

Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a percepção dos profissionais

Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals
Salud mental en la Estrategia Salud de la Familia: la visión de los profesionales

Jacqueline de Souza¹, Letícia Yamawaka de Almeida¹, Margarita Antonia Villar Luis¹,
Andreia Fernanda Nieves¹, Tatiana Maria Coelho Veloso¹, Sara Pinto Barbosa¹,
Bianca Cristina Ciccone Giacon^{II}, Francine Baltazar Assad^I

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Curso de Enfermagem. Coxim-MS, Brasil.

Como citar este artigo:

Souza J, Almeida LY, Luis MAV, Nieves AF, Veloso TMC, Barbosa SP, Giacon BCC, et al. Mental health in the Family Health Strategy as perceived by health professionals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):935-41. [Thematic Edition "Good practices and fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"] DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0492

Submissão: 18-10-2016

Aprovação: 03-02-2017

RESUMO

Objetivo: analisar o manejo das necessidades de saúde mental na atenção primária à saúde de acordo com a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo qualitativo, descritivo exploratório, desenvolvido no território de abrangência de cinco equipes de saúde da família. Os participantes foram cinco enfermeiras, cinco coordenadores e 17 agentes comunitários de saúde. Os dados foram coletados utilizando observação, entrevistas grupais, entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais. Fez-se a análise de conteúdo com o auxílio de um *Software* de análise textual, e a interpretação baseou-se nas estruturas analíticas correspondentes. **Resultados:** inúmeras e desafiadoras demandas de saúde mental têm sido acolhidas nesse *setting*, para as quais as equipes identificaram recursos de atendimento; no entanto, apontaram dificuldades, sobretudo relacionadas à operacionalização e integração destes recursos. **Conclusão:** destaca-se a necessidade de uma rede de cuidados sensível a tais demandas, mais articulada e gerida de modo eficaz.

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the management of mental health needs in primary care as perceived by Family Health Strategy professionals. **Method:** this was a qualitative descriptive exploratory study developed within the coverage area of five family health teams. The data were collected using observation, group interviews, individual semi-structured interviews, and focus groups. Content analysis was conducted using text analysis software and interpretation was based on the corresponding analytical structures. **Results:** numerous and challenging mental health demands occur in this setting, for which the teams identified care resources; however, they also indicated difficulties, especially related to the operationalization and integration of such resources. **Conclusion:** there is a need for a care network sensitive to mental health demands that are better coordinated and more effectively managed.

Descriptors: Nursing; Mental Health; Primary Care; Family Health Strategy; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar el manejo de necesidades de salud mental en la atención primaria de salud, según la visión de los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo, exploratorio, desarrollado en el campo de acción de cinco equipos de salud familiar. Participaron cinco enfermeras, cinco coordinadores y diecisiete agentes comunitarios de salud. Datos recolectados mediante observación, entrevistas grupales, entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales. Se aplicó análisis de contenido, con ayuda de software de análisis textual. La interpretación se basó en las correspondientes

estruturas analíticas. **Resultados:** numerosas y desafiantes demandas de salud mental fueron recogidas en este *setting*, para las cuales los equipos identificaron recursos de atención; aunque detectaron dificultades, particularmente relacionadas a la puesta en marcha e integración de tales recursos. **Conclusión:** se enfatiza la necesidad de una red de atención sensible a tales demandas, aunque articulada y gerenciada de manera eficaz.

Descritores: Enfermería; Salud Mental; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería Psiquiátrica.

AUTOR CORRESPONDENTE Jacqueline de Souza E-mail: jacsouza2003@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As demandas de saúde mental podem ser descritas tanto como as necessidades de cuidados relacionados aos transtornos psiquiátricos quanto as situações de sofrimento potencialmente presentes ao longo das fases de transição do ciclo vital ou, ainda, como respostas aos diferentes fatores estressantes. Pacientes com demandas de saúde mental podem apresentar inúmeras dificuldades relacionais e no desempenho de papéis, inclusive de viver independentemente na comunidade e de se comprometer com a continuidade do tratamento⁽¹⁾.

Esta população representa uma das mais complexas dificuldades de alocação de recursos para os administradores públicos de saúde, pois os problemas de saúde mental têm sido associados com altas taxas de utilização dos serviços de saúde, piores resultados do tratamento, altas taxas de re-hospitalização e inúmeros erros de medicação, fatores que elevam os custos do cuidado. Em geral, são pacientes extremamente vulneráveis, que morrem 25 anos mais cedo que a população em geral e utilizam muito frequentemente os serviços de emergência⁽²⁾.

No tocante a estas demandas, cabe ressaltar a presença de barreiras substanciais para o acesso aos cuidados necessários, isto é, escassez de recursos, pouca sensibilidade da equipe a tais demandas, além de tratamentos e encaminhamentos não resolutivos que culminam em cronificação e perpetuação da utilização inadequada dos serviços de saúde⁽³⁾.

Diferentes pesquisadores têm assinalado ser essencial a implementação de ações como incentivo à oferta de cuidados de saúde mental no *setting* da Atenção Primária⁽⁴⁻⁶⁾, pois entende-se que, além da proximidade com as comunidades e sua abordagem no espaço onde vivem, tais ações contribuiriam tanto para identificação precoce das necessidades de saúde mental quanto para a diminuição do estigma relacionado ao paciente com transtorno ou em situação de sofrimento psíquico.

Diante do exposto, objetiva-se, no presente estudo, analisar o manejo das necessidades de saúde mental no contexto da atenção primária à saúde de acordo com a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um distrito de saúde localizado em município do interior de São Paulo.

Entende-se que os resultados permitirão apontar os limites e traçar recomendações para o cuidado efetivo de saúde mental neste *setting*.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina

de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE-FMRP-USP) e foram seguidos os aspectos previstos pela Resolução n. 196/96 (atual 466/2012) que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados, ao longo da pesquisa, de duas maneiras, de acordo com o tipo de coleta realizada (entrevista individual ou grupo focal). Para as entrevistas individuais, optou-se por identificá-los pelos códigos ENF (enfermeiros) e COORD (coordenadores) seguidos dos números correspondentes a cada participante. As falas dos grupos focais foram identificadas como GRUPO 1 e GRUPO 2, de acordo com a ordem de realização.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de caráter qualitativo. O processo de investigação e análise seguiu o protocolo mínimo de pesquisa de caráter estruturalista⁽⁷⁾, logo estabeleceu-se o território de abrangência das equipes de Saúde da Família como campo observacional, e as percepções dos enfermeiros, coordenadores e ACS sobre o atendimento das demandas de saúde mental foram destacadas como elementos da investigação.

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma sub-região do distrito de saúde de um município do interior de São Paulo. No período de coleta de dados, este território contava com 16.143 pessoas e era adscrito de cinco equipes de saúde da família.

Fonte de dados

Os participantes foram todos os enfermeiros, coordenadores e agentes comunitários de saúde destas equipes, totalizando cinco enfermeiros (idade entre 30 e 51 anos e tempo de atuação no cargo superior a quatro anos), cinco coordenadores (idade entre 38 e 64 anos e, no mínimo, quatro anos no cargo) e 17 agentes comunitários de saúde (idade entre 28 e 58 anos e, no mínimo, um ano de atuação).

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados por meio de observação, entrevistas grupais, entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais. Inicialmente foram realizadas cinco entrevistas grupais, sendo uma com cada equipe de saúde da família. Assim, cada reunião contou com um enfermeiro e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS). A questão norteadora para essas entrevistas foi: "Quais são as características

do território de abrangência desta equipe de saúde da família em termos de infraestrutura e recursos?" Os resultados foram analisados, com vistas a construir um roteiro para nortear as observações territoriais posteriormente realizadas pelos pesquisadores no território de atuação das equipes. Este roteiro preconizou a observação de recursos formais e informais (organizações não governamentais, igrejas, espaços de lazer, pontos de encontro, serviços de saúde, assistência social), as fragilidades e potencialidades presentes no território em relação à saúde mental da população.

Após a elaboração desse roteiro, foram empreendidas 46 horas de observação do território, durante o horário comercial (8h às 17h). Os pesquisadores dividiram-se em duplas ou trios nas microáreas do território de abrangência das cinco equipes, alternando os períodos da manhã e tarde. As transcrições das observações proporcionaram aos pesquisadores um panorama geral sobre a região estudada, forneceram subsídios para o cruzamento das informações das diferentes fontes de dados e também fizeram parte do corpus final da análise qualitativa.

Após a observação do território foram realizadas entrevistas individuais com os enfermeiros e coordenadores das equipes e grupos focais com os ACS. O roteiro das entrevistas e o de condução dos grupos focais versavam sobre o atendimento das demandas de saúde mental mais frequentes nos serviços da atenção primária à saúde.

Realizou-se um total de dez entrevistas individuais (com os enfermeiros e coordenadores dos referidos serviços) e dois grupos focais, com nove agentes comunitários em um grupo e oito no outro. Tanto as entrevistas como os grupos focais tiveram duração aproximada de uma hora cada. Após a coleta dos dados, houve a transcrição das informações e releitura dos resultados das observações, entrevistas e grupos focais durante reunião com o grupo de pesquisadores envolvidos.

Análise dos dados

As entrevistas, as notas de campo das observações e a gravação dos grupos focais foram transcritas e agrupadas em um único corpus de informação. Em seguida, fez-se a análise com auxílio do *Software Iramuteq v.0.6 alpha 3⁽⁸⁾*, que utiliza estatísticas textuais e análise de similitude (semelhanças e conexões entre as palavras), classificando os fragmentos dos textos de acordo com a semelhança de estruturas entre eles. As classes podem ser visualizadas por um dendograma que proporciona um panorama das conexões entre as mesmas e a distribuição (em porcentagem) dos fragmentos dos textos alocados nas respectivas classes. De posse dessas análises, o pesquisador faz a interpretação dos resultados considerando as classes obtidas e define as estruturas analíticas correspondentes.

A análise dos dados do presente estudo resultou em sete classes, cada uma correspondendo, aproximadamente, a 12% ou 16% dos fragmentos do texto. As preconizações da Organização Mundial da Saúde para integração das ações de saúde mental na atenção primária⁽⁹⁻¹⁰⁾ (especificamente os elementos: razões, desafios e recomendações) foram utilizadas como estruturantes para as interpretações. Assim, após leitura e releitura dos fragmentos do texto correspondentes a cada classe, emergiram três estruturas analíticas: "As demandas de saúde

mental", "As ações da equipe de saúde" e "Os recursos para o atendimento de saúde mental e seus desafios", conforme pode ser observado na figura 1.

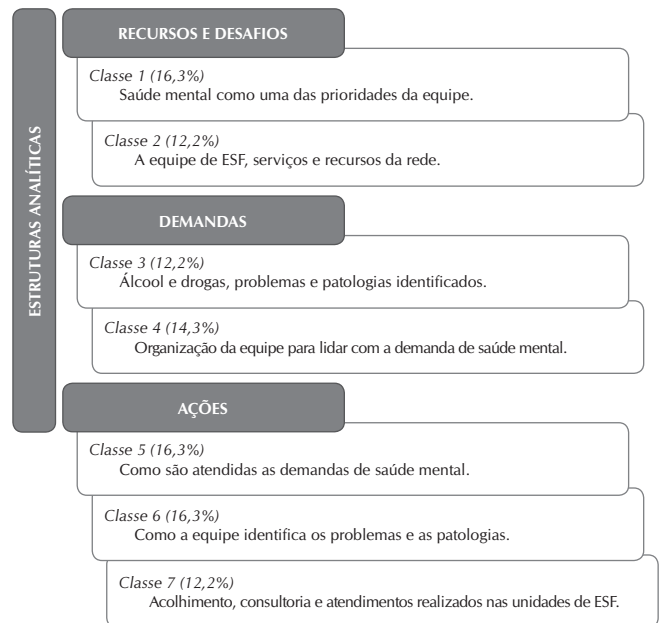


Figura 1 – Classificação dos dados e respectivas estruturas analíticas

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo estão sintetizados na Figura 2.

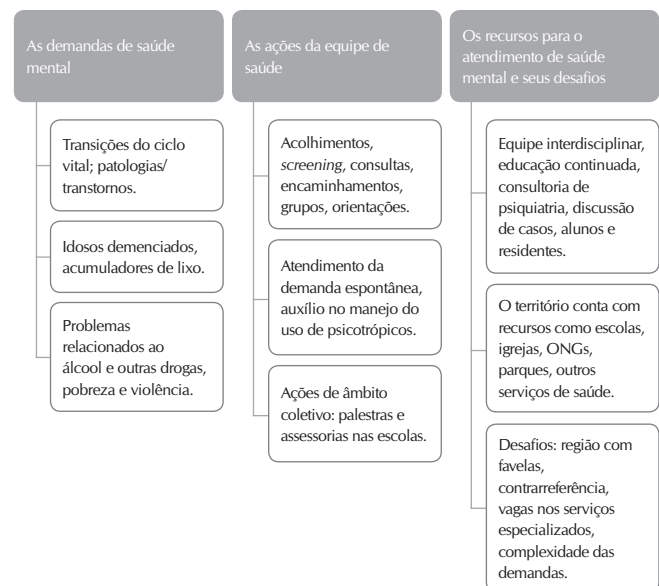


Figura 2 – Síntese dos resultados de acordo com as respectivas categorias

As demandas de saúde mental

Segundo os participantes, as demandas apresentadas pela população atendida nos referidos serviços de atenção primária

vão desde situações de sofrimento psíquico, uso de drogas e transtornos leves, até transtornos mais severos e persistentes.

Demandas de saúde mental [específicas do] ciclo vital: problemas de desenvolvimento das famílias, casamento, nascimento, morte, saída da casa pelos adolescentes, saída do adulto devido ao casamento, separação, envelhecimento. (COORD 3)

Depressão, ansiedade, transtornos mentais graves, queixas específicas e inespecíficas. (GRUPO 1)

Idosos demenciados e isolados em casa. (GRUPO 1)

Síndrome do pânico, deficiência mental, acumuladores de lixo. (GRUPO 2)

Drogas e alcoolismo, transtorno de personalidade. (COORD 2)

Com relação ao território, os participantes apontaram que as áreas menos favorecidas são justamente as que apresentam maior número de demandas relacionadas à saúde mental, devido às questões socioeconômicas inerentes a este processo.

Nas comunidades carentes, a situação de pobreza acarreta problemas intensos. (ENF 2)

[...] falta de recursos, violência, crimes, tráfico de drogas. (GRUPO 1)

Ações da equipe de saúde mental

No âmbito do serviço, as ações de saúde mental envolvem tanto a identificação e o acolhimento das demandas quanto o acompanhamento, as consultas e os encaminhamentos para os serviços especializados.

Identificação de dependência de substâncias e transtornos mentais, consultas individuais, encaminhamento para internações e serviços especializados, orientações, grupos. (COORD 2)

Triagem, acompanhamento, atendimento da demanda espontânea, suporte no manejo do psicofármaco, acolhimento. (COORD 1)

A consultoria de psiquiatria, realizada por psiquiatra e enfermeira especialista, foi apontada como essencial no desenvolvimento de habilidades para a equipe de profissionais generalistas e também como prestação de cuidado direto aos casos mais complexos.

A consultoria proporciona ensino multiprofissional, educação continuada e suporte para a equipe. (COORD 2)

A consultoria possibilita priorizar também o cuidado de saúde mental, a prescrição de medicamentos, referenciar para outros serviços da rede, encaminhamentos, acompanhamento clínico de comorbidades, discussão dos casos. (COORD 1)

No âmbito comunitário são desenvolvidas ações educativas e assistenciais de saúde nos espaços públicos coletivos (como escolas e praças), as quais repercutem na saúde mental das pessoas desta comunidade.

A equipe promove melhoria da qualidade de vida através de ações não específicas. Faz palestras em escolas, presta assessoria para professoras, assistência às crianças. (COORD 2)

Os recursos para o atendimento de saúde mental e seus desafios

Os participantes consideraram os serviços de saúde (gerais e especializados) e outros equipamentos comunitários como recursos para lidar com a saúde mental:

Escolas, igreja, ONG [...] parques ecológicos, recursos informais que têm reflexo sobre a saúde mental. (GRUPO 1)

Serviços de atenção primária à saúde e outros serviços da rede. (COORD 1)

Intersetorialidade, parcerias com poder judiciário, conselho tutelar e dirigentes das igrejas. (COORD 2)

O fato das equipes da atenção primária serem interdisciplinares também foi considerado um recurso importante. Além da equipe fixa, há alunos estagiários e residentes que também recebem treinamento, por meio de consultoria, para rastrear as demandas de saúde mental.

Alunos residentes, médicos e enfermeiros treinados para identificar as demandas de saúde mental, agentes comunitários de saúde com boa experiência em saúde mental. (COORD 2)

No tocante aos desafios, os sujeitos referiram alguns pontos específicos que limitam a atuação das equipes em relação à saúde mental da população atendida.

A contrarreferência é problemática, não sabemos o retorno das informações [...] não tem vaga nos serviços especializados (GRUPO 1)

Complexidade da pós-internação, como lidar? (ENF 2)

Incertezas e riscos, complexidade das necessidades nas áreas de favela, prostituição, droga, roubo (ENF 1)

De acordo com as observações de campo, o território de abrangência das equipes estudadas, de modo geral, possui saneamento básico, luz e água encanada. É constituído, predominantemente, por casas amplas, de alvenaria e com acabamento externo e três aglomerados de casas construídas com materiais reaproveitados, desprovidas de saneamento básico e rodeadas por travessas e vielas estreitas, em sua maioria sem pavimentação e/ou calçada.

Nas microáreas onde se localizam as casas mais amplas, o fluxo de pessoas nas ruas e nos espaços públicos (praças,

quadras esportivas, associações e comércios) é mais reduzido e, nas áreas com residências menores e aglomerados de casas, mais intenso, notando-se praças mal conservadas, campos de futebol improvisados e pequenos comércios locais. Os recursos de proteção social (serviço de assistência social, centros de apoio, estratégias de prevenção da violência) e as opções de lazer são escassos nestas regiões. Apesar disso, foram identificadas associações de moradores e duas sedes de organizações não governamentais especificamente voltadas à profissionalização de adultos e ao apoio recreacional a crianças e adolescentes.

Desse modo, a característica social do território constituiu uma das dificuldades apontadas pelos profissionais, juntamente com questões relacionadas aos equipamentos de saúde mental disponíveis.

Na territorialização há um corte arbitrário do território [...] há uma área grande de favela, faltam centros comunitários, faltam recursos, faltam atividades de recreação [...] não tem nada de lazer. (GRUPO 1)

A rede de saúde mental é uma rede incipiente em termos de organização dos recursos. (COORD 1)

O fluxo dos pacientes com demandas de saúde mental não está bem sistematizado na rede, há muita demanda e isto dificulta o sistema. (GRUPO 1)

Necessidade de melhorias na administração da saúde pública, há carência de recursos de saúde mental, dificuldade de atendimento. (GRUPO 1)

A complexidade de lidar com pacientes portadores de transtornos mentais também emergiu como um desafio destacado pelos participantes.

É mais fácil tratar a dor, tratar a cabeça é difícil. (GRUPO 1)

O paciente [com transtorno mental] quer ser atendido na hora que chega, [...] tem dificuldades de adesão ao tratamento. (GRUPO 2)

Há muito preconceito com a saúde mental. (GRUPO 2)

DISCUSSÃO

As demandas apresentadas no presente estudo podem ser discutidas sob dois aspectos, coletivo e individual. O primeiro diz respeito às carências do território que repercutem em necessidades relacionadas à saúde mental comunitária, e o segundo às demandas individuais apresentadas pelos usuários dos serviços da APS.

No tocante às demandas coletivas, observou-se precariedade das condições de vida em algumas áreas do território, fato apontado com veemência pelos participantes, remetendo tanto à importância da infraestrutura⁽⁹⁻¹¹⁾ para o cuidado efetivo de saúde mental quanto ao impacto adverso dos aspectos sociais e econômicos na manifestação dos transtornos mentais⁽¹²⁾.

Em relação às demandas individuais, diversas situações apresentadas denotam que as necessidades de saúde mental

são inerentes a algumas transições do ciclo vital e associadas às demandas clínicas. No entanto, também ocorrem de forma direta como manifestação de sintomas e transtornos psiquiátricos. Esses resultados corroboram as preconizações da Organização Mundial da Saúde em relação à importância da identificação dos transtornos psiquiátricos concomitantemente às comorbidades ou demandas de saúde física⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Os transtornos relacionados ao uso de substâncias também foram apontados pelos participantes. Destaca-se que a Atenção Primária é parte proeminente dos cuidados relacionados a esta demanda e, portanto, os profissionais generalistas precisam adquirir habilidades para o manejo destas situações⁽¹³⁾. Além disso, condutas para detecção precoce e prevenção de tais transtornos são esperadas dos serviços de atenção primária que visam integrar os cuidados de saúde mental no seu processo de trabalho^(7,9).

As discussões sobre a inclusão de cuidados de saúde mental na Atenção Primária abordam também o fato de, teoricamente, este nível de atenção ser voltado a necessidades menos complexas (transtornos mentais comuns e sem morbidades físicas severas)⁽⁹⁻¹⁰⁾, mas alguns esquemas de cuidado compartilhado como a consultoria, por exemplo, possibilitam lidar com os casos mais “problemáticos”⁽¹³⁻¹⁴⁾, tal como identificado nas equipes estudadas.

Entende-se que o atendimento dessas demandas neste nível reduz o estigma do tratamento, favorece a adesão do paciente e possibilita o cuidado mais contextualizado à realidade do sujeito⁽⁹⁻¹⁰⁾. Esses aspectos adquirem importância ainda maior nesta discussão quando considerado que o acesso geográfico, o estigma relacionado ao tratamento em serviços especializados e a preferência pelo auto manejo têm sido apontados como alguns dos importantes fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento de saúde mental nos serviços especializados^(12,15).

Sobre as demandas referidas pelos participantes, dois outros aspectos devem ser destacados: o aumento do número de idosos com necessidades de saúde mental e pacientes que acumulam lixo compulsivamente. Ambas as situações têm sido documentadas pela literatura^(12,16-19), mas merecem destaque no presente estudo, por se tratarem de condições identificadas pelas equipes da atenção primária.

As ações de saúde mental apontadas no presente estudo também se distribuíram entre ações individuais e coletivas, inclusive discriminando aquelas empreendidas pela consultoria de psiquiatria. Embora as ações coletivas de promoção à saúde mental tenham sido pouco mencionadas pelas equipes, entende-se que possam estar integradas às demais temáticas de saúde, uma vez que as equipes desenvolvem, por exemplo, ações educativas, palestras e assessorias às escolas. Essas atividades de caráter coletivo e integrador promovem a apropriação dos espaços públicos, bem como a interação entre os moradores e, conseqüentemente, podem se caracterizar como ações de saúde mental coletivas inespecíficas. Esses resultados corroboram as recomendações da Organização Mundial da Saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾ no tocante às ações intersetoriais e articulação com serviços da comunidade.

As ações de caráter individual apresentadas no presente estudo são semelhantes às recomendadas por diferentes autores

em relação ao cuidado psicossocial. Tais autores^(3-4,15,20-22) ressaltam que o processo de reabilitação e recuperação dos pacientes deve considerar a avaliação psicossocial, que consiste na identificação de estresse, problemas sociais e necessidade de intervenção especializada. Além disso, preconizam o manejo medicamentoso, encaminhamento aos serviços especializados quando necessário, oferta de atividades grupais, aconselhamento sobre estilo de vida e trabalho com as famílias como ações essenciais para essas demandas^(3-4,15,20-22). Convém acrescentar ser de suma importância que as equipes auxiliem os usuários a manterem sua independência e efetivem estratégias para o combate ao estigma e isolamento social^(9-10,22).

Recomenda-se também, como ação inespecífica de saúde mental, que as equipes utilizem o relacionamento terapêutico para elucidar aos pacientes as conexões existentes entre comportamento, crenças e sentimentos por eles não percebidas. Entende-se que tal ação pode ser mais efetiva se adaptada aos moldes de “formulação de casos”⁽²³⁾ que, no contexto brasileiro, corresponde ao Projeto Terapêutico Individual preconizado pelas atuais políticas de saúde mental.

Outra importante recomendação diz respeito à necessidade de que o relacionamento profissional-paciente inspire confiança, honestidade e que haja tomada de decisão colaborativa com o próprio paciente e as outras áreas do saber⁽¹⁹⁾.

Destacam-se, também, as ações de consultoria que, certamente, incrementam e otimizam os cuidados de saúde mental destas equipes. Este recurso tem sido bem documentado pela literatura como fator que proporciona a provisão efetiva de cuidados psicossociais^(3,9-10), bem como permite a priorização dos cuidados de saúde mental na atenção primária, inclusive o acompanhamento de demandas mais complexas⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Em relação aos recursos para o cuidado de saúde mental, explicitou-se uma gama de possibilidades na internalidade das equipes e no território de abrangência. No entanto, grande parte das dificuldades elencadas pelos participantes diz respeito à operacionalização e integração destes recursos.

Uma das dificuldades mencionadas refere-se ao cuidado direto de pacientes com transtornos mentais que, segundo os participantes, apresentam demandas complexas. Destaca-se que o desconforto e a relutância das equipes em lidar com tais demandas constituem um desafio previsto pela Organização Mundial da Saúde em relação à integração das ações de saúde mental na atenção primária⁽⁹⁻¹⁰⁾. Essas dificuldades remetem à necessidade de treinamentos que priorizem habilidades de comunicação e manejo psicossocial do paciente psiquiátrico⁽³⁾ e criação de noções sobre o cuidado contínuo para esta clientela⁽²²⁾.

Outras dificuldades mencionadas foram a contrarreferência e a integração com os serviços especializados da rede de saúde. A utilização integrada dos serviços existentes na rede é uma recomendação importante⁽⁹⁻¹⁰⁾, no entanto, os resultados do presente estudo apontaram que, a despeito da existência de recursos, a consolidação de uma rede de cuidados sensível e corresponsável ainda é uma das principais necessidades das equipes estudadas.

O estigma associado ao campo da saúde mental, a falta de integração e comunicação entre os serviços, a falta de contrarreferência e a dificuldade de adesão por parte dos pacientes também têm sido obstáculos apontados por outros

estudos^(3,14-15). Além disso, a precariedade social observada no território de abrangência destas equipes é outro fator descrito como potencializador da não adesão dos pacientes ao tratamento psiquiátrico⁽¹⁴⁾.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Com base nos resultados do presente estudo foram delineadas algumas recomendações com o propósito de contribuir para a melhoria da prática em saúde. A primeira delas refere-se ao processo de educação continuada. Sugere-se que maior ênfase seja atribuída às habilidades de cuidados psicossociais, em vez de priorizar apenas a identificação dos casos⁽³⁻⁴⁾. Preconiza-se a formalização das intervenções psicossociais utilizando, inclusive, recursos psicoterapêuticos, como as abordagens cognitivo-comportamentais, os quais têm sido associados a menores taxas de readmissão⁽²²⁾.

Outra recomendação diz respeito à mudança da perspectiva psicopatológica centrada, para a empático-centrada⁽²²⁾, priorizando ações baseadas em “Formulações Clínicas” ou “Projetos Terapêuticos Individuais” no âmbito da Atenção Primária, com foco nos processos situacionais, psicológicos e sociais dos pacientes, e destacando quais fatores desencadeiam sofrimento⁽²²⁻²³⁾.

Em termos mais amplos, recomenda-se que as políticas de saúde priorizem os cuidados e serviços de saúde mental de base comunitária (isto é, o mais próximo possível, geograficamente, dos usuários) para acompanhar, de modo mais contextualizado, o curso da doença/sofrimento e proporcionar apoio à família, visto que as necessidades dos pacientes são muito transitórias no transcorrer dos estágios do ciclo vital⁽²¹⁾.

Ademais, outras sugestões apontadas pela literatura envolvem a padronização do fluxo de encaminhamento entre os diferentes serviços da rede visando à otimização do cuidado integral⁽¹⁵⁾, bem como ações mais articuladas aos recursos comunitários locais.

Limitações do estudo

Como limitações do presente estudo, destaca-se a coleta de dados em etapas sucessivas (ao invés de simultânea) e de modo fragmentado em relação aos sujeitos, isto é, a realização de grupos focais com os diferentes membros da equipe proporcionaria dados mais aprofundados sobre a percepção destes profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária à saúde e, sobretudo, as equipes de saúde da família são importantes ferramentas para a oferta de cuidado integral à saúde e recursos essenciais para a assistência à saúde mental na comunidade. Esta interface permite não somente a identificação precoce e a viabilidade de tratamento, mas contribui também para a redução do estigma relacionado aos pacientes com transtorno mental.

Os resultados do estudo permitiram identificar que os profissionais da atenção primária têm lidado tanto com necessidades bem delimitadas ao campo psiquiátrico (como transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de drogas) como com

outras de maior complexidade (pobreza e violência) que, imprescindivelmente, requerem uma abordagem intersetorial. Alguns recursos identificados podem ser considerados uma realidade muito específica ao contexto estudado, a exemplo da equipe composta de residentes de diferentes categorias profissionais. No entanto, outros são previstos pelas diretrizes que norteiam a ESF, a saber: equipe interdisciplinar, consultoria de psiquiatria, espaços para discussão de casos e educação continuada.

De posse desses recursos, as equipes estudadas têm desenvolvido diferentes e relevantes ações de saúde mental, como acolhimento das pessoas com necessidades de saúde mental (pacientes em acompanhamento e demanda espontânea), rastreamento de transtornos, consultas, grupos, orientação aos pacientes e famílias, auxílio no manejo de psicofármacos, bem como ações no território, por exemplo, palestras e assessorias para escolas locais. Os desafios elencados dizem respeito à existência de áreas de favelas, com situações complexas como tráfico de drogas, crimes, violência e falta de infraestrutura sanitária e social, bem como à dificuldade na resolução das demandas de saúde mental que são polissêmicas e exigem uma rede de cuidados bem articulada e com administração acurada.

Em suma, os resultados do presente estudo ressaltam inúmeras e desafiadoras demandas de saúde mental sendo acolhidas nesse *setting* e revelam que as equipes identificam recursos para o atendimento de tais demandas, embora aponham dificuldades, sobretudo relacionadas à operacionalização e integração destes recursos. O panorama evidenciado sinaliza para a necessidade de uma rede de cuidados sensível a tais demandas, mais articulada e gerida de modo eficaz para ampliar a capacidade técnica das equipes da atenção primária, e de acesso dos pacientes e comunidades aos cuidados de saúde mental.

FOMENTO

Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

1. Uttarkar V. An investigation into community mental health staff experiences. *J Soc Work Pract*[Internet]. 2010[cited 2015 May 10];24(1):49-61. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02650530903532757>
2. Silverman BG, Hanrahan N, Bharathy G, Gordon K, Johnson D. A systems approach to healthcare: Agent-based modeling, community mental health, and population well-being. *Artif Intell Med* [Internet]. 2015[cited 2015 May 10];63(2):61-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25801593>
3. Kenny A, Allenby A. Barriers to nurses providing psychosocial care in the Australian rural context. *Nurs Health Sci*[Internet]. 2013[cited 2015 May 10];15:194-200. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23210839>
4. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*[Internet]. 2007[cited 2015 May 10];370:878-89. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61239-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61239-2/abstract)
5. Hardy S. Mental health and wellbeing: a snapshot of GPN training needs. *Pract Nurs*[Internet]. 2014[cited 2015 May 10];25(8):395-9. Available from: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/pnur.2014.25.8.395>
6. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: a free software for analysis of textual data. *Temas Psicol*[Internet]. 2013[cited 2015 May 10];21(2):513-8. Available from: http://www.academia.edu/7810760/IRAMUTEQ_A_Free_Software_for_Analysis_of_Textual_Data
7. Thiry-Cherques, HR. Métodos estruturalistas: pesquisa em ciências da gestão. São Paulo: Atlas, 2008.
8. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>
9. World Health Organization (WHO). Integrating mental health services into primary health care[Internet]. Geneva: WHO; 2007[cited 2015 May 10]. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html
10. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med* [Internet]. 2008[cited 2015 May 10];5:5-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777555/>
11. Gonçalves DC, Coelho CM, Byrne GJ. The use of healthcare services for mental health problems by middle-aged and older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2014[cited 2015 May 10];59:393-7. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(14\)00059-4/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(14)00059-4/abstract)
12. Fernandez J, Jones MM. Can primary care work for patients with complex needs? *J Community Nurs*[Internet]. 2013[cited 2015 May 10];27(5):73-5. Available from: <http://www.jcn.co.uk/journal/11-2013/mental-health/1590-can-primary-care-work-for-patients-with-complex-needs>
13. Fernandez J, Jones MM. Substance misuse services for patients with complex needs. *J Prim Health Care* [Internet]. 2013[cited 2015 May 10];23(8):29-32. Available from: <http://journals.rcni.com/doi/full/10.7748/phc2013.10.23.8.29.e767>

14. Kerns SEU, Pullmann MD, Putnam B, Buher A, Holland S, Berliner L, et al. Child welfare and mental health: facilitators of and barriers to connecting children and youths in out-of-home care with effective mental health treatment. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. 2014[cited 2015 May 10];46:315-24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740914003375>
 15. Goldberg SE, Whittamore KH, Pollock K, Harwood RH, Gladman JRF. Caring for cognitively impaired older patients in the general hospital: a qualitative analysis of similarities and differences between a specialist Medical and Mental Health Unit and standard care wards. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2014[cited 2015 May 10];51:1332-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613652>
 16. Frank C, Misiaszek B. Approach to hoarding in family medicine. *Can Fam Physician* [Internet]. 2012[cited 2015 May 10];58:1087-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470504/>
 17. Chater C, Shaw J, McKay SM. Hoarding in the home: a toolkit for the home healthcare provider. *Home Healthcare Nurs*[Internet]. 2013[cited 2015 May 10];31(3):144-54. Available from: http://journals.lww.com/homehealthcarenurseonline/fulltext/2013/03000/Hoarding_in_the_Home__A_Toolkit_for_the_Home.6.aspx
 18. Park JM, Lewin AB, Storch EA. Adult offspring perspectives on parental hoarding behaviors. *Psych Res* [Internet]. 2014[cited 2015 May 10];220:328-34. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25129564>
 19. Coffey M, Hannigan B. New roles for nurses as approved mental health professionals in England and Wales. *Int J Nurs Stud*[Internet]. 2013[cited 2015 May 10];50:1423-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23522939>
 20. Butler MP, Begley M, Parahoo K, Finn S. Getting psychosocial interventions into mental health nursing practice: a survey of sill use and perceived benefits to service users. *J Adv Nurs*[Internet]. 2014[cited 2015 May 10];70(4):866-77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24020885>
 21. Yeh LL, Liu SK, Hwu HG. Needs and Demands for Community Psychiatric Rehabilitation Programs from the Perspectives of Patients and Caregivers. *Community Ment Health J* [Internet]. 2011[cited 2015 May 10];47:415-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20607605>
 22. MacNeela P, Clinton G, Place C, Scott A, Treacy P, Hyde A, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. *J Adv Nurs*[Internet]. 2010[cited 2015 May 10];66(6):1297-307. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20384643>
 23. Crowe M, Carlyle D, Farmer R. Clinical formulation for mental health practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2008[cited 2015 May 10];15:800-07. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2008.01307.x/abstract>
-