



**FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO**

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO AO SISTEMA FAMILIAR NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Juliane de Moliner**

**Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Aparecida Crepaldi**

**Co-orientadora: Doutoranda Elisangela Böing**

**2010**



**FAMILIARE INSTITUTO SISTÊMICO**

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO AO SISTEMA FAMILIAR NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho apresentado ao Familiare Instituto Sistêmico como requisito parcial para a conclusão do curso de Especialização em Terapia Relacional Sistêmica.

**Juliane de Moliner**

**Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Aparecida Crepaldi**

**Co-orientadora: Doutoranda Elisangela Böing**

**2010**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Volni e Eunice, por serem pais maravilhosos e me possibilitarem o melhor sempre. Minha irmã Manu, por ser minha amiga e companheira, pela sua presença nas horas alegres e não tão alegres. Minha irmã Fran, pela sua energia e alegria, por ter me feito sorrir nos momentos mais difíceis. Aos meus sobrinhos Luiz Felipe e Julia, por me trazem de volta a alegria de ser criança.

A Maria Aparecida Crepaldi, professora e orientadora, pela sua amizade, dedicação, paciência e ensinamentos nessa caminhada.

A Elisangela Böing, pela sua dedicação e cuidado com esse trabalho.

A Denise Duque e João Davi Mendonça, meus eternos professores, e com quem aprendi a ser terapeuta.

A Saula, pela sua disponibilidade e alegria.

As grandes amigas que fiz nessa jornada, Monica e Clariana, muito obrigada pela amizade.

A todas as colegas da Turma 7, por terem enriquecido minha vida nesses três anos.

Ao Familiare Instituto Sistêmico, saudades!

## RESUMO

Esta pesquisa investigou a atenção ao sistema familiar no contexto da atenção a saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF), através dos profissionais de saúde inseridos em uma Unidade de Saúde da Família. Os objetivos do estudo foram verificar se os profissionais da equipe de ESF desenvolvem ações de integração e de intervenção junto aos familiares dos usuários de saúde mental; identificar se ações de integração são desenvolvidas junto aos usuários de saúde mental e sua família e verificar se as intervenções são realizadas a partir do contexto familiar. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e individuais, com dez participantes entre 20 e 50 anos de idade, sendo todas mulheres. Os dados foram analisados a partir da análise temática de conteúdo, que evidenciou três categorias: entendimento de saúde mental; intervenções com os usuários de saúde mental e familiares (ações realizadas pelos profissionais) e dificuldades apontadas com relação à intervenção (que dificultam ou impedem a realização de ações). Os resultados indicaram que o entendimento de saúde mental passa pela ideia de saúde mental igual à doença mental, o conceito de completo bem-estar e a resolução dos problemas. Na intervenção com os usuários e a família aparece, através da intervenção medicamentosa, a família como responsável pelos cuidados e o trabalho com grupos. Além disso, foi possível caracterizar como dificuldade para a realização das ações, os usuários frequentarem o CAPS, como também a falta de espaço físico da USF além da aceitação da família. Os resultados mostraram que há, de fato, necessidade de ações em saúde mental nas equipes de ESF, e que muito ainda pode ser explorado diante à saúde mental e a atenção ao sistema familiar na ESF.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental; Sistema Familiar; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

This research investigated the support given to the family system related to assistance in mental health of the *Estratégia Saúde da Família* (ESF- Family Health Strategy), through the perspective of health professionals inserted in a *Unidade de Saúde da Família* (USF- Family Health Unity). The objectives of the study were to verify if the professionals of the ESF are developing actions of integration and intervenience and if such actions are being established together with the family of the mental health users besides verifying if the interventions are done based on the family context. The interview was conducted with 10 female participants, aging from 20 to 50 years old, following a semi-structured interviewing format. The data was analyzed by theme-based content analyses that identified three categories: understanding of mental health; interventions with users of mental health and family (actions performed by professionals) and difficulties reported in relation to the intervention (that impede the realization of shares). The results indicated that the understanding of mental health is similar to the idea of mental sickness, the concept of complete well-being and resolution of problems. The intervention with the users and the family appears through drug intervention, the family as responsible for the care and work with groups. Furthermore, it was possible to characterize the difficulty for the implementation of actions, users attend oh the *Centro de Atenção Psicossocial*(CAPS - Psychosocial Care Center), as well as the lack of space beyond the acceptance of the USF family. The results showed that there is, indeed, necessity of actions in mental health on the staff of the ESF, and that a lot can be contemplated regarding mental health and assistance to the family system by the ESF.

**Keywords:** Mental Health; Family System; Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>07</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 Objetivo geral.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
<b>3. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA.....</b>	<b>11</b>
3.1 História da saúde mental.....	11
3.2 O Sistema Único de Saúde e a Política de Saúde Mental.....	12
3.3 Estratégia Saúde da Família.....	18
3.4 Família.....	19
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>23</b>
4.1 Caracterização da pesquisa.....	23
4.2 Caracterização dos participantes.....	23
4.3 Procedimento de coleta de dados.....	24
4.4 Procedimento de análise dos dados.....	25
4.5 Aspectos éticos.....	26
<b>5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>27</b>
5.1 Entendimento de saúde mental.....	28
5.1.1 <i>Saúde mental igual à doença mental.....</i>	<i>28</i>
5.1.2 <i>Conceito ampliado de saúde como processo.....</i>	<i>29</i>
5.1.3 <i>Saúde mental relacionada à capacidade de resoluções dos problemas.....</i>	<i>30</i>
5.2 Intervenções com os usuários de saúde mental e familiares (ações realizadas pelos profissionais).....	31
5.2.1 <i>Intervenção medicamentosa.....</i>	<i>32</i>
5.2.2 <i>Responsabilização da família (pelos cuidados em geral; sobre tudo pela medicação).....</i>	<i>33</i>
5.2.3 <i>Trabalhando com grupos.....</i>	<i>35</i>
5.3 Dificuldades apontadas com relação à intervenção (que dificultam ou impedem a realização de ações).....	36
5.3.1 <i>Usuários pouco presentes na USF por serem usuários dos CAPS.....</i>	<i>36</i>

5.3.2	<i>Entendimento dos profissionais de que usuários de saúde mental são demanda para CAPS.....</i>	<i>37</i>
5.3.3	<i>Pouco espaço físico na USF.....</i>	<i>38</i>
5.3.4	<i>Falta de aceitação da família (pouca participação da família e usuários na USF).....</i>	<i>39</i>
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>41</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>44</b>
	<b>APÊNDICE.....</b>	<b>49</b>
	<b>ANEXO.....</b>	<b>53</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em uma reflexão sobre a saúde mental e a família, como uma possibilidade de integração<sup>1</sup> e intervenção da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a família. A escolha do tema se deu a partir do estudo da saúde mental na atenção básica, no momento que aprofundava o tema com uma equipe de Saúde da Família de um determinado município.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), 450 milhões de pessoas são acometidas de perturbações mentais ou neurológicas, ou então, de problemas psicossociais, tais como: abuso de álcool ou drogas, sendo que essas acabam não recebendo a mesma relevância dada à saúde física. A estimativa é de que 12% das doenças mundiais sejam os transtornos mentais e de comportamento<sup>2</sup>, tendo as verbas voltadas para saúde mental, na grande maioria dos países com uma representação de 1% dos gastos totais. Ainda se tem os dados que 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não possuem programas nessa área.

Na região das Américas, a previsão era de um aumento de 114 milhões em 1990, para 176 milhões em 2010 de pessoas acometidas de transtornos mentais e de comportamento. Pesquisas realizadas em meados do ano de 2000 constataram que 24% das doenças nessa mesma região era a depressão (PERIAGO, 2005).

Atualmente tem se discutido que a grande maioria das doenças mentais ou físicas é influenciada por uma série de combinações de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A maioria desses pacientes e familiares acaba silenciando e não buscam ajuda, pois além do sofrimento e da falta de cuidados, há o estigma, a vergonha, a exclusão e a falta de manejo dos profissionais que ainda estão muito presentes nos ambientes de saúde.

Segundo Falceto, Busnello e Bozzetti (2000), as perturbações mentais e os problemas psicossociais são influenciados pelas particularidades dos indivíduos e de

---

<sup>1</sup> Por ações de integração entende-se a integração da equipe de ESF com a família e usuário.

<sup>2</sup> Transtornos mentais e do comportamento, segundo o CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças), o termo “transtorno” não é um termo exato, mas é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na sua maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais (OMS, 1993).



suas interações com a família. E a evolução do tratamento irá depender muito da dinâmica familiar e da função que a doença assume na família.

O atendimento às demandas de saúde mental na atenção básica possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços, assim como reduz a realização de exames considerados, algumas vezes, supérfluos e ainda evita tratamentos muitas vezes impróprios ou não especificados. Segundo a OMS (2001), a prestação de cuidados tem como base a comunidade, uma vez que apresentou melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida dos pacientes acometidos por transtornos mentais crônicos, do que o tratamento institucional.

No Brasil, historicamente os pacientes com doenças mentais eram simplesmente internados em hospitais psiquiátricos. Foi com a promulgação da Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que as políticas de saúde mental começaram a ser formuladas.

O modelo de atenção aos usuários com transtorno mental, previsto pelo Ministério da Saúde para o SUS, busca garantir os direitos conferidos pela Lei nº 10.216/01, pela Política Nacional de Saúde Mental. Tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos concomitante à qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar.

Esta é composta por serviços tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e das Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); como também a inclusão de ações da saúde mental na atenção básica, buscando ainda implementar uma política de atenção integral ao usuários de álcool e outras drogas, bem como implantar o programa "De Volta Para Casa". Objetiva também manter um programa permanente de formação e de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, que garanta tratamento digno e de qualidade ao doente mental e ainda busca avaliar continuamente os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria (BRASIL, 2008).

Apesar de todos esses objetivos, muitos ainda são os desafios para solidificar as políticas de saúde mental. Mas, para que isso aconteça, é necessário consolidar e ampliar a rede de atenção básica, com preceitos de base comunitária e territorial, integrando e intervindo junto aos usuários de saúde mental e seus familiares. Sendo ainda necessário reintegrar as pessoas acometidas por

transtornos mentais, para que não sofram mais com a exclusão e com a violência social. Nota-se que para a Política Nacional de Saúde Mental o desafio maior é aumentar o orçamento anual do SUS para a saúde mental, e que esta se torne efetiva na atenção básica (BRASIL, 2009).

Segundo Glat (1996), as pesquisas vêm contribuindo pouco para o estudo das integrações das famílias com os usuários de saúde mental. Para a autora a falha nas pesquisas nessa área pode resultar das inúmeras discussões que permeiam apenas o individual, não pensando no sistema no qual o indivíduo está inserido. Também há necessidade de que a família seja orientada e auxiliada na integração do usuário na sociedade.

Para que o atendimento a essas demandas aconteça no nível de atenção básica, é necessário que os profissionais em geral sejam preparados a ouvirem e reconhecerem a demanda em saúde mental, como também estejam preparados para envolver a família no tratamento dos usuários de saúde mental, pois assim se multiplicaria os recursos de auxílio ao usuário e sua adesão ao tratamento.

Assim, pretende-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: **Quais as ações de integração e intervenção que os profissionais da ESF desenvolvem junto aos usuários de saúde mental e seus familiares?**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Verificar se os profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvem ações de integração e de intervenção junto aos usuários de saúde mental e seus familiares.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar as concepções dos profissionais acerca de saúde mental e usuários de serviços de saúde mental.
- Identificar se ações de integração são desenvolvidas junto aos usuários de saúde mental e sua família.
- Verificar se as intervenções são realizadas a partir do contexto familiar.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 História da Saúde Mental

O transtorno mental, conhecido como loucura até o início da Idade Média, não era visto como algo que merecesse grande atenção por parte das pessoas e das organizações. Foi com a Revolução Industrial que o processo de institucionalização da “loucura” ocorreu. Os hospitais passam a ser asilos para os “loucos” e marginalizados, com um grande número de internações, sem que esses recebessem medicamentos e nem mesmo o acompanhamento do médico (AMARANTE, 2001).

Um dos primeiros movimentos em torno de reformas nesse contexto ocorreu em 1793, na França, com Pinel, um dos primeiros estudiosos a tratar da loucura e a instalar ações comunitárias. Mas foi com a Reforma Psiquiátrica, no período pós-segunda grande guerra, que as críticas e as reformas posteriores a Pinel questionam o papel e a natureza das instituições e do saber psiquiátrico. Tais críticas são levantadas por Amarante (2001) e passam pelas tentativas de reforma por meio das instalações de estratégias diferenciadas de atendimento, denominadas de comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional, psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva.

Segundo Laing (1985) citado por Amarante (2001, p. 44) “a loucura é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco o objeto passível de tratamento”. A partir dessa perspectiva o autor defende a ideia que só será possível sair dessa “alienação universal” quando ocorrer uma revolução interior.

No Brasil os hospitais psiquiátricos começam a surgir no final do século XIX, influenciados pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral. Os hospitais eram nomeados por Santas Casas de Misericórdia, e tinham como principal finalidade limpar as cidades, ou seja, retirar das ruas os mendigos e os ditos loucos abandonados pelas suas famílias. Portanto, pode-se afirmar que a psiquiatria no Brasil foi instalada em um modelo massificado, de acordo com o modelo econômico social vigente no período militar da década de 50 e 60 (RESENDE, 1987), e que

teve como influência a psiquiatria democrática Italiana de Franco Basaglia no movimento pelos direitos desses pacientes psiquiátricos.

Contudo, foi a partir do ano de 1978, que se iniciou o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, de associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e de pessoas com uma longa história de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005). O MTSM surgiu com o objetivo de construir um espaço de luta contra o modelo institucional vigente da época.

Vários foram os fatores sociais e econômicos que fizeram todo o país construir uma nova política de saúde mental, com uma atenção mais humanizada e efetiva, e com possibilidades de tratamentos extra-hospitalares e da retirada do médico como o único profissional da atenção aos portadores de transtornos mentais (MACHADO & MOCINHO, 2003).

### 3.2 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política de Saúde Mental

As possibilidades de mudança no Brasil ocorreram com o processo de abertura política do país, tendo em seus principais momentos a promulgação da Constituição de 1988, que instituiu os princípios do Movimento da Reforma Sanitária.

A partir daí, ocorre um avanço nas demandas políticas e sociais, e é proposto um sistema de proteção social que reformulou e transformou toda organização do setor saúde como, por exemplo, a saúde mental. Desse modo a saúde passa a ser um direito de todos e dever do estado, e assim nasce o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS começou a ser estruturado com a Constituição de 1988. Antes disso, a saúde no Brasil, além de ser pensada apenas em termos biológicos, não era vista como direito de todos os cidadãos, mas sim de uma pequena parcela da população contribuinte da previdência social. Já em termos de tratamentos psiquiátricos, o isolamento social, a submissão e a discriminação dos indivíduos eram predominantes.

Destacam-se os princípios e diretrizes do SUS, quais sejam: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades para a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, do Distrito Federal e dos Municípios, na geração de serviços de assistência à população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e, organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

Segundo o Ministério da Saúde (2005):

“O Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90 e 8142/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira; no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à saúde. Avança de forma consistente na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada”.

Em sintonia com o SUS, em 1989 surge o processo de desinstitucionalização com o projeto de Lei nº 3657/1989 que é apresentado e recebe o nome de Lei Paulo Delgado. Essa lei propõe uma mudança radical no sistema de saúde, sendo proibidas, a partir de sua aprovação, novas construções de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como uma previsão de que toda rede de hospitais do tipo seria extinta em cinco anos. O projeto também propôs tratamentos substitutivos e a interferência de uma autoridade judiciária em internações involuntárias. O projeto teve uma longa tramitação e foi muito alterado no senado, sendo posteriormente

promulgado, em 06 de abril de 2001, sob o cunho da Lei nº 10.216 (SCHNEIDER, 2008).

A Lei nº 10.216/01, conhecida como a lei da reforma psiquiátrica brasileira, teve como objetivo regulamentar e reestruturar o modelo de atendimento até então conhecido e de dispor dos direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários “com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade” (Art.2º, II - BRASIL, 2004).

Contudo, outras medidas governamentais foram tomadas no sentido de estabelecer ações e de oferecer as garantias dadas por meio da Lei nº 10.216/2001. A partir daí, outras legislações foram organizadas no cumprimento dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Exemplo disso foi o serviço criado oficialmente a partir da Portaria GM 224/1992. Nessa mesma portaria foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que são definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas e que contam com uma população adscrita definida pelo nível local. Essas unidades oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004). Atualmente esses serviços são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, integrando a rede do SUS.

A Portaria nº 336/GM tem o intuito de prevenir e tratar a doença mental de forma mais humanizada. Essa portaria ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm o objetivo de oferecer atendimento diuturno às pessoas que possuem transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um regime de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O CAPS oferece cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e inclusão social, bem como visa promover o fortalecimento do vínculo familiar (BRASIL, 2004).

O CAPS é um intermediário entre o hospital e o ambulatório de saúde mental, e acabou sendo previsto também como a porta de entrada em saúde mental. Esse serviço deve também capacitar e supervisionar as equipes de atenção básica e

outros serviços de saúde mental, bem como contribuir na elaboração de programas nessa área. O CAPS atende uma clientela de 15 pacientes por turno de 4 horas e abrange uma população com cerca de 200.000 habitantes (BRASIL, 2004).

De acordo com a Portaria 336, os CAPS apresentam-se nas seguintes modalidades (BRASIL, 2004):

- CAPS I (20.000 e 50.000 habitantes) e CAPS II (mais de 50.000 habitantes): são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III (mais de 200.000 habitantes): são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPSi (mais de 200.000 habitantes): CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad (mais de 200.000 habitantes): 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. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Existem no país 618 CAPS I implantados, 382 CAPS II, 39 CAPS III, 101 CAPSi e 186 CAPSad (BRASIL, 2009).

Segundo Saraceno, Asioli e Tognoni (2001) a integração do serviço de atendimento em saúde deve estar de acordo com as realidades da comunidade, ou seja, de acordo com a população, com as redes de atenção básica, com os serviços de educação, com as instituições do Estado e do município e das demais organizações sociais.

Mas para que isso aconteça é necessário que as equipes básicas de saúde se comuniquem e trabalhem juntas aos CAPS, uma vez que esses não são os únicos tipos de serviço de atenção em saúde mental, pois nessa atenção estão também incluídos: a atenção básica; os serviços de residências terapêuticas (SRT) - que são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves, institucionalizadas ou não e tendo suporte interdisciplinar dos CAPS ou da Estratégia Saúde da Família (ESF); os ambulatórios que prestam assistência,



sobretudo às pessoas com transtornos mentais menores e apresentam, em sua grande maioria, um funcionamento pouco articulado à rede de atenção à saúde; e, os centros de convivência, clubes de lazer e outros.

A atenção básica deveria servir também de porta de entrada e de acolhimento ao sofrimento psíquico, pois experiências de atendimento, acolhimento das demandas de saúde mental na atenção básica é algo constatado por 56% das equipes de saúde da família. Os dados ainda mostram que 3% da população necessitam de cuidados contínuos, e que 9% necessitam de atendimento eventual, e ainda se tem uma perspectiva de 6 a 8% da população que necessita de algum cuidado, decorrente do uso de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2003).

Perfaz-se, assim, um total de 20 milhões de pessoas no país que demandam algum tipo de atenção na área da saúde mental. As ações de saúde mental, na atenção básica, devem obedecer ao modelo de rede de cuidados, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (BRASIL, 2003).

A VIII Conferência Nacional de Saúde indicou que a atenção básica deve ter responsabilidade de 80% das necessidades da população, pensando na integralidade das ações e tendo o sujeito e a comunidade como foco, o que incluiria a saúde mental (CAMPOS, FURTADO & MARÇAL, 2007).

Para Starfield (2002) citado por Cunha (2007), a atenção básica também exige recursos muito especiais, considerando como características típicas da atenção básica: ser geral, não tendo restrições a faixas etárias e tipos de problemas ou condições; ser acessível, em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura; ser integrada, ou seja, curativa, reabilitadora, promotora e preventiva; ser longitudinal; utilizar do trabalho em equipe; ter uma perspectiva do físico, psicológico e social dos sujeitos e da comunidade; ser a atenção centrada no sujeito e não na doença; ser orientada para a família e comunidade e ser coordenada e confidencial.

A diretriz conceitual do Ministério da Saúde em relação à Atenção Básica surgiu em 1994 com o Programa de Saúde da Família (PSF) com o intuito de expandir e qualificar a atenção básica, estando efetuadas atualmente pelas Unidades de Saúde da Família (USF), e realizadas pelos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e pelas equipes ESF.

Giovanella *et al.* (2009) destaca que a atenção básica, através da equipe de ESF, deve ter em suas ações e serviços a garantia de acesso e resolubilidade das necessidades menos frequentes e mais complexas. Integrando, coordenando e possibilitando a continuidade das ações.

Segundo o Ministério da Saúde (2003), os princípios de atuação da atenção básica na saúde mental são: a noção de território; a organização da atenção à saúde mental em rede; a intersetorialidade; a reabilitação psicossocial; a multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; a desinstitucionalização; a promoção da cidadania dos usuários e a construção de autonomia possível de usuários e familiares.

Nesse contexto, a atenção básica torna-se importante na realização dos cuidados da saúde mental. Além de auxiliar no enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas, ela também presta o acolhimento inicial para as queixas que se relacionam ao sofrimento psíquico e aos componentes subjetivos das doenças, além de preconizar práticas preventivas e de promoção da saúde (AFONSO & MACHADO, 2008).

Para Dimenstein *et al.* (2005) as ações em saúde mental devem estar pautadas no princípio da integralidade, buscando ampliar a compreensão das necessidades dos usuários de modo articulado, concebendo o usuário de forma sistêmica e tendo a família como locus privilegiado para as intervenções e integrações.

No que permeia a saúde mental na atenção básica, essa pode propor além das ações promocionais e preventivas, ações de integração, que primem pela reinserção social e fortalecimento de rede de apoio social; do usuário e sua família com a equipe de saúde; ou ainda, do usuário com sua própria família, fortalecendo a rede de apoio familiar.

Desde 2003, o Ministério da Saúde, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e diálogo necessários”, prioriza o apoio matricial como a forma de organização das ações de saúde mental junto à atenção básica.

“A assistência na rede básica deve ser realizada através do apoio matricial as equipes da atenção básica explicitando, que a responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local” (BRASIL, 2003, p. 4).

As ações de saúde mental na atenção básica podem receber o suporte técnico especializado através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria GM nº154/2008 e pela Portaria GM nº 2.843/2010, e ainda pela possibilidade de apoio matricial pelos CAPS ou ambulatórios de saúde mental.

As ações de apoio matricial estão permeadas pela responsabilidade compartilhada, pela construção de uma agenda integrada - na qual deverá ocorrer o atendimento conjunto, a discussão dos casos com supervisão, a criação de estratégias comuns para abordar as questões de violência, o abuso de álcool e outras drogas, entre outras, pela elaboração de um projeto terapêutico singularizado, pela formação continuada e pelo fomento de ações intersetoriais.

O apoio matricial é um arranjo institucional, em que uma equipe de referência deve ser responsável pelo matriciamento de seis até nove equipes de ESF ou de atenção básica geral. Juntas, essas equipes desenvolverão ações conjuntas, discutirão acerca de casos identificados pela equipe, criarão estratégias de abordagem, evitarão práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização, desenvolverão ações de mobilização de recursos comunitários, priorizarão abordagens coletivas e de grupos, adotarão estratégias de redução de danos nos grupos de maior vulnerabilidade, e buscarão trabalhar o vínculo com as famílias, fazendo dessa parceira no tratamento e na busca de se constituir redes de apoio e integração (BRASIL, 2003).

### 3.3 Estratégia Saúde da Família

Antecedendo o termo Estratégia Saúde da Família (ESF), surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), com a estratégia de reorientar o modelo de atenção, voltado para a atenção primária, efetivando a participação das famílias nas políticas sociais.

Segundo Mendes (1996) e Teixeira (2003) citado por Assis *et al.* (2007), o modelo de equipe multiprofissional na ESF, passa a definir os problemas e um conjunto de prioridades, além de obter recursos para atendimento das necessidades da comunidade em relação a sua saúde.

As equipes são divididas por territórios, que é o espaço onde grupos sociais vivem, além de suas relações e condições de subsistência (trabalho, renda, habitação, acesso à educação e o seu saber preexistente, como parte do meio ambiente, possuidor de uma cultura, de concepções sobre saúde e doença, de família, de sociedade, entre outros).

Para Ribeiro (2004), a inserção da família como parte da política construída através da equipe de ESF gerou multiplicidade de abordagens tais como: família-indivíduo; família-indivíduo-domicílio; família-comunidade; família-risco social; família-família. Essas abordagens, por não dialogarem entre si, acabam por compor um quadro insuficientemente identificado, o que dificulta a atenção, sugerindo um exame das condições apontadas como forma de dar, efetivamente, espaço para a inserção da família no campo de intervenção da saúde.

Assim, a equipe de ESF passa a ter como núcleo básico a abordagem à família e ao seu espaço social, e não mais apenas o individual. Nessa proposta, a família é acolhida em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde. Partindo desse princípio, fica para a equipe a ideia de se aliar à família, fortalecendo e incentivando no desempenho de suas responsabilidades, e ainda no auxílio de descobertas e desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas (SARACENO, ASIOLI & TOGNONI, 2001).

A família, incluída primeiramente no PSF e continuando a ter esse enfoque junto à equipe de ESF, deve ser considerada como um avanço na quebra de um modelo biomédico vigente por décadas, porém há ainda muito que ser feito para que a família venha a ser o enfoque central da atenção básica como vem sendo proposto.

### 3.4 Família

A definição de família foi sendo construída em vários momentos históricos. Na perspectiva do membro identificado como o doente, o portador de transtorno mental foi reconhecido, por muito tempo, como um problema social a ser combatido pela sociedade burguesa, já que esse doente era totalmente isolado do convívio social. Essa forma de tratamento, a qual isolava o doente, foi defendida por Esquirol por volta de 1811, que defendia tanto a perspectiva de que a família deve ser

protegida emocionalmente e socialmente, como que a família é um ambiente propiciador para o transtorno mental (MELMAN, 2008).

Segundo Birman (1978) citado por Rosa (2003), a família é uma entidade que alimenta os sintomas do portador de transtorno mental e não os controla. Portanto, para o autor, a retirada do doente do convívio da sua família viria a corresponder com uma transposição de forças no espaço externo, o qual seria um lugar para dar limites aos excessos dos sintomas do doente, os quais não são controlados pelos familiares.

Esse modelo, instalado por Esquirol, concebe a família como identificadora da “loucura” do paciente, pois é ela que o encaminha aos cuidados médicos e o leva para o internamento. Mas a família é vista como mera espectadora do processo, ela apenas fornece informações no que diz respeito à história da doença, sem aprofundar a história familiar. Nessa perspectiva, ela não participa do tratamento e nem é incluída nele.

Com a era industrial – fazendo com que as pessoas saíssem do campo com destino à cidade – apresenta-se a crise da família patriarcal. Nesse contexto, a família é separada da família nuclear, com o intuito de se adaptar às limitações de espaço. Segundo Martínez (1999) citado por Rosa (2003), com esse movimento, as doenças vão se tornando emblemáticas do movimento da modernidade, surgindo, fortemente, a histeria e as doenças esquizofrênicas.

A forma de tratamento oferecido ao portador de transtorno mental começa a ser modificada a partir da Reforma Psiquiátrica, passando a não ser mais realizado o tratamento em saúde mental apenas por meio de internação hospitalar, mas em serviços de saúde mental, com base comunitária. A partir daí, a relação família e portador de transtorno mental passa a ter ênfase tanto na teoria como na prática (ROSA, 2003).

Para a psicologia, a família começa a ter importância em relação ao sofrimento psíquico com Freud no século XX. No entanto, em nenhum momento ele desenvolveu técnicas dirigidas ao atendimento familiar, uma vez que privilegiava os conflitos intrapessoais.

Já na década de 50, as intervenções passam a ser feitas no meio em que o portador de transtorno mental vive, e foram fundamentadas nos estudos com pacientes esquizofrênicos, conforme Reichmann, Rosen e Sullivan (1948). Nesses estudos a mãe “esquizofrenogênica” era vista como o membro que propicia a

patologia no portador; para Bateson e para o grupo de Palo Alto (1956) seria o “duplo vínculo da comunicação”; segundo Lidz (1957) seria o “divórcio emocional” entre os pais; Wynne e Singer (1965) apontavam o “desvio de comunicação”; e, para Laing e Esterson (Pace, 2005), seria o “bode expiatório”.

Nessa mesma década, Pichon-Riviéri volta-se ao grupo familiar, considerando, então, o portador de transtorno mental como o depositário das enfermidades de toda a família. A partir desse olhar, o membro que adocece e o membro que protege a família vêm a ser o paciente identificado no processo terapêutico (MELMAN, 2008).

A Teoria da Cibernética de Wiener, no final da década de 40, atingiu o campo das terapias familiares e trouxe o conceito de *feedback* negativo e positivo. O primeiro rompe com o modelo de causalidade linear, e o segundo dá a entender que um sistema que provoca desestabilização, estimula adaptações a novas circunstâncias, e que a desorganização no sistema familiar gera a transformação do sistema.

Outra teoria que contribui com as intervenções familiares é a Teoria Geral dos Sistemas – Von Bertalanffy. O referido autor a define como uma ciência da totalidade, da integridade ou de entidades totalitárias (Vasconcellos, 2006), e no âmbito dos estudos em psiquiatria, a proposta recai novamente sobre as famílias de pacientes esquizofrênicos.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1983) apresentam em seus estudos a Teoria da Comunicação Humana. Segundo esses autores, essa teoria, no campo da saúde mental, estudou os padrões comunicacionais predominantes nas relações dos pacientes esquizofrênicos. A partir desses estudos, a Terapia Familiar Sistêmica passa a ter no seu enfoque as mudanças interativas da família.

Minuchin (1982) propõe a terapia estrutural da família, com a perspectiva de abordar o indivíduo no seu contexto social, não buscando apenas a mudança individual, mas também a organização da família. Essa teoria fundamenta-se no fato de o indivíduo não ser um ser isolado, mas um membro ativo e reativo aos grupos sociais. Portanto, fundamentar as técnicas de saúde mental - que teve por muito tempo toda sua dinâmica voltada apenas para o indivíduo – em uma nova perspectiva é um grande desafio.

O referido autor traz o conceito de família como sendo a matriz da identidade e do desenvolvimento psicossocial dos seus membros, provendo a eles a construção da sua identidade e da sua individualidade. Ainda define a família como um sistema sócio-cultural aberto e em constante transformação, e adaptável às mudanças (MINUCHIN, 1982).

Segundo Böing, Crepaldi e Moré (2008), os estudos com famílias, a partir da teoria sistêmica, trouxeram ampliações do foco, oferecendo mudanças na postura e na visão da família diante da visão negativa sobre ela. Antes dos estudos com famílias, por muito tempo elas foram consideradas como o fator principal do desajuste, conflitos, déficits e fracassos dos seus membros. Na perspectiva do portador de transtorno mental, essa visão era muito forte.

As perturbações mentais representam uma carga para toda a vida, tanto para as pessoas quanto para as famílias afetadas. Assim, um trabalho de saúde mental na comunidade, que vise à promoção, à prevenção e o tratamento dos casos identificados, necessita apoiar-se num conjunto de ações que tenham como objetivo o melhoramento ou a manutenção da saúde da população (SARACENO *et al.*, 2010).

Saraceno *et al.* (2010) destaca que tratar o indivíduo isoladamente de sua família não é tão efetivo para o doente, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e para o seu tratamento devem ser delineados dentro do contexto familiar. Isso porque, quando uma pessoa apresenta um transtorno mental, não é apenas ela que sofre, mas também toda a sua família e, assim, todos precisam de apoio e acompanhamento.

São vários os autores que argumentam ser a família a chave fundamental na manutenção do doente, principalmente do portador de transtorno mental. Por isso, há necessidade de profissionais capacitados para lidar e apoiar as famílias. Ao incluir a família no tratamento, há que se dar a ela o suporte necessário, e isso só é possível se houver uma compreensão mais dinâmica das suas relações.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Caracterização da pesquisa**

Segundo a classificação de Gil (1999), este estudo se caracteriza como uma pesquisa exploratória, que tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas à formulação de problemas mais precisos. Trata-se também de uma pesquisa de caráter qualitativo. Segundo Minayo (2010), essa pesquisa é capaz de incorporar as questões de significados e de intencionalidade, em relação às atitudes e relacionamentos interpessoais e das estruturas sociais.

Uma vez que esta pesquisa<sup>3</sup> objetivou conhecer as ações e concepções dos profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) junto aos familiares dos usuários de saúde mental, foi utilizada a abordagem qualitativa. Esta abordagem busca a compreensão particular daquilo que estuda, tendo como foco de atenção a centralização no específico, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (MARTINS, 2001).

### **4.2 Caracterização dos participantes**

Os participantes da pesquisa foram dez pessoas, profissionais da saúde inseridos em uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) de uma referida Unidade de Saúde da Família (USF). Fazem parte da referida equipe de ESF: um médico de saúde da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitário de saúde (ACS), um cirurgião- dentista e uma atendente de consultório dentário (ACD).

---

<sup>3</sup> A pesquisa Saúde Mental a atenção ao sistema familiar na Estratégia Saúde da Família, vem de um trabalho maior de dissertação de mestrado da autora.



No Quadro 1, estão apresentadas as informações gerais referentes a caracterização dos participantes, tal como a faixa etária, o sexo, a escolaridade e o tempo de trabalho na Unidade de Saúde da Família (USF).

**Quadro 1. Referente às informações para a caracterização dos participantes**

<b>Participantes</b>	<b>n (10)</b>
<b>Faixa etária</b>	
20 a 30 anos	4
31 a 40 anos	3
41 a 50 anos	3
<b>Sexo</b>	
Feminino	10
<b>Escolaridade</b>	
Ensino médio	5
Ensino superior	5
<b>Quanto tempo de trabalho na USF</b>	
01 mês	6
09 meses	1
03 a 07 anos	3

#### **4.3 Procedimento de coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de março e abril de 2010. Aconteceu por meio de observação de campo e de um roteiro de entrevista semiestruturada (apêndice 2). Essa coleta desenvolveu-se a partir de uma relação de perguntas cuja ordem de realização dependeu da interação entre pesquisador e

informante. As entrevistas duraram em torno de 30 minutos à uma hora, e foram gravadas e transcritas posteriormente, com a autorização dos participantes.

A Unidade de Saúde da Família participante da pesquisa foi indicada pela Secretaria Municipal de Saúde do município. Após o primeiro contato com a USF, constatou-se que essa tinha duas equipes de ESF, sendo que apenas uma participou da pesquisa, por estar com o seu quadro completo de profissionais estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A pesquisadora realizou contato com os profissionais para explicar os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar. Foram marcados horários adequados à realidade da USF para realização das entrevistas. Estas foram realizadas em uma das salas disponíveis na USF, após o consentimento dos participantes através da apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1).

#### **4.4 Procedimento de análise dos dados**

Os dados foram analisados de acordo com a literatura pertinente ao tema, e através da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Essa análise é caracterizada pela construção de categorias de sentido *a posteriori*, a partir das palavras e mensagens expressadas pelos participantes da pesquisa.

Segundo Bardin, citada por Minayo (2010), a análise de conteúdo é dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise consistiu na escolha dos documentos que foram analisados, como também da construção de indicadores que orientaram a interpretação. Na exploração do material, os dados brutos foram codificados em busca de núcleos de compreensão do texto. Para o tratamento dos resultados, realizaram-se a descrição e a análise dos dados tendo como finalidade a compreensão dos conteúdos manifestos e latentes, integrando-os com as perspectivas teóricas escolhidas pelo pesquisador.

#### **4.5 Aspectos éticos**

A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes, e seguiu todos os requisitos para a realização de pesquisas com seres humanos. Os participantes não tiveram benefícios diretos, assim como não tiveram qualquer tipo de ônus. Entretanto, os resultados da pesquisa poderão auxiliar a aperfeiçoar o atendimento prestado na atenção básica em saúde mental.

Os participantes foram consultados quanto ao seu interesse em participar e foram informados sobre a justificativa, os objetivos da pesquisa, procedimentos, riscos e benefícios, bem como da garantia de sigilo, privacidade, ausência de custos de sua parte e da possibilidade de desistência em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer prejuízo do atendimento recebido na instituição, conforme as regulamentações éticas para a pesquisa com seres humanos, Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido de acordo com essas regulamentações, e foi disponibilizado pela pesquisadora principal junto aos participantes.

## 5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise das entrevistas para compreensão do que os profissionais da equipe de Saúde da Família desenvolvem como ações de integração e de intervenção junto aos usuários e familiares de saúde mental levaram à construção de categorias e subcategorias de análise.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>5.1 Entendimento de saúde mental</b>	<i>5.1.1 Saúde mental igual à doença mental</i> <i>5.1.2 Conceito ampliado de saúde como processo</i> <i>5.1.3 Saúde mental relacionada à capacidade de resoluções dos problemas.</i>
<b>5.2 Intervenções com os usuários de saúde mental e familiares (ações realizadas pelos profissionais)</b>	<i>5.2.1 Intervenção medicamentosa</i> <i>5.2.2 Responsabilização da família (pelos cuidados, em geral, sobretudo pela medicação).</i> <i>5.2.3 Trabalho com grupos</i>
<b>5.3 Dificuldades apontadas com relação à intervenção (que dificultam ou impedem a realização de ações)</b>	<i>5.3.1 Usuários pouco presentes na USF por serem usuários dos CAPS</i> <i>5.3.2 Entendimento dos profissionais de que usuários de saúde mental são demanda para CAPS</i> <i>5.3.3 Pouco espaço físico na USF</i> <i>5.3.4 Falta de aceitação da família (pouca participação da família e usuários na USF).</i>

## 5.1 Entendimento de saúde mental

Esta categoria discorre sobre o entendimento dos profissionais em relação à saúde mental. As subcategorias que a compõem são as seguintes: saúde mental igual à doença mental, conceito ampliado de saúde como processo e saúde mental relacionada à capacidade de resoluções dos problemas. As concepções apresentadas pelos profissionais em relação à saúde mental podem refletir o modo como suas ações vêm sendo desenvolvidas e também o não desenvolvimento delas.

### 5.1.1 Saúde mental igual à doença mental

A saúde mental foi relatada pelos Entrevistados 10 e 4 como um problema/distúrbio mental já instalado, considerando a saúde mental como a doença mental, a “doença da cabeça”.

“saúde mental pode ser ou um problema mental mesmo, ou uma pessoa que tem como que eu vou te dizer, não está bem” (Entrevistado 10).

“sei lá, tanto com distúrbio mental, sei lá, acho que seria mais na cabeça, não sei né” (Entrevistado 4).

A saúde mental, assim como saúde na sua totalidade, foi, historicamente, sendo construída e identificada através do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença e não na promoção da saúde e prevenção das doenças. A saúde mental, especificamente, por muito tempo foi estudada apenas pelos estudiosos da mente - psiquiatras e psicólogos – que tinham suas preocupações voltadas para os portadores de transtornos mentais. Esse processo histórico, portanto, é o que justifica o campo da saúde mental ter sido construído com o foco na doença.

Essa construção da terminologia saúde mental ainda permeia os dias de hoje, tanto no imaginário dos leigos como dos profissionais da saúde, e aparece na fala dos participantes. O entrevistado 4, por exemplo, demonstra dúvidas acerca da conceituação do termo.

Contudo, como ressalta Amarante (2007), a saúde mental não apenas se baseia na psiquiatria, ou seja, não apenas na psicopatologia ou semiologia da doença. A temática em saúde mental vai além da psiquiatria, da neurologia e neurociências, ela envolve a psicologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história e a geografia (território).

Entende-se por transtorno mental e de comportamento as alterações do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou alterações do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o termo “transtorno” não é um termo exato, mas é usado para indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais (OMS, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), profissionais da saúde ainda associam sofrimento subjetivo com doença. Isso acaba gerando dificuldades na adesão às práticas que visam à promoção de uma vida mais saudável e à prevenção das doenças.

### *5.1.2 Conceito ampliado de saúde como processo*

O entendimento de saúde mental aparece na fala do entrevistado 7 como um processo, visão essa que amplia o conceito, trazendo o aspecto emocional, dissociando - o do aspecto apenas físico, e trazendo outros aspectos que envolvem o estar bem emocionalmente. O entrevistado 5, por sua vez, aponta que saúde mental é estar bem em todos os aspectos, em sua totalidade e acrescenta que nem todas as pessoas são assim.

“saúde mental, eu acho que primeiro a saúde é muito mais do que não ter doença né, ela é um contexto todo, ele bio-psico-sócio-cultural, todo esse contexto né, eu acho que a saúde mental é estar bem, estar equilibrada” (Entrevistado 7).

“saúde mental, acho que é um bem estar de um todo né, que hoje em dia as pessoas não têm” (Entrevistado 5).

A concepção de saúde mental para o Entrevistado 7 é ampliada, apontando para a ideia de que o contexto influencia as questões que envolvem o sujeito, devendo esse estar em equilíbrio nos aspectos biológico, psicológico e social, para que se possa ter saúde mental. O Entrevistado 5 também tem o olhar para o todo, responsabilizando os usuários pela conquista do bem estar.

Segundo Mendes Gonçalves (1992) citado por Campos e Soares (2003), o entendimento e a construção de um modelo de atenção voltado para a saúde requerem não apenas a ênfase nas satisfações e concepções dos profissionais da saúde acerca do processo saúde-doença. Ele exige que os profissionais possam, por meio do seu processo de trabalho, oferecer instrumentos e ações possíveis aos usuários para o alcance da saúde como um bem-estar, que é subjetivo a cada usuário.

Na ampliação do conceito de saúde, faz-se necessário, também, que estejam incluídas nas ações básicas de saúde as intervenções voltadas às adversidades, provenientes do ambiente psicossocial em que o usuário convive (MARTINS & GONÇALVES, 2007).

Refletindo acerca das concepções dos autores citados anteriormente, pode-se perceber a necessidade dos profissionais compreenderem saúde não apenas como um bem-estar, físico, psíquico e social. É preciso promover e possibilitar condições para que isso se concretize.

### *5.1.3 Saúde mental relacionada à capacidade de resoluções dos problemas.*

A resolução de problemas é atribuída à possibilidade de enfrentamento das situações difíceis; e as ferramentas para diminuir a vulnerabilidade dos usuários diante dos problemas do cotidiano são consideradas pelos entrevistados como saúde mental, ou melhor, como usuário saudável mentalmente. Na fala do Entrevistado 8 aparece uma possibilidade oferecida aos usuários pelos profissionais de saúde.

“saúde mental é eu falei mais da doença, mas eu acredito que a saúde você vai com as pessoas ver se elas conseguem achar alguma solução né, para o problema que ela tem” (Entrevistado 8).

“é você conseguir através das tuas ferramentas pessoais, familiares, e das tuas fortalezas e habilidades conseguir vivenciar situações difíceis de uma maneira saudável” (Entrevistado 6).

Além da saúde não ser apenas o não ter a doença, ou não ter alguns sintomas, a saúde mental está relacionada ao funcionamento integral e à otimização de recursos do usuário, para que ele possa diminuir a sua vulnerabilidade diante dos vários agentes propiciadores de uma mente não saudável (REY, 2004).

O conceito de mente saudável e os recursos que cada usuário usa para a resolução dos seus problemas poderão ser facilitados pelo profissional da saúde. Porém, para que isso aconteça de forma resolutiva, é necessário que os profissionais tenham uma visão pautada na subjetividade de cada usuário que procura pelos serviços de saúde, assim como no sistema no qual ele encontra-se inserido.

Conforme Torre e Amarante (2001), a subjetividade é algo do indivíduo, da sua interioridade, em que está uma faculdade racional. Se a subjetividade for classificada em um dado a priori e sem distinção para cada indivíduo, o princípio de individuação - que depende das condições históricas e sociais - não estará sendo propiciador para as funções e capacidades de um funcionamento saudável.

## **5.2 Intervenções com os usuários de saúde mental e familiares (ações realizadas pelos profissionais)**

Esta categoria inclui as possibilidades de intervenções com os usuários de saúde mental e familiares, sendo essas ações realizadas pelos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela é composta pelas subcategorias: intervenção medicamentosa, responsabilização da família (pelos cuidados em geral, sobretudo pela medicação) e trabalho com grupos.



### 5.2.1 Intervenção medicamentosa

A intervenção medicamentosa aparece como uma das ações realizadas pelos profissionais com os usuários de saúde mental e familiares.

O Entrevistado 6 relata que o medicamento é foco do trabalho, tanto na sua atuação quanto na Unidade Saúde da Família (USF) e nas visitas domiciliares. Ele ressalta a preocupação em olhar para a família, mas declara que há dificuldades para que isso seja realizado, porque parece ser da responsabilidade do profissional da saúde, apenas o cuidar da doença.

Já o Entrevistado 7, traz a realidade a qual a USF vem vivendo: ela tem sido apenas responsável pela troca de receitas, pois a falta de tempo impede que outras intervenções possam ser realizadas com os usuários de saúde mental e com os seus familiares.

“eu sei que o foco vai ser o remédio, eu vou chegar lá e minha cabeça vai direto para o remédio, e não deveria ser, deveria pensar porque que aconteceu de a família, mas não daí se eu não cuidar do remédio ninguém cuida” (Entrevistado 6).

“a gente ta dando remédio apenas, trocando receita. Trocar uma receita eles podem ficar trocando por 10 anos uma receita, quando na verdade não é isso. Para nos é isso que a gente faz, e eu acho que é uma realidade em todas as unidades não tem um horário para tu fazer um outro trabalho” (Entrevistado 7).

Atualmente o tratamento medicamentoso tem transformado radicalmente a própria experiência do sofrimento. Recorrentemente os indivíduos têm buscado o psicotrópico para regular as suas mudanças de humor, para melhorar suas performances no trabalho, para encarar situações estressantes, para minimizar a tristeza gerada pelo luto, para mascarar os efeitos traumáticos de determinadas experiências e para tratar alterações associadas aos transtornos mentais graves (BARRIO, PERRON & OUELLETTE, 2008).

Para os autores citados acima a eficácia dos psicotrópicos no tratamento dos transtornos mentais e outros mal-estar é limitado, e há efeitos secundários negativos no uso contínuo.

Nos estudos de Dimenstein *et al.* (2005), eles constaram que a intervenção medicamentosa tem sido a principal prática terapêutica nos serviços de saúde pública, nos variados níveis de atenção. Na atenção básica a questão da medicalização se agrava, pois passa a ser o único recurso disponível aos usuários de saúde mental.

O consumo irracional do medicamento é influenciado pela indústria farmacêutica, pelo modelo biomédico fundamentado no processo saúde/doença, pelas concepções e práticas de saúde e também pela cultura do medicamento como “cápsula da felicidade” (Dimenstein *et al.*, 2005).

### *5.2.2 Responsabilização da família (pelos cuidados, em geral, sobretudo pela medicação)*

A recomendação dos profissionais da saúde para que o uso correto do medicamento fique sob a responsabilidade das famílias tornou-se comum. Segundo o Entrevistado 6, o medicamento aparece novamente como o foco, estando a atenção aos cuidados voltada ao individual e às intervenções curativas. Mas ele ressalta, também, a resistência da família diante das orientações e da sua responsabilização sobre o uso correto dos medicamentos.

Já o Entrevistado 7, explana que a intervenção à família ocorre n sentido de responsabilizá-la pelo utilização da medicação quando se percebe que o usuário necessita de um responsável para cuidar e responder pelo seu uso.

“é e a sempre uma resistência da família, sempre quando a gente acha ou que a gente pontua o problema da adesão, “ah, mas eu não sei como fazer, ah, mas eu dou o remédio, ah, mas ele ia tomar e não tomou então eles fazem aquelas atitude tradicional de transferir para o serviço a responsabilidade, e muitas vezes a culpa é transferida pra qualquer pessoa, menos para o familiar “(Entrevistado 6).

“quando são pacientes que precisam de um responsável, daí sim, a gente vai atrás do responsável, não tem como entregar uma medicação, como aconteceu com uma paciente aqui, que tinha que tomar o remédio no horário e com alguns pacientes

não tem como, tem que chamar a família para responsabilizar sobre isso” (Entrevistado 7).

De acordo com Saraceno *et al.* (2010), a orientação ao uso do medicamento pode ser um importante meio de comunicação entre o profissional da saúde e familiares de usuários de saúde mental, para que haja o conhecimento e a compreensão da evolução das enfermidades mentais, e da história da família e do portador de transtorno mental. No entanto, o autor ressalta quando o medicamento não é bem aplicado ele pode ser o pior obstáculo para essa mesma relação.

Abandono, ausência do cuidador no manejo dos medicamentos, cuidadores sem preparo adequado para lidar com determinada situação, necessidade de uma rede de apoio e falta de habilidade com conflitos familiares são alguns dos motivos para as intervenções junto à família. Mas para que essas intervenções sejam possíveis, Foppa *et al.* (2008) sugerem que a inserção dos profissionais da saúde aconteça no contexto familiar e social no qual esse indivíduo faz parte.

Uma ferramenta que possibilita essa intervenção, conforme More (2005), seria o uso do genograma e do ecomapa. Os genogramas são representações gráficas da história familiar, possibilitando a identificação de recursos familiares que possam vir a auxiliar nas intervenções. Já o ecomapa é um diagrama das relações familiares e da comunidade, que permite ao profissional conhecer os apoios e suportes disponíveis a essa família e aos indivíduos.

Esse olhar através da família ultrapassa o cuidado individualizado, focado na doença e elege-se aquele que contextualiza a saúde produzida num espaço físico, social, relacional, resgatando, assim, as múltiplas dimensões da saúde. “Mencionar a família como foco central da atenção básica de saúde não garante que isso se concretize no PSF/ESF real” (RIBEIRO, 2004).

Percebe-se na fala dos entrevistados que ações no contexto familiar não estão presentes em suas práticas diárias, mesmo que, segundo a ESF, essa seja considerada uma prática que deve ser recorrente aos profissionais inseridos nas equipes. A saúde mental em relação à saúde da família tem uma importância evidente nos dias de hoje, mas suas questões não estão presentes ainda no dia a dia dos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

### 5.2.3 Trabalho com grupos

O trabalho com grupos é relatado pelos entrevistados como sendo uma das possibilidades de intervenção com as famílias dos usuários de saúde mental. Entretanto, eles relatam as dificuldades para prática, por questões organizacionais.

O Entrevistado 3 traz no relato a importância do grupo para os familiares, mas sem que esse seja direcionado a sua necessidade.

“os grupos não começaram, agora ficaram bastante tempo sem grupos” (Entrevistado 8).

“tem né, são feito os grupos né, tem feito grupos, grupos separados, agora o doente mental, entra no da família mesmo” (Entrevistado 3).

O trabalho com grupos e as ações coletivas de acordo com a sua condução podem ir além da tradicional função de orientar e informar. Ele pode vir a desenvolver potencialidades em torno da comunicação, do diálogo e da reflexão do indivíduo para a compreensão e o agir em prol da saúde. É essencial que esse tipo de atuação potencialize atitudes de cuidado, prevenção e promoção do cuidado aos usuários e seus familiares (AFONSO & MACHADO, 2008).

Melman (2008) esclarece que o trabalho com grupos de familiares de usuários de saúde mental funciona como um espaço de acolhimento, em que o processo de construção é constante. É importante um ambiente protetor que, conseqüentemente, gere nos participantes uma maneira mais livre e autêntica de se expressar e de receptividade entre os integrantes.

Diante da fala dos entrevistados se percebe que as ações de grupos ainda não têm sido efetivadas. Esse fato pode ser justificado por essa equipe ser recém-formada e que, portanto, encontra-se em um momento de adaptação organizacional.

Mas na fala do Entrevistado 3 percebe-se a reflexão acerca da organização dos grupos a nível de atenção básica ser quase sempre voltada para as especialidades da doença.

### **5.3 Dificuldades apontadas com relação à intervenção, que dificultam ou impedem a realização de ações**

As dificuldades apontadas com relação à intervenção, que venham a dificultar ou impedir a realizações de ações no âmbito da saúde mental, aparecem como uma categoria. Ela é composta pelas seguintes subcategorias: usuários pouco presentes na Unidade de Saúde da Família (USF) por serem usuários dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); entendimento dos profissionais de que usuários de saúde mental são demanda para CAPS; pouco espaço físico na USF e falta de aceitação da família - pouca participação da família e usuários na USF).

#### *5.3.1 Usuários pouco presentes na USF por serem usuários dos CAPS*

No relato dos entrevistados, uma das dificuldades apontadas como causa da impossibilidade de intervenção com os usuários de saúde mental, é o fato, conforme Entrevistado 4, do usuário definir-se como da saúde mental e assim buscar o CAPS como referência. Os Entrevistados 7 e 10 também citam o CAPS e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), como serviços de referência a atender a demanda em saúde mental.

“geralmente quem já aceita o problema esta no CAPS né”  
(Entrevistado 4).

“eles vão no serviço tipo o CAPS, CRAS ou alguma coisa assim.” (Entrevistado 7)

“não sei acho que tudo isso é feito no CRAS ou no CAPS, eles são encaminhando para lá e eles vão fazendo, tem esse acompanhamento.” (Entrevistado 10)

Segundo Dimenstein *et al.* (2005), muitos ainda são os entraves para a acessibilidade dos usuários de saúde mental nas USF. Essa vem respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento dos usuários, evitando que tanto os hospitais psiquiátricos como os CAPS assumam o papel de porta de entrada em saúde mental.

O CAPS tem assumido no cenário das novas práticas em saúde mental, o dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalar. Segundo o Ministério da Saúde, o CAPS assume o papel de articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias, como dos cuidados na atenção básica, ambulatoriais, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

Mas, Campos e Furtado (2006), afirmam que essas funções, destinadas ao CAPS como organizador da rede local de saúde mental, são ainda algo inatingível em plano nacional.

Ainda nos dias de hoje se nota a tendência hospitalocêntrica e das especialidades quando se trata de saúde mental, fato esse relatado nas falas dos entrevistados quando se refere à procura e encaminhamento dos usuários de saúde mental ser para o CAPS e também CRAS, não sendo então desenvolvidas ações na USF.

### *5.3.2 Entendimento dos profissionais de que usuários de saúde mental são demanda para CAPS*

Os serviços integrantes da rede em saúde mental, segundo o Ministério da Saúde, devem ser oferecidos tanto pela rede de atenção básica, quanto pelo programa de volta para casa, pelos serviços de residências terapêuticas, pelos centros de convivência e cultura e pelos centros de atenção psicossocial (CAPS).

Contudo, mesmo diante dessa posição do Ministério da Saúde, o CAPS ainda é considerado a porta de entrada em saúde mental. Nas falas dos entrevistados o CAPS se apresenta como sendo o lugar para o trabalho com saúde mental porque os profissionais que ali atuam são mais preparados para atenderem a demanda em saúde mental, como relata o entrevistado 7.

“não, porque a gente não consegue trabalhar, os pacientes de saúde mental aqui todos eles vão à rede, vão para os CAPS, tem profissionais mais capacitados para isso, aqui a gente tenta, quando tem algum problema com o paciente e não consegue resolver, a gente chama a família, chama o responsável para ajudar, agora de ter um contato, fazer uma

visita voltada para a família do paciente com transtorno mental não, isso não” (Entrevistado 7).

“os pacientes de saúde mental aqui todos eles vão na rede, vão para os CAPS, tem profissionais mais capacitado para isso” (Entrevistado 7).

Os relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destacam a dificuldade dos profissionais da atenção primária em perceber e reconhecer as “angústias emocionais”, assim como mostram dificuldades também no reconhecimento e manejo precoce dos transtornos mentais (OMS, 2001).

Segundo Vecchia e Martins (2008), é necessário que haja formação adequada aos profissionais da atenção básica, tendo como eixo o ensino da promoção e prevenção da saúde mental. Porém, segundo os mesmos autores, há muitos desafios neste campo, demandando esforços de diversas ordens, tais como a reflexão acerca das possibilidades e limites concretos da articulação em questão.

Lancetti (2006) afirma que na atualidade já temos a autorização para que saúde mental seja realizada por todas as organizações de saúde. No entanto, também conforme o autor, não temos ainda a formação e capacitações que conduzam os profissionais e organizações de saúde a assumirem essa postura, resultando, então, como se pode constatar nas falas, o excessivo número de encaminhamentos e a crença de que quem está preparado a atender em saúde mental é apenas o CAPS.

### *5.3.3 Pouco espaço físico na USF*

Outra dificuldade apontada com relação à intervenção é o pouco espaço físico disponível na USF.

Segundo o Entrevistado 10 é necessário um espaço físico específico para atender o usuário de saúde mental. O Entrevistado 5 refere que além do espaço físico, o profissional médico também é importante.

“não tem lugar, não tem estrutura para trabalhar com isso aí” (Entrevistado 10).

“a USF se torna meio pequena, por falta de sala, mas eu acharia que esse paciente precisa de médico” (Entrevistado 5).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe a reorientação dos modelos assistências, implantando equipes multiprofissionais em Unidades de Saúde da Família (USF), localizadas em áreas geográficas delimitadas.

Segundo o Ministério da Saúde estava previsto para 2010 o financiamento para a construção de uma infraestrutura adequada para o trabalho das equipes, com um investimento aproximado de R\$ 300 milhões nesse período. As USF implantadas a partir de 2010 terão um conjunto completo de ambientes adequados ao trabalho das equipes, assim como uma sala de espera, consultórios médicos e odontológicos, sala de vacina, entre outros. O planejamento para a construção da área física deverá considerar o fluxo de atendimento e as atividades mínimas a serem desenvolvidas (BRASIL, 2009).

Essas melhorias propostas pelo Ministério da Saúde, assim como a necessidade apresentada pelos entrevistados, são relevantes para que o atendimento aos usuários seja digno e respeitoso, e para que haja a disponibilidade mínima de recursos de trabalho para os profissionais. Mas é relevante destacar que não só o melhoramento do espaço físico permitirá que as ações sejam realizadas, é necessário também disponibilidade das equipes e adesão dos usuários.

#### *5.3.4 Falta de aceitação da família (pouca participação da família e usuários na USF).*

Outra subcategoria que aparece na fala dos entrevistados como sendo uma dificuldade com relação à intervenção com o usuário de saúde mental é a aceitação das famílias.

Segundo o Entrevistado 5 as “chamadas” para que a comunidade participe das reuniões oferecidas pelas USF não são atendidas pelas famílias. Essa situação os leva a entender que a população não aceita o membro “doente”. O Entrevistado 1 também revela perceber o não envolvimento da família.



“aqui no posto é sempre abordado, a Dra. N. sempre coloca que eles têm que conviver com as pessoas, fazer parte das reuniões e tudo, mas isso não acontece, eu acho mesmo, a família, eles não aceitem e eles passam a achar que a população não aceitem” (Entrevistado 5).

“eles não são bem envolvidos, eu to te falando porque eu conheço a família” (Entrevistada 1).

Relembrando os momentos históricos que foram definindo o lugar da família em saúde mental, durante um longo período as negociações foram sendo discutidas, para que uma nova relação fosse firmada no convívio do usuário de saúde mental junto a sua família.

Segundo Melman (2008), quando os usuários de saúde mental foram desinstitucionalizados as famílias se sentiram pressionadas para assumir as responsabilidades pelo cuidado do doente. A própria sociedade também exigiu uma postura de comprometimento dessas famílias,

A presença do usuário de saúde mental no sistema familiar e na sociedade demanda que a comunidade, na qual esse usuário reside, tenha dispositivos terapêuticos eficazes no enfrentamento das necessidades deles e de seus familiares. Os atores envolvidos em torno dessa organização devem ser os usuários, familiares, profissionais da saúde e restante da sociedade (MELMAN, 2008).

A família que tem um dos seus membros doente, seja esse físico ou mental, apresenta no seu sistema familiar uma atmosfera de tensão. Quando envolve a esfera do mental, as sensações de impotência e incapacidade das famílias tornam inviável a construção de alternativas para o cotidiano e para o seu manejo nos eventos do dia-a-dia. Severo *et al.* (2007) observam que a ausência e os bloqueios da família passam a ser reforçados pelos profissionais que atendem o membro doente, e indiretamente a família.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer como a atenção aos sistemas familiares na saúde mental vem sendo realizada por uma determinada equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Os objetivos foram satisfatoriamente alcançados. Entretanto, alguns questionamentos foram suscitados a partir da análise dos resultados.

O entendimento de saúde mental para os profissionais da saúde e as leituras realizadas sobre o tema, indicam a noção de saúde mental como sendo a doença mental, o transtorno mental já instalado. Alguns autores apresentam saúde mental como um campo amplo e complexo, pois ao se pensar em saúde mental em outra perspectiva é necessário pensar que tudo que permeia o indivíduo faz parte da sua saúde mental.

Acredito que muito ainda deve ser discutido sobre saúde mental. Quanto aos profissionais de saúde que fazem parte da equipe de ESF, faz-se importante um movimento em prol da realização da promoção à saúde mental, da mente saudável e da prevenção de doenças mentais, o que significa não apenas tratar da doença.

Além disso, foi possível caracterizar as inúmeras dificuldades de intervenções com as famílias de usuários de saúde mental pelas equipes de ESF mesmo que este trabalho seja referência da atenção básica em saúde; são elas: o fato da demanda ser atendida na maioria das vezes pelo serviço da rede de saúde mental; o fato dos profissionais da rede de atenção básica acreditar que o serviço de referência é o que está preparado para receber essa demanda; e, a dificuldade de aceitação da família, a qual parece impedir aos profissionais ações que envolvam e permeiam a família.

Alguns entrevistados também acreditam que uma das ferramentas que permite as ações à atenção básica de integrar a família ao cuidado da saúde mental seria a realização de grupos, que segundo o Ministério da Saúde é um dos principais dispositivos para se trabalhar em promoção da saúde. Contudo, na Unidade de Saúde da Família (USF) em que foi realizada a presente pesquisa pesquisado isso acontece. Essa situação pode ter sido influenciada pelas dificuldades de

planejamento das ações, pelo fato de que no período de coleta dos dados a metade dos participantes da pesquisa estava trabalhando na USF há apenas um mês.

A pesquisa mostrou o foco na medicalização é predominante nas ações de intervenção aos usuários de saúde mental e familiares. Nesse contexto a atenção se volta ao individual e de forma curativa, em detrimento de todas as possibilidades de intervenção ao usuário e sua família. Deixa-se de planejar ações integradas de saúde no local em que deveria ser predominantes a promoção e prevenção.

Ainda em relação às intervenções com os usuários de saúde mental e seus familiares, aparece a responsabilização da família pelos cuidados com os usuários, em especial com a medicação. Isso fortalece a ideia entre os profissionais da saúde de que a falta da “adesão ao tratamento” é ocasionada pelo desconprometimento tanto do usuário quanto da sua família.

Ao invés de culpabilizar os usuários e seus familiares por não aderirem aos tratamentos e orientações, seria importante que os mesmos profissionais se questionassem se de fato foram capazes de responder as demandas para quem eles prestam atendimento. Isso possibilitaria a co-responsabilização diante a aderência. O olhar sistêmico prima pela responsabilidade compartilhada, o qual leva os profissionais a acreditarem que são capazes de co-construir com as famílias as respostas às suas demandas.

A pesquisa elucida que entre as possibilidades de intervenção junto ao contexto familiar, a certificação de que se a família tem exercido seu papel de cuidadora e de fiscalizadora do uso medicamento, é destaque. Os profissionais não falam da possibilidade de intervir através do acolhimento, do desenvolvimento/fortalecimento das redes de apoio aos usuários de saúde mental e familiares.

Em uma das falas de um entrevistado, fica clara a reflexão da sua prática, mas também o questionamento de como fazer para abordar outras questões, não deixando de fazer a verificação do uso correto do psicotrópico, que também é uma prática importante. Será que não existem maneiras de se abordar o medicamento, de forma a também conhecer o sistema familiar, suas mudanças e as dificuldades que possam estar passando?

Diante disso, é possível considerar que a equipe de ESF, mesmo tendo a recomendação de atuar nas famílias, ainda não está sendo orientada sobre como realizar e conduzir os trabalhos que envolvem a saúde mental no sistema familiar.

A pesquisa esclareceu que nos casos aonde há usuários de saúde mental a atenção ao sistema familiar se faz necessária. Pois, ao se conhecer as especificidades de cada sistema familiar é possível atender com melhor qualidade as demandas dos usuários que procuram os serviços de atenção básica e produzir junto a esse sistema a participação dos seus membros no processo de cuidado da saúde.

Com a realização desta pesquisa pode-se verificar a necessidade de ações em saúde mental nas equipes de ESF que sejam voltadas mais para o cuidado, que tenham na sua prática diária a escuta e o vínculo, e que busquem conhecer aonde vive o usuário que vem em busca de atendimento bem como o sistema familiar do qual faz parte.

Atender o indivíduo e sua família em seu contexto possibilita aos profissionais conhecer suas especificidades, as dificuldades que os rodeiam, o contexto em que essas pessoas vivem, assim como suas crenças e suas potencialidades em lidar com as dificuldades e principalmente com os problemas de saúde. Com esse conhecimento é possível produzir ações que promovam bem-estar, que promovam uma mente saudável para todo o sistema familiar. Este estudo mostra, portanto, que muito ainda pode ser explorado com relação à saúde mental e a atenção ao sistema familiar no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

## REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M; MACHADO, C. L. Intervenção psicossocial na articulação entre saúde mental e atenção básica. Texto preparado para I Fórum Municipal da Saúde: **O matriciamento na atenção básica**, realizado em Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2008.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro, 2001.

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, M. M. A.; CERQUEIRA, E. M.; NASCIMENTO, M. A. A.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. Atenção primária à saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 189-199, jul./dez. 2007.

BARRIO, L. R.; PERRON, N.; OUELLETTE, J. N. **Psicotrópicos e saúde mental**: escutar ou regular o sofrimento? In: CAMPOS, R. O e cols. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e feitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

BÖING, E; CREDALPI, M. A; MORÉ, C. L. O. O. Pesquisa com famílias: aspectos teórico- metodológico. **Rev. Paidéia**, v. 18, n. 40, p. 251-266, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. **Coordenação Geral de Saúde Mental**: Saúde Mental no SUS. Brasília: Boletim Informativo da Saúde Mental. IV, n. 18.

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

BRASIL. Ministério da Saúde, 2004. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2004. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2003. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica – O vínculo e o diálogo necessários**, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2008. Portaria GM Nº 154. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. NASF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2009. **Implementação da Lei 10.216 e a Política Nacional de Saúde Mental: cenário atual e perspectivas**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2009. Levantamento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_por\\_uf\\_e\\_tipo\\_em\\_31\\_de\\_janeiro\\_de\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf). Acesso em: 02 maio. 2011.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. v. 8, n. 2, 2003.

CAMPOS, R. O.; FURTADO, J. P; MARÇAL, C. R. M. A Saúde Mental na Atenção Básica: uma saída para o sofrimento psíquico? Universidade Estadual de Campinas. **Unicamp**. Fev, 2007.

CUNHA, G. T. **A construção da clinica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec. 2 ed. 2007.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M.; SEVERO. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**. Barbacena, v.3, n.5., nov. 2005.

FALCETO, O. G.; BUSNELLO, E. D.; BOZZETTI, M. C. Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**7(4), 2000.

FOPPA, A. A.; BEVILACQUA, G.; PINTO, L. H.; BLATT, C. R. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v.44, n.4, 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 14, v. 3, p. 783-794, 2009.

GLAT, R. O papel da família na integração com o portador de deficiência. **Rev. Brasileira de Educação Especial**, v. 2, n.4, p. 111-119, 1996.

LANCETTI, A. AMARANTE, P. **Saúde Mental e Saúde Coletiva**. In: Tratado de saúde coletiva. CAMPOS, G. W. S. e outros. São Paulo: Hucitec, 2006.

MACHADO. A. P. C; MOCINHO, R. R. Saúde Mental: um desafio no Programa Saúde da Família. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, jul./dez., 2003.

MARTINS, M C. F. N. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MARTINS, M. E.; GONÇALVES, A. M. C. **Relacionamento terapêutico: a abordagem como ação básica em saúde**. In: RIBEIRO, M. S. (org.) Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: UFJF, 2007.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais da saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1982.

MORE, C. L. O. O. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n.31, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Geneva: Biblioteca da OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10 rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.

PELIAGO, M. R. Mental health: a public health priority in the Americas. **Rev Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**. v. 18. n. 5, 2005.

RESENDE, H. **A política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. Petrópolis: Vozes, 1987.

REY, F. G. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Pioneira, 2004.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, 2004.

ROSA L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de saúde mental**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

SCHNEIDER, A. R. A Construção da rede de atenção em saúde mental de um município do sul do Brasil. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 28, jan./jun. 2008.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, v.6, n.1, 2001.



VASCONCELLOS, M. J. E. **Pensamento sistêmico**: o novo paradigma da ciência. 5. ed. São Paulo: Papyrus, 2002.

VECCHIA, M.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para implementação de ações. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, 2008.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 1983.

## **APÉNDICE**

## Apêndice 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa de especialização. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final do documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

***Título do projeto: SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO AO SISTEMA FAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA***

*Pesquisadores responsáveis: Juliane de Moliner*

*Contato: (49) 9919-9689 – e-mail: jumoliner@yahoo.com.br*

Este trabalho pretende reunir subsídios que venham a contribuir na discussão acerca da Saúde Mental e atenção ao sistema familiar na Estratégia Saúde da Família. Essa investigação não só colaborará para a saúde coletiva, como também buscará uma relevância para os profissionais que atuam na área como também para os usuários e seus familiares.

Sua contribuição com a pesquisa será a participação na entrevista semiestruturada.

As entrevistas serão gravadas em data, local e horários previamente marcados de acordo com a sua disponibilidade. As informações serão analisadas, classificadas e categorizadas. Esta pesquisa garante o caráter sigiloso de identidade, bem como o seu direito de retirar o consentimento de participação a qualquer tempo. O participante poderá entrar em contato com a pesquisadora para solicitar esclarecimentos, dar sugestões e fazer contribuições. Após o término da pesquisa, todos os participantes da pesquisa serão convidados para um encontro, onde os resultados serão divulgados.

### CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do presente estudo como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

Roteiro de entrevista:

### **1-Dados Sócio-demográfico**

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Ocupação:

Quanto tempo na UBS:

Qual é sua rotina de trabalho?

Quais os maiores desafios junto aos usuários?

### **2 - Roteiro de Entrevista semiestruturada**

1. O que você entende por saúde mental
2. Você tem conhecimentos de usuários de saúde mental na área de abrangência da USF?
3. Os usuários de saúde mental são atendidos na USF? Se sim, falar sobre esses atendimentos.
4. Como é para você o contato com esses pacientes?
5. Você se sente preparado para atendê-los?
6. Existe um planejamento em saúde mental na USF?
7. Ações de acolhimento são desenvolvidas aos usuários de saúde mental. Quais?
8. **São desenvolvidas ações de integração para os usuários de saúde mental e família?**
9. **É feita alguma intervenção a partir do contexto familiar, ou seja, a família se torna parceira no tratamento?**
10. Quais as possibilidades de ações em saúde mental na USF?
11. Há motivos que os impedem de realizar outras ações?
12. Quais os serviços de referências utilizados pela USF em relação à saúde mental?
13. Quais os serviços de referência a USF utilizam com maior frequência?
14. Como é feito o acompanhamento aos usuários encaminhados aos serviços de referência?

15. Já teve caso de internação psiquiátrica? Se sim, houve ações de reintegração ao usuário de saúde mental internado?

**ANEXO**

Florianópolis, 02 de maio de 2011.

## PARECER

**De:**

Elisangela Böing

**Para:**

Familiare Instituto Sistêmico

**Assunto:**

Parecer sobre o trabalho de **Juliane de Moliner**

Título: **Saúde Mental e Atenção ao Sistema Familiar na Estratégia Saúde da Família**

Orientadora: **Dr.<sup>a</sup> Maria Aparecida Crepaldi**

Co-Orientadora: **Elisangela Böing**

O trabalho de autoria de Juliane de Moliner, *Saúde Mental e Atenção ao Sistema Familiar na Estratégia Saúde da Família*, aborda um tema de relevância para a Psicologia e para a Saúde Coletiva – a saúde mental na atenção básica – com ênfase para a atenção ao sistema familiar, conforme preconizam as políticas públicas de saúde brasileiras.

A pergunta de pesquisa e os objetivos mostram-se claros e bem definidos. Sugere-se apenas a ampliação do objetivo geral<sup>4</sup>, já que ele se apresenta de forma mais restrita do que a pergunta de pesquisa e objetivos específicos.

O método utilizado permitiu a abordagem do fenômeno escolhido e aquisição dos dados para responder de forma satisfatória aos objetivos da pesquisa. Na fundamentação teórica mostram-se contempladas as principais temáticas

---

<sup>4</sup> Sugestão de redação: *Verificar se os profissionais da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvem ações de integração e de intervenção junto aos usuários de saúde mental e seus familiares.*

envolvidas. Entretanto, pontua-se que o tema da saúde mental na atenção básica tem sido abordada em um grande número de publicações científicas brasileiras recentes e que a revisão de literatura contou com apenas seis artigos científicos dos últimos cinco anos. Até mesmo com relação aos documentos sobre as políticas públicas, há versões mais atuais do que as utilizadas no trabalho. Por exemplo, sobre o levantamento do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no país, foi utilizado um documento (Brasil, 2005) que apresenta um total de 689 CAPS, enquanto que um documento de 2009 do Ministério da Saúde<sup>5</sup> apresenta um total de 1326 CAPS no país.

Ainda com relação à fundamentação teórica, cabe pontuar que poderia ter sido explorado alguns conceitos específicos do trabalho, como: “ações de integração” e intervenções dos profissionais de saúde na atenção à saúde mental. Seria importante definir o que se entende por “ações de integração” e explicitar integração “de quem com quem”. Por exemplo: integração dos usuários com a comunidade (no sentido de reinserção social e fortalecimento de rede de apoio social); integração do usuário e sua família com a equipe de saúde; ou ainda, integração do usuário com sua própria família (no sentido de fortalecimento de rede de apoio familiar). Caberia ainda uma busca na literatura sobre exemplos destas ações de integração e de intervenção dos profissionais de saúde junto aos usuários de saúde mental e seus familiares. Estas definições e exemplificações permitiriam uma melhor fundamentação e articulação teórica na análise dos dados e nas discussões dos resultados.

Com relação à qualidade da redação e organização do texto cabe apontar algumas considerações. De forma geral, o texto requer uma revisão gramatical: acentuação; ortografia; concordância verbal, nominal e pontuação (ao longo do texto existem vários parágrafos compostos por apenas uma oração). O trabalho deve ser paginado para facilitar a localização do leitor ao longo do texto. Além disso, a construção de algumas frases e parágrafos se mostra confusa e torna o texto incoerente. Por exemplo, no trecho: *Este consumo irracional do medicamento tem*

---

<sup>5</sup>Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_por\\_uf\\_e\\_tipo\\_em\\_31\\_de\\_janeiro\\_d\\_e\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_d_e_2009.pdf)



*sofrido também a influência da indústria farmacêutica, do modelo biomédico fundamentado na no processo saúde/doença, nas concepções e práticas de saúde como também da cultura do medicamento ser a “cápsula da felicidade” (Dimenstein et al., 2005). O modelo biomédico, de atenção curativista, indivíduo centrado, é fundamentado no conceito negativo de saúde (saúde como ausência de doença); enquanto que o conceito de processo saúde-doença fundamenta o modelo de vigilância da saúde, de atenção integral ao indivíduo, família e comunidade – preconizado pelas políticas públicas de saúde atuais. Outro exemplo se encontra na apresentação e discussão dos resultados: a descrição da primeira categoria (item 5.1) não condiz com a apresentação da mesma na tabela. Pontua-se ainda que ao longo do texto encontra-se o item 3.2 *Breve histórico da saúde* que se apresenta sem conteúdo, apenas com o subtítulo.*

Sugere-se também, uma revisão referente à bibliografia citada no texto e listada nas Referencias Bibliográficas. Há referencias que foram citadas ao longo do trabalho e que não aparecem na lista de referencias<sup>6</sup> e referencias que estão citadas na lista e não aparecem no texto<sup>7</sup>. Alguns detalhes quanto às normas de citações também devem ser revistos, tais como: diferenciação por letra de referencias com o mesmo autor e ano; e para citações com mais de um autor, uso do “&” quando a referência está entre parênteses e, “e” quando a citação faz parte do texto.

Referente à aplicação de conhecimentos para a área temática, o trabalho apresenta resultados interessantes a respeito da realidade das práticas dos profissionais de saúde no contexto específico da atenção à saúde mental. As políticas de saúde no Brasil são bastante abrangentes e avançadas; as formações profissionais, em geral, cada vez mais estão sendo aprimoradas e voltadas para as demandas do setor de saúde pública, contudo, percebe-se que na prática as políticas e as reformulações das formações ainda não se mostram concretizadas. Estudos como este são de grande contribuição, pois permitem que se conheça a realidade da atuação dos profissionais de saúde, suas potencialidades, dificuldades

---

<sup>6</sup> Amarante, 2007; Brasil, 2008; Gil, 1995; Lancetti, 2006; Martins & Gonçalves, 2007; Martínez, 1999; OMS, 1993; Rosa, 2003; Rosa, 2007

<sup>7</sup> Bandeira & Barroso, 2005; Brasil, 2007; Coimbra, et al., 2005; Lancetti & Amarante, 2006; Papp, 1992; Santos, et al., 2002; Seidl & Zannon, 2004.

e limitações. E a partir de cada realidade, pode-se pensar em encaminhamentos específicos e eficazes no aprimoramento da atenção à saúde na atenção básica.

Um resultado que chama atenção neste estudo, por exemplo, é o entendimento dos profissionais de que “os usuários de saúde mental são demanda para os CAPS” (subcategoria 5.3.2). As falas dos profissionais, de que os usuários de saúde mental “vão pra rede” ou que “eles vão ao serviço tipo o CAPS, CRAS ou alguma coisa assim”, mostram que os profissionais entrevistados não consideram as demandas de saúde mental como sua responsabilidade, e mais do que isso, mostram um desconhecimento da rede de atenção à saúde e uma desconexão de si e do seu trabalho da própria rede. Em contrapartida, as diretrizes das políticas públicas de saúde preconizam que a equipe de Saúde da Família deve ser não apenas porta de entrada, mas a principal organizadora da rede de atenção; deve-se manter como referência para as famílias de sua área de abrangência mesmo quando estes são acompanhados por serviços dos demais níveis de atenção (como os CAPS) e; sobretudo, deve atuar segundo o modelo de atenção integral (promoção, prevenção e atenção curativa) em todas as demandas, inclusive as de saúde mental. Os resultados deste estudo podem servir, por exemplo, para estimular os profissionais de saúde a discutirem suas concepções e possibilidades de atuação frente às demandas de saúde mental ou estimular e direcionar os gestores na elaboração de cursos e encontros de educação continuada com os profissionais de saúde para trabalhar o papel da Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção, dentre outras questões.

Este trabalho também traz contribuições para a área da psicologia e para os psicólogos que trabalham no setor saúde, no sentido de se questionar como tem sido realizada a atenção à saúde mental na atenção básica e quais as implicações das suas posturas e ações no contexto da realidade constatada.

Desta forma, este parecer indica aprovação do trabalho com os apontamentos e sugestões referidas.

Atenciosamente,

Elisangela Böing