos que consideram a inserção no trabalho, em particular no mercado formal, como um dos indicadores de inclusão social.

“Eu sei que há dois anos ele começou a trabalhar e é a primeira vez que faz isso. Eu acho que a partir do momento em que ele foi saindo de casa, foi arrumando amigos.” (ACS 2)

Identificou-se, em outros discursos, a concepção de inclusão como aceitação pela comunidade. No entanto, essa aceitação esteve condicionada à assimilação, pelo usuário, de certas regras de normalidade.

“(…) esse paciente resolveu fazer curso de auxiliar de enfermagem e está estudando. Há uns dias atrás ele ia às nossas caminhadas e à ginástica e agora está trabalhando. Pela própria prefeitura ele fez alguns cursos e agora trabalha na SPTrans. Ele tem uma vida normal e você até

assusta quando descobre que ele tem o problema. Com a medicação controlada, ele consegue trabalhar normalmente e se vê feliz, por ter a oportunidade de estar dentro da sociedade como qualquer outra pessoa que tem seus direitos e obrigações. Eu fiquei muito feliz quando fiz uma visita e ele me disse que tinha feito o primeiro depósito do seu salário. Você vê a felicidade da pessoa por trabalhar e eu acho que ainda há muito a ser feito. Deveria ter uma inclusão maior.” (ACS 21)

Outras frases temáticas indicaram concepção de inclusão social baseada em trocas afetivo-sociais e, dentre as dificuldades para promoção de inclusão social, o preconceito/estigma foi uma barreira para os usuários, sendo um dos motivos para a não adesão destes em alguns grupos realizados pela ESF, bem como indicaram que os grupos eram estratégias de entretenimento.

“A enfermeira realiza um grupo praticamente lúdico, que reúne os pacientes para assistirem a filmes, fazerem leituras e declamar poemas.” (Médico 2)

“Só o fato de elas estarem em uma roda, uma conversando com a outra, compartilhando os mesmos problemas e as mesmas reclamações, eu percebo que as deixam felizes.” (ACS 4)

“Pacientes que só ficavam em casa ou tinham medo de sair por conta do problema conseguem hoje fazer amizade com outras pessoas por causa dos grupos que

fazemos (...). São grupos que integram para que os pacientes se socializem e isso facilitou para que eles pudessem ter um convívio melhor.” (Enfermeiro 2)

“Então, a gente promove grupos de dança, grupos de convivência, e é aberto para essas pessoas, mas é um público bem reduzido que frequenta, ao meu ver, tendo em vista que os pacientes de saúde mental são muitos. É...alguns vão com regularidade [nos grupos oferecidos pela UBS], mas tem um grande número que não acompanha, não participa, fica restrita a consulta médica mesmo...e eles, ou por trabalho, ou por outras coisas particulares não vem nos grupos pra serem inseridos em alguma atividade.” (Enfermeiro 3)

Todavia, disseram que o território da UBS/ESF, proporcionava facilidades para promover estratégias de inclusão social aos usuários, pois esse local era economicamente ativo e com fácil acesso a atividades artísticas e equipamentos de saúde e sociais.

“Há várias parcerias e outras organizações, geralmente ONGs, principalmente aqui nessa região que é mais rica, que promovem várias coisas.” (Médico 1)

“Isso é algo bem interessante [inclusão no território]. Como somos uma espécie de facilitadores da pessoa na comunidade, temos que trazer o paciente para nossos grupos abertos, não só os de saúde mental. Fazemos isso com quem está disposto a se inserir. Não

encaminhamos apenas para grupos da Unidade, mas de toda a comunidade, então tentamos encaixar as pessoas nestes recursos”. (Médico 3)

A compreensão da contradição de que a rua/bairro aparecia ora como local de exclusão, ora como espaço multiplicador e de inserção social, assim como a convivência com os vizinhos, que se apresentou, em um momento, como uma relação estigmatizante/segregadora e, em outro, como possibilidade de aceitação e integração na comunidade, foi evidenciada em outras entrevistas.

“Eu penso que as pessoas com doença mental não são bem incluídas. É preciso criar uma inclusão, o que eu não vejo muito. O que eu vejo mais é exclusão.” (Enfermeira 1)

“Elas [as pessoas que sofrem de transtorno mental] são meio discriminadas. Os outros as olham com ares de desconfiança e de medo.” (ACS 18)

Dentre as características do processo de trabalho das equipes, com vistas à produção de ações de saúde no território, a promoção e o desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores voltados para o desenvolvimento de integralidade, foram descritas como atividades comuns e fundamentais por todos os trabalhadores. Nessa perspectiva, foram citadas atividades de socialização, lazer e autocuidado realizadas em equipamentos comunitários.

Formação de recursos humanos

Outros temas, depreendidos dos discursos conformaram a categoria empírica Formação de Recursos Humanos. A capacitação, o aprendizado de novas práticas e de novos saberes na perspectiva da reabilitação psicossocial ganharam ênfase, considerando-se que a força de trabalho no cenário de transformações na saúde mental brasileira é fundamental para implementar mudanças.

A análise dos discursos revelou as múltiplas formas que os profissionais da ESF usaram para se capacitarem no campo da atenção psicossocial. Tais profissionais afirmaram que os cursos/capacitações realizados davam sustentação para sua prática clínica, privilegiando uma práxis que enxergava o sujeito além da linearidade da doença. Os sujeitos referiram que a troca de experiências entre os profissionais, no cotidiano do serviço, constituiu-se como capacitação em saúde mental.

“Fiz treinamentos na Saúde da Família, que tem toda uma parte voltada para saúde mental.”
(Médico 2)

“Nós tivemos uma capacitação há muito tempo quando um pessoal veio fazer matriciamento aqui. Era uma época, há mais ou menos sete anos, bem antes do NASF chegar, em que vieram três psicólogos e um psiquiatra aqui.”
(Enfermeiro 2)

Por outro lado, nem todos os trabalhadores tiveram a oportunidade dessas capacitações específicas, interferindo diretamente em seus

processos de trabalho e na assistência ao usuário.

“Cursos realmente faltam, no geral não temos dificuldades em levar o caso adiante para um profissional que esteja realmente qualificado para isso.” (Auxiliar de Enfermagem 1)

“Aqui não. Na outra [UBS] eu participei.” (Auxiliar de Enfermagem 4)

“Específico sobre saúde mental, não.” (Médico 1)

A divisão social e técnica do trabalho foi explicitada no discurso dos ACS: eles entendiam que o processo de formação, no campo da atenção psicossocial, não abrangia trabalhadores de nível fundamental. Os sujeitos referiram que profissionais psicólogos e psiquiatras poderiam dar suporte, na capacitação no campo da atenção psicossocial, aos trabalhadores da estratégia da saúde da família.

“Eu achei muito positivo. O caso dessa pessoa me animou muito. Eu gostaria de conhecer mais essa parte da psiquiatria, mas não é para mim. Sou uma agente comunitária.” (ACS 3)

“Se houvesse um profissional qualificado, seria melhor.” (Auxiliar de Enfermagem 4)

“Um médico de família não pode prescrever dentro da ótica da psiquiatria. É preciso um psiquiatra que dê suporte.”
(Médico 2)

O apoio do matriciamento em saúde mental contribui para a formação dos profissionais na ESF, resultando em uma modificação no processo de trabalho dos profissionais. Esta modificação é explicitada na frase temática a seguir:

“Isso nos ajudou bastante, porque não sabíamos antes [do matriciamento]. Quando algum caso de saúde mental chegava aqui, ninguém queria assumir. Eles começaram esse trabalho de nos mostrar quais eram os caminhos, como funcionava um paciente com problemas assim e qual era o seu diferencial em relação aos outros para podermos abordá-los melhor.” (Enfermeiro 2)

A maioria dos trabalhadores afirmou não ter formação específica em saúde mental, seja para a condução do tratamento medicamentoso ou cuidado da pessoa, e que as capacitações das quais participaram foram meramente informativas, não contribuindo para sua prática cotidiana. Desvelou-se que, nas reuniões de equipe, especialmente com a participação do NASF, é que receberam esclarecimentos; consideraram que dúvidas foram esclarecidas nesses momentos.

DISCUSSÃO

Processo de trabalho

O Processo de Trabalho em saúde, conforme a política de saúde mental, tem como objeto de trabalho uma dada população, localizada em determinado espaço geográfico, promovendo inclusão social, prevenção e promoção

da saúde; os instrumentos utilizados são diversos e devem se adaptar à dinâmica e às necessidades de saúde.⁶

Em relação ao trabalho em equipe na ESF, este requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade que é a Atenção Básica (AB), a qual toma à saúde em seu contexto pessoal, familiar e social, bem como a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas da área.⁷⁻⁸

As ações e os instrumentos evidenciados foram a formação de vínculo, VD, acolhimento, e grupos de educação em saúde, configurando-se como possibilidades de inclusão social no território. O vínculo entre profissional/usuário foi reconhecido pela equipe, visto que estimula a autonomia e a cidadania, ampliando, assim, a eficácia e a corresponsabilização das ações de saúde, favorecendo a participação do usuário durante o cuidado. Esse processo deve favorecer a construção de autonomia, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido enquanto cidadão partícipe de todo o processo.⁹

A VD foi compreendida como ação cotidiana pelos ACS, para acompanhar pessoas com transtornos mentais, tendo por finalidade transformar o perfil de saúde-doença da população e não apenas lidar com queixas pontuais e específicas por meio de medidas igualmente pontuais e específicas, nem sempre eficazes.¹⁰

Para vincular e acolher na VD, as pessoas com transtornos mentais precisam ser compreendidas como processos relacionais, necessitando ser

executados por todos os profissionais de saúde. Não se deve reduzir ao ato de receber, simplesmente, mas se constituindo em uma sequência de ações que compõem o processo de trabalho em saúde. Os profissionais citaram, ainda, os grupos de educação em saúde, o desenvolvimento de práticas educativas no âmbito da ESF, em espaços convencionais, como os grupos educativos, ou informais, como consultas realizadas na casa das famílias por ocasião da VD, expressando assimilação do princípio da integralidade.¹¹

Ressalte-se que as VD e os grupos de educação estiveram presentes principalmente nos discursos dos ACS. No contexto do trabalho dos ACS, desvelou-se uma contradição entre dificuldades/potencialidades de seu Processo de Trabalho. A potencialidade passou a ser compreendida por ser um membro residente da comunidade. A dificuldade referiu-se à situação de desconforto, a que estava submetida, face ao delicado processo de lidar com o sofrimento humano.

Além dos aspectos relacionais, o trabalho do ACS lida com questões como cidadania, política, condições de vida e organização dos grupos e suas relações, incluindo a família, exigindo aporte de conhecimentos que extrapolam o campo da saúde, além dos saberes específicos que perpassam a prática cotidiana de sua atuação. Esses eixos estruturam o desenvolvimento de um trabalho com qualidade no campo da saúde mental, que seja cada vez mais inclusivo e agregador.

Referindo-se à inclusão social, evidenciaram-se os grupos de

socialização e de acompanhamento dos usuários com doença mental, que são realizados pela ESF com apoio do NASF, desenvolvidos na própria UBS ou em espaços da comunidade. Esses espaços e essas parcerias estabelecidas denotaram potentes instrumentos de inclusão social. De modo geral, os grupos desenvolvidos pela ESF contribuem na efetivação do princípio da humanização porque criam vínculos sólidos e solidários com os usuários participantes.

Os grupos de caminhadas, de dança e de ginástica, promovidos pelos ACS e outros profissionais da ESF, fazem promoção da cidadania, pois aplicam a ética de solidariedade e de equidade, e são caracterizados pela potencialização dos recursos territoriais, numa perspectiva de prevenção primária em saúde mental, incorporando a família e outras pessoas da comunidade e colaborando com a desestigmatização social do usuário.¹²⁻¹⁴

Os grupos desenvolvidos pela UBS, em conjunto com outros equipamentos, podem constituir uma das estratégias do trabalho intersetorial. A análise revelou que, no território da ESF deste estudo, existiam algumas facilidades porque havia equipamentos sociais que permitiam o acesso ao lazer e ao trabalho. Estudos mostram que as estratégias de convivência com a sociedade contribuem para a superação do estigma, já que desconstruem a concepção de que o usuário com doença mental é perigoso e incapaz.¹⁴

A perspectiva de superação do lugar de incapaz atribuído às pessoas com experiência do sofrimento

psíquico não se reduz ao deslocamento do *locus* de intervenção. Trata-se de processo complexo, que depende da articulação dos detalhes do cotidiano, na maneira de lidar com os objetos, espaço e tempo.¹³

A compreensão dos entrevistados sobre a inclusão/exclusão social esteve muito mais relacionada à presença dos usuários dentro do serviço de saúde, do que uma integração aos circuitos vivos das trocas sociais¹³, aflorando, dessa maneira, a dicotomia entre as ações de inclusão realizadas dentro/fora da instituição.

Evidenciou-se o trabalho como outra maneira de incluir socialmente o usuário com doença mental. Compreende-se, portanto, que a inserção social exige muito mais do que assistência, mas a reabilitação pelo trabalho e a ampla compreensão da cidadania, modificando, assim, o entendimento culturalmente constituído de incapacidade e improdutividade que a pessoa com transtorno mental frequentemente carrega.⁷

Formação de recursos humanos

No contexto apresentado, há urgência de fortalecimento dos pontos de articulação entre o campo da saúde mental e as estratégias que sustentam a diretriz constitucional, a qual projeta a tarefa da Formação de Recursos Humanos em saúde no SUS. Evidências mostram que as necessidades de cuidado em saúde mental podem ser delegadas a contextos de AB, sendo conduzidas por trabalhadores não especializados, ou com um ligeiro treinamento e supervisão adequada,

aliviando, dessa forma, outros pontos da rede de atenção.¹⁵

Experiências relativas às intervenções de enfermagem em saúde mental na AB têm sido publicadas por enfermeiras canadenses¹⁶: os profissionais de enfermagem são treinados para acolher a maior parte das demandas de saúde mental no território; e há o desenvolvimento de práticas avançadas de enfermagem em saúde mental acolhendo durante 24 horas as demandas de saúde mental do território, inclusive aquelas oriundas de usuários de substâncias psicoativas. Essas práticas das enfermeiras de saúde mental sempre estão em consonância com as enfermeiras de saúde da família, a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado. Os discursos explicitam apoio recebido pela ESF da equipe, do CAPS e do NASF, responsável pelo matriciamento, no sentido de auxiliarem na construção de possíveis caminhos no atendimento dos casos de saúde mental. O trabalho do ACS, referido às demandas da saúde mental no território, requer investimento e formação, implicando maior atenção por parte de profissionais/gestores diante do Processo de Trabalho multifacetado que estes desempenham na linha de frente da ESF.¹⁷

A maioria dos trabalhadores relata que se faz necessária uma formação em saúde mental específica, que privilegie uma formação para a ESF no campo da atenção psicossocial. Essa formação precisa ser dinâmica, no cotidiano dos serviços, nas trocas de experiências dos trabalhadores entre si, e destes com os usuários dos serviços de saúde, a fim de que os ACS possam intervir efetivamente nas demandas de saúde mental que se

apresentam. O processo de educação intraprofissional, no âmbito da educação permanente, nos serviços de saúde mental territoriais, precisa estar alinhado com os princípios da Reforma Psiquiátrica¹⁷; a necessidade do investimento na formação dos profissionais trabalhadores da saúde mental, no que se refere à complexa clínica da atenção psicossocial, evidencia que as capacitações ainda são escassas, para dar conta das demandas das pessoas com transtornos mentais.¹⁸

Outros estudos internacionais destacam-se no contexto avaliativo e de treinamentos em saúde mental para profissionais que atuam na AB, objetivando melhorar a abordagem em relação às pessoas com doença mental¹⁸⁻²⁰, entretanto, na realidade estudada, ainda são necessários maiores investimentos pedagógicos na capacitação destes profissionais.

CONCLUSÕES

Foram identificadas ações da ESF com pessoas com transtornos mentais, tais como a formação de vínculo, a VD, o acolhimento, os grupos de educação em saúde, que se configuram como possibilidades concretas de inclusão social no território. Evidenciou-se a necessidade de formação em saúde mental dos profissionais da ESF, reafirmando seu compromisso social e buscando eticamente formar trabalhadores crítico-reflexivos, alicerçados nas políticas públicas, privilegiando os princípios do SUS. A análise temática dos discursos revela uma tendência à ruptura do modelo médico-hegemônico, compreendendo que a formação no campo da atenção psicossocial precisa, necessariamente,

sobrepôr-se à formação pautada na clínica psiquiátrica tradicional.

Observou-se que, na visão dos entrevistados, a inclusão social dos usuários perpassa pelo exercício da cidadania e de sua inserção no mercado de trabalho, concepções estas que vão ao encontro com as propostas de reabilitação psicossocial. As facilidades no processo referiram-se às ações intersetoriais desenvolvidas territorialmente. Entretanto, o estigma da doença mental foi apontado como uma dificuldade para a implementação de ações de inclusão social e superá-lo se resume simplesmente a uma maneira de apagar as diferenças. Sendo um equívoco, já que a reabilitação psicossocial prevê justamente a aceitação e convivência com as diferenças.

Reconhecemos que os resultados não podem ser generalizados, pois se trata de discursos de quatro equipes ESF das 1277 da cidade de SP, todavia, este estudo contribui para problematizar lacunas no processo formativo de profissionais de saúde, especialmente de enfermagem, assim como, para repensar os currículos de graduação nos campos de conhecimento da saúde mental e coletiva.

REFERÊNCIAS

1. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 dez[acesso em 2014 dez 14];45(6):1501-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600032&lng=en

2. Lucchese R. *Et Al.* Saúde Mental No Programa Saúde Da Família: Caminhos E Impasses De Uma Trajetória Necessária. *Cad. Saúde Pública*, Rio De Janeiro. 2009; 25(9):2033-2042.
3. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa De Saúde Da Família E Saúde Mental: Impasses E Desafios Na Construção Da Rede. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio De Janeiro. 2009; 14(1):173-82.
4. Chiavagatti FG, Kantorski LP, Willrich JQ, Cortes JM, Jardim VMR, Rodrigues CGSS. Relationship between Psychosocial Care Centers and Services in Primary Health Care. *Acta paul enferm [Internet]*. 2012 dez[acesso em 2014 dez 10]; 25(1):11-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000100003&lng=en
5. Minayo MCS, Delandes SF, Gomes R. *Investigación social: teoria, método y creatividad*. 2ª ed. Buenos Aires: Editora Lugar; 2012.
6. Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2010 dez[acesso em 2014 dez 01];44(2):469-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200032&lng=en
7. Mitchell R, Parker V, Giles M, White N. Review: Toward realizing the potential of diversity in composition of interprofessional health care teams: an examination of the cognitive and psychosocial dynamics of interprofessional collaboration. *Med care res rev*. 2014;67(1):3-26.
8. Souza J, Almeida LY, Veloso TMC, Barbosa SP, Vedana KGG. Estratégia de Saúde da Família. *Acta paul enferm [Internet]*. 2013 dez[acesso em 2014 dez 01]; 26(6):594-600. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600014&lng=pt
9. Sant'Anna CF, Cezar-Vaz MR, Cardoso LS, Bonow CA, Silva MRS. Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Acta paul enferm [Internet]*. 2011 dez[acesso em 2014 dez 01];24(3):341-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300006&lng=en
10. Guedes RN, Fonseca RMGS, Egrý EY. The evaluative limits and possibilities in the family health strategy for gender-based violence. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2013 [acesso em 2014 nov 25];47(2):304-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000200005&script=sci_arttext&lng=en
11. Silva TAM, Fracolli LA, Chiesa AM. Professional trajectory in the Family Health Strategy: focus on the contribution of specialization programs. *Rev latino-am enfermagem [Internet]*. 2011 dez[acesso em 2014 dez 01];19(1):148-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100020&script=sci_arttext
12. Levav I, Saraceno B. Primary prevention takes a leading role in World Mental Health Action. *Eur j psychiat*. 2014;28(1):66-70.

13. Kinoshita RT. Closing the mental health gap in Brazil-2011. Handbook of community psychiatric - WHO mhGAP Programme. 1^a ed. Geneva: WHO; 2012.

14. Corrigan PW, Kosyluk KA, Rüsçh N. Reducing self-stigma by coming out proud. *Am j public health res.* 2013;103(5):794-800.

15. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *Lancet.* 2011;378(9803):1654-63.

16. Ricard N, Page C, Laflamme F. Advanced nursing practice: a must for the quality of care and mental health services. *Sante ment que.* 2014;39(1):137-57.

17. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Community Health Agents' perceptions and practice in mental health. *Rev esc enferm USP.* 2012;46(5):1170-7.

18. Thornicroft G, Alem A, Santos RA, Barley E, Drake RE, Gregorio G, et al. Guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World j psychiatry.* 2010;9(2):67-77.

19. Goldberg DP, Gask L, Zakroyeva A, Proselkova E, Ryzhkova N, Williams P. Training teachers to teach mental health skills to staff in primary care settings in a vast, under-populated area. *Ment health fam med.* 2012;9(4):219-24.

20. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry.* 2010;10:113.

Data da submissão: 2015-05-10

Aceito: 2015-09-02

Publicação: 2015-10-20.