

A INVISIBILIDADE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O TRABALHO DA ENFERMEIRA CONSTRUINDO CAMINHOS JUNTO ÀS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

THE INVISIBILITY OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PRIMARY CARE: NURSING WORK CONSTRUCTING PATHS IN FAMILY HEALTH TEAMS

LA INVISIBILIDAD DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMÁRIA: EL TRABAJO DE LA ENFERMERA EN LA CONSTRUCCIÓN DE CAMINOS JUNTO A LOS EQUIPOS DE SALUD DE LA FAMILIA

Alice G. Bottaro de Oliveira¹, Inês de Fátima Cunha Ataíde², Maria da Anunciação Silva³

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS da Universidade Federal do Mato Grosso.

² Enfermeira. Aluna da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT/MS/SES-MT.

³ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Projeto ARGOS da Universidade Federal do Mato Grosso.

PALAVRAS-CHAVE:
Saúde mental. Cuidados primários de saúde. Trabalho de enfermagem. Saúde da família.

RESUMO: Trata-se do relato de uma experiência de trabalho da enfermeira em equipe de saúde da família. O objetivo é apresentar alternativa de trabalho que possibilite dar visibilidade aos portadores de transtorno mental nesse modelo de atenção. Os dados foram obtidos inicialmente através das Fichas de Cadastramento, preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Observamos que os problemas relacionados ao sofrimento mental eram sub-notificados. Propusemos uma busca ativa por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, utilizando, além do cadastramento, o conhecimento informal destas. Esta atitude possibilitou aumentar e diversificar os problemas identificados no cadastro inicial, passando de 19 (dezenove) para 43 (quarenta e três), dos quais 39 (trinta e nove) tiveram seu diagnóstico confirmado através de consulta com especialista. Após prescrição de conduta terapêutica adequada, a ESF reorientou suas ações, qualificando o seu atendimento aos pacientes e familiares e contribuindo para a desmistificação do cuidado ao portador de transtorno mental.

KEYWORDS:
Mental health. Primary health care. Nursing work. Family health.

ABSTRACT: This study is related to a nurse working experience in family health team. It aims to present alternatives that give visibility to those with mental disturbs in this attention model. Data was firstly obtained through Cadastre Forms, filled by Health Community Agents. We observed that problems related to mental suffering were sub-notified. An active search was proposed through Health Community Agents, using their informal knowledge, besides cadastre. This action increased and diversified problems identified at initial cadastre, from 19 (nineteen) to 43 (forty-three), from which 39 (thirty-nine) were confirmed through consultation with specialist. After prescription of appropriate therapeutic conduct, family health team re-oriented its actions, qualifying its services to patients and family members, contributing to care demystification in relation to ones with mental disturbs.

PALABRAS CLAVE:
Salud mental. Atención primaria de la salud. Trabajo de la enfermera. Salud de la familia.

RESUMEN: Se trata del relato de una experiencia de trabajo de la enfermera con el equipo de salud de la familia. El objetivo es presentar alternativas de trabajo que posibiliten dar visibilidad a los portadores de trastorno mental con este modelo de atención. Los datos fueron obtenidos inicialmente a través de las Fichas de Registro, completas por los Agentes Comunitarios de Salud. Observamos que los problemas relacionados al sufrimiento mental eran sub-notificados de forma insuficiente. Nos propusimos una búsqueda, activa a través de los Agentes Comunitarios de la Salud utilizando, además de los registros el conocimiento informal de las mismas. Esta actitud posibilitó aumentar y diversificar los problemas identificados en el censo inicial, pasando de 19 (diecinueve) para 43 (cuarenta y tres), de los cuales 39 (treinta y nueve) tuvieron su diagnóstico confirmado a través de la consulta con el especialista. Después de la prescripción de la conducta terapéutica adecuada, el equipo de la salud de la familia reorientó sus acciones, calificando su atendimento a los pacientes y familiares, contribuyendo así en la desmistificación del cuidado al portador de trastorno mental.

Endereço:
Alice G. Bottaro de Oliveira
Rua Pres. Rodrigues Alves, 99 - Ed. Pantanal, apto. 601
CEP: 78043 418 - Bairro Quilombo, Cuiabá, MT
E-mail:alicegbo@yahoo.com.br

Artigo original: Relato de Experiência
Recebido em: 15 de maio de 2004
Aprovação final: 24 de setembro de 2004

INTRODUÇÃO

O presente trabalho relata a experiência de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), no que se refere à identificação e acompanhamento de portadores de transtornos mentais. Ela foi vivenciada durante as atividades práticas de um Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em uma equipe do Município de Cuiabá.

O Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser caracterizado como uma estratégia de operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo assistencial proposto pela Constituição de 1988¹ que necessita, para a sua efetivação, de práticas assistenciais no sentido de garantir os princípios da universalidade, equidade e integralidade, possibilitando ao cidadão brasileiro uma atenção à saúde pautada em valores como a solidariedade e a cidadania.

A implementação prática dos preceitos legais do SUS teve início no decênio 1990, após a criação das Leis N° 8080² e N° 8142³, e da expedição das diferentes portarias e normas operacionais que são emitidas pelo Ministério da Saúde. Além do arcabouço legal, a operacionalização de um modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS, demanda mudanças de atitude nas instituições envolvidas na formação profissional, no gerenciamento e na oferta de serviços de saúde.

A organização dos serviços de saúde que existia antes da regulamentação do SUS era pautada principalmente nos modelos assistenciais sanitaria e médico-assistencial privatista. O primeiro toma como objeto de assistência os problemas de caráter coletivo, apoiando-se no saber da epidemiologia e na realização das campanhas verticalizadas, sendo o sanitaria o seu principal sujeito. O modelo médico-assistencial privatista que tem como objeto o indivíduo doente, sendo o médico seu principal sujeito, utiliza como saber central a clínica e tem o hospital como espaço privilegiado de concretização de seu trabalho.

Propostas alternativas de novos modelos assistenciais vêm surgindo na busca de reverter os modelos anteriores e possibilitar a implementação do SUS. Dentre eles podemos citar as seguintes propostas: vigilância a saúde, acolhimento, cidades saudáveis e saúde da família.

O PSF iniciou a sua implantação em 1994, inspirado no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que já existia desde 1991. O PSF propiciou importantes mudanças nas propostas da Norma Operacional Básica, que foi editada em 1996 e propunha forma diferenciada de incentivos financeiros para

os municípios que implantassem o PACS e/ou PSF⁴.

Cada equipe de saúde da família é constituída por, no mínimo: 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares (e/ou técnicos) de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde (ACS). Desde o ano de 2002, algumas equipes vêm incorporando o odontólogo e, em muitos Estados, a configuração mínima já foi modificada, aumentando o número de alguns profissionais e incluindo outros, conforme a realidade de cada local.

Os críticos do PSF afirmam que ele é uma proposta marginal, no bojo de uma política social compensatória, que se caracteriza por uma assistência primária seletiva, utilizando tecnologia simplificada e de baixo custo e pessoal com pouca qualificação. Os que o defendem acreditam que ele pode realizar a inversão do modelo assistencial hegemônico, que é marcado pelo biologicismo, atenção individual, curativa, hospitalocêntrica e mecanicista.

Consideramos que o PSF pode se constituir numa estratégia de mudança na medida em que conseguir efetivar algumas práticas, como o planejamento estratégico orientado para problemas; pautar-se pela inteligência epidemiológica; contar com a participação popular; mudar o enfoque das suas ações de risco para dano e utilizar a informação para orientar a tomada de decisão, ação e avaliação.

O Estado de Mato Grosso iniciou a implantação das equipes de PSF em 1996 e, em Abril de 2004, tinha 379 equipes em 137 dos seus 139 municípios. Entretanto, apesar do número expressivo de ESF e da implantação do PSF na quase totalidade dos Municípios, observamos que a dificuldade de fazer de fato o PSF se constituir numa estratégia de mudança tem sido o desafio de modificar a atuação dos profissionais, que possuem formação para atender num outro modelo. Tentando melhorar e redirecionar a capacitação destes profissionais, o Estado vem realizando alguns Cursos de Especialização em Saúde da Família, inclusive na modalidade de Residência Multiprofissional.

A realização destes cursos tem propiciado uma maior relação entre as faculdades que formam profissionais da área de saúde e os serviços de saúde, tanto no âmbito do Pólo de Capacitação em Saúde da Família, como na modalidade atual do Pólo de Educação Permanente.

A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PSF

As equipes de PSF iniciam o seu trabalho mapeando a sua área, identificando as principais li-

deranças da comunidade e cadastrando as famílias. A Ficha A do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) é o instrumento básico de cadastro das famílias. Nela, existe um espaço específico para que o informante declare as doenças referidas na sua família.

A partir da constatação de que as Doenças Mentais (DM) referidas, mesmo quando identificadas pelos ACS na Ficha A, não constavam do Cadastro Nacional do SIAB, procedemos a um levantamento, em abril de 2003, que tinha por objetivo identificar o número de pessoas com DM referidas nas USF de Cuiabá, para subsidiar o planejamento da assistência a essas pessoas, nesse nível de atenção.

Solicitamos a cada uma das 19 ESF do Município (número de equipes existentes até abril de 2003) que informassem, a partir dos dados constantes das Fichas A de seu cadastro de famílias, o número de DM nas respectivas áreas de abrangência. Neste levantamento inicial obtivemos dados referentes aos registros de 5 Unidades, onde havia 122 casos. As demais Unidades não disponibilizaram seus dados, o que sugere a não existência de registros específicos nas mesmas. Essas informações obtidas nestas cinco Unidades mostraram-se incompatíveis com os dados que observávamos cotidianamente nas comunidades e com os dados epidemiológicos de prevalência de transtornos mentais na população⁵. Além dessa presumida subnotificação, observamos uma imprecisão no significado atribuído à DM referida (epilepsia, psicose, neurose, distúrbios do comportamento infantil, de aprendizagem, dependência de álcool e drogas e outros) entre os registros encontrados.

Desenvolvemos a experiência de assistência aqui relatada a partir da observação desta possível subnotificação de transtornos mentais nas USF e da compreensão de que a ESF necessita se responsabilizar pela assistência integral à saúde das pessoas da sua área adscrita, e isso implica incluir a assistência à saúde mental.

O trabalho da enfermeira com famílias tem sido objeto de preocupação de diferentes estudiosos, tanto nos aspectos gerenciais em USF⁶⁻⁷, como na construção e implementação de novos instrumentos para a abordagem das famílias de portadores de transtornos mentais no processo assistencial⁸.

Esta experiência se constituiu inicialmente, num levantamento de dados, do qual participaram os ACS, com o conhecimento prévio da população de suas respectivas áreas de abrangência e, posteriormente, das visitas domiciliares realizadas pela enfermeira. Com-

preendemos esses dois momentos da experiência como partes integrantes do trabalho assistencial realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) e, neste sentido, não houve a formalização do procedimento de consentimento livre e esclarecido previsto na Resolução N°196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que se compreende que, neste processo assistencial, há o consentimento implícito de todos os agentes envolvidos – pacientes, famílias e profissionais da equipe.

Este trabalho foi desenvolvido em uma USF da Região Oeste do município de Cuiabá. O município conta com uma população de 483.346 habitantes, de acordo com o último censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2000. Sua rede de atenção básica conta hoje com 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 26 USF's implantadas, distribuídas em 4 Regiões Sanitárias (Norte, Sul, Leste, Oeste).

A USF, local desta experiência, se localiza na zona urbana do município, foi inaugurada em 1º de maio de 2002 e sua equipe é composta por 1 Médico, 1 Enfermeiro, 2 Auxiliares de Enfermagem, 5 ACS, 1 Agente Administrativo, 1 Digitador, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 4 Vigilantes. Seu território está dividido em 5 micro-áreas, cada uma delas coberta por 1 ACS. Segundo o relatório do SIAB, consultado em abril de 2004, o número total de famílias cadastradas nesta unidade é de 811, perfazendo um total de 3.071 pessoas. Quanto ao perfil sócio-econômico, a renda média destas famílias varia entre 1 a 5 salários mínimos, a maioria das casas é de tijolos (96,7%), possui energia elétrica (99,8%), sistema de esgoto (95,1%), abastecimento de água (99,7%) e 94,0% da população acima de 14 anos é alfabetizada.

A obtenção dos dados acerca do número de pessoas portadoras de transtornos mentais na área de abrangência da USF foi tentada, inicialmente, a partir dos cadastros das Fichas A, por não haver outras formas de registro dos portadores deste tipo de transtorno na USF. Este levantamento identificou 19 usuários portadores de transtornos mentais, correspondendo a 0,62% da população da área de abrangência. Estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵, realizado em 14 países de diferentes condições socioeconômicas (inclusive o Brasil), apontou que, apesar de consideráveis variações, a prevalência de transtornos mentais na população atendida em serviços de atenção primária de saúde, era de 24,0%, sendo que a depressão, ansiedade e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas eram os diag-

nósticos mais frequentes.

Mesmo considerando-se que o uso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, determinam uma subnotificação em virtude do temor dos usuários de que os dados identificados no setor saúde subsidiem ações repressivas por parte do aparato policial, o que resultaria em uma média de prevalência reduzida em relação ao estudo da OMS acima citado, consideramos que a magnitude da diferença entre os dados registrados na Ficha A na USF estudada e os do estudo-parâmetro (0,62% e 24,0% respectivamente) merecia uma melhor investigação para maior confiabilidade dos dados. Nesse sentido, passamos a buscar outras formas de identificação de portadores de transtornos mentais na comunidade.

O papel dos ACS's, após este levantamento inicial, foi imprescindível no que se refere a identificação dos portadores de transtornos mentais na área de abrangência. Estes profissionais, por residirem na comunidade e participarem da cultura local, tinham conhecimento informal de vários outros casos suspeitos de problemas mentais que não estavam registrados nas Fichas A, uma vez que não haviam sido relatados pelos informantes. Provavelmente isso era decorrente do estigma deste tipo de doença, o que pode ter levado as famílias a omitir esta informação quando da realização do seu cadastramento.

Considerando que para a realização de uma assistência integral, conforme proposta do PSF, há necessidade inicialmente de identificação de todos os problemas de saúde das famílias, iniciamos um trabalho de sensibilização dos ACS's para viabilizarmos os registros referentes aos transtornos mentais. Esta etapa do processo teve como objetivo proporcionar a organização de Visitas do Enfermeiro a todos os indivíduos referidos no cadastramento inicial, acrescidos daqueles indicados pelos ACS's em que se tivesse percebido algum tipo de alteração cognitiva, afetiva ou comportamental para que se fizesse uma triagem inicial dos possíveis casos novos.

A partir destas visitas, previamente agendadas pelos ACS's, foi possível o levantamento de dados através de entrevista, anamnese e exame mental dos possíveis portadores de transtorno mental. Abordamos nessa avaliação, além dos aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos pessoais, os aspectos relacionados a seu ambiente de moradia e, principalmente, à estrutura e dinâmica familiar.

Este processo de identificação de casos novos foi percebido pelos membros da comunidade local como sendo uma nova possibilidade de assistência aos portadores de transtornos mentais, o que fez com que muitas famílias solicitassem visitas domiciliares para avaliação de pessoas cujo comportamento lhes parecia atípico. Neste processo, a triagem domiciliar realizada identificou 24 outras pessoas, além daquelas 19 iniciais. Para todos eles, observamos a necessidade do estabelecimento ou redirecionamento de condutas especializadas de diagnóstico e terapêutica medicamentosa.

Tornou-se necessário que se viabilizasse mecanismos efetivos de diagnóstico para as 24 "novas" pessoas identificadas pelas famílias e na visita do enfermeiro, bem como a reavaliação diagnóstica e terapêutica dos 19 casos já anteriormente registrados. Para tanto, foi contactado o profissional médico do Ambulatório de Psiquiatria da Policlínica, referência secundária para as Unidades de Saúde da Região Oeste. Foi garantido o acesso imediato ou agendado dos usuários encaminhados pelos profissionais desta USF, tanto com o objetivo de elucidação diagnóstica, quanto para a reavaliação da terapêutica medicamentosa.

Das 43 pessoas encaminhadas a este serviço, 39 foram diagnosticadas como portadores de algum tipo de transtorno mental e 4, apesar de fazerem uso de algum tipo de medicação psicotrópica (antidepressivos, ansiolíticos etc), não tiveram diagnóstico específico de transtorno mental. Para melhor caracterizar essa população apresentamos as tabelas abaixo.

Tabela 1 - Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo sexo e faixa etária, 2004.

Faixa etária	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		N	%	N	%
< 10 anos	-	0	2	5,1	2	5,1
10 a 20 anos	7	18,0	1	2,6	8	20,6
21 a 40 anos	5	12,8	6	15,4	11	28,2
41 a 50 anos	5	12,8	5	12,8	10	25,6
> 50 anos	6	15,4	2	5,1	8	20,5
Total	23	59,0	16	41,0	39	100,0

Na tabela 1 podemos destacar a alta incidência de transtorno mental em adultos na faixa etária de 21 a 50 anos, perfazendo 53,8% dos casos diagnosticados. Este dado aponta para um aspecto desfavorável por tratar-se de um período no ciclo de vida em que a pessoa em condições ideais de saúde estaria desenvolvendo seu potencial produtivo. O impacto negati-

vo gerado pela doença ocasiona transtornos familiares (maior necessidade de atenção aos cuidados da pessoa doente, restrição de atividades sociais e de lazer), econômicos (dificuldades em adquirir trabalhos remunerados, seja por sua incapacidade, seja por discriminação do empregador) e sociais (custo gerado ao Estado para o tratamento).

Tabela 2 - Distribuição dos portadores de transtorno mental segundo sexo e diagnóstico, 2004.

Diagnóstico	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Esquizofrenia		16	41,0	5	12,8	21	53,8
Depressão		3	7,7	8	20,5	11	28,2
Retardo Mental		1	2,6	3	7,7	4	10,3
Epilepsia		2	5,1	-	-	2	5,1
Dist. Comportamento		1	2,6	-	-	1	2,6
Total		23	59,0	16	41,0	39	100,0

Na tabela 2 observamos que as morbidades mais prevalentes foram a esquizofrenia (53,8%) e a depressão (28,2%), em desacordo com estudo recente⁵ que aponta a depressão como o diagnóstico mais comum em contextos de atenção primária enquanto a psicose ativa (esquizofrenia) ocupa o terceiro lugar entre as condições mais incapacitantes, maior inclusive que paraplegia e cegueira.

Os dados referentes às variáveis escolaridade e profissão mostram que, dentre os 39 portadores de transtorno mental, 27 (69,2%) eram alfabetizados, 25 (64,1%) não trabalhavam, 10 (25,6%) eram aposentados e, somente 4 (10,2%) possuíam alguma atividade remunerada. Em relação ao estado civil, 26 (66,6%) eram solteiros e 11 (28,2%) eram casados.

Dos dados acima, cabe ressaltar o percentual elevado de pessoas que não trabalhavam e não recebiam nenhum tipo de benefício, resultando em baixa auto-estima da pessoa, gerando ônus para a sua família, impactando negativamente na qualidade de vida.

Outro aspecto a destacar é o percentual elevado de pessoas solteiras e do sexo masculino, considerando que a presença de uma companheira ou a existência de vínculos afetivos conjugais pode favorecer a adesão ao tratamento domiciliar.

Destaca-se como aspecto favorável, entre os indivíduos estudados, o fato da maioria (69,2%) ser alfabetizada, possibilitando assim melhor compreensão acerca da conduta terapêutica planejada junto à família e ao mesmo.

No âmbito da atenção básica, as medidas de intervenção terapêutica para as pessoas com transtor-

nos mentais devem considerar, além das características clínicas de cada caso, relacionadas ao diagnóstico médico-psiquiátrico (como curso e manifestações da doença, transtorno de personalidade prévio, início insidioso ou agudo, gravidade do transtorno), os recursos pessoais do paciente (auto-conhecimento, auto-crítica, situação de trabalho e situação econômica), os recursos familiares (vínculo afetivo, psicossocial e material) e institucionais e comunitários (como a organização da atenção à saúde mental na rede básica e outras formas de associação e grupos comunitários)⁹.

Destacamos o fato de que, entre os portadores de transtorno mental identificados, não há nenhuma pessoa com diagnóstico principal de dependência de substância psicoativa, seja droga lícita ou ilícita. Consideramos, portanto, que apesar do esforço já empreendido no sentido de identificar os portadores de transtorno mental na comunidade, permanece uma situação de subnotificação, mesmo após esse processo de busca ativa e, neste sentido, estamos realizando um novo levantamento (rastreamento casa a casa) visando determinar com mais precisão a prevalência de transtornos mentais na área de abrangência da USF.

A cultura dos trabalhadores envolvidos na ESF e o modo de organizar o trabalho nos serviços de saúde não conseguem apreender essas situações que estão imediatamente mais afetas à questões comportamentais e sociais.

Os atuais 39 portadores de transtornos mentais identificados na área de abrangência da USF representam 1,3% da população. Esse dado, embora represente um aumento de cerca de 100% entre os inicialmente registrados na USF e, neste sentido, permite

uma maior visibilidade para as necessidades de saúde mental na atenção primária, sinaliza também para um distanciamento da média do estudo da OMS já citado⁵, que era de 24,0%. Daí decorre a necessidade de continuarmos empreendendo um processo de busca ativa, mais detalhada, simultaneamente à implementação das ações assistenciais para as pessoas já diagnosticadas.

De posse destes dados, organizamos a demanda, iniciamos o acompanhamento do tratamento no domicílio e na própria USF, proporcionando uma assistência integral e individualizada além de contarmos com a co-responsabilidade da família e do próprio doente no seu tratamento.

REFLETINDO SOBRE A “INVENÇÃO” DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A experiência aqui relatada permitiu a identificação e aproximação com uma clientela que ao longo do tempo foi excluída da rede geral de atenção à saúde. Consideramos que a ausência de dados e de assistência à saúde mental no nível de atenção primária, especificamente no PSF, é uma condição que decorre do processo histórico de organização da assistência médico-psiquiátrica.

O desenvolvimento das instituições médicas que se ocupavam do tratamento dos loucos/alienados/doentes mentais no Brasil, a partir de 1852 (data da inauguração do primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro), seguiu a lógica manicomial/“asilar”¹⁰. Os “hospícios”, fundados em várias regiões brasileiras, a partir de então, mantinham-se distantes dos centros urbanos e implementavam, no trato com a sua clientela, uma relação disciplinar autoritária. Implementou-se, portanto o modelo da exclusão social dos “doentes mentais” na sociedade, e exclusão das instituições para tratamento destes no contexto da assistência à saúde em geral.

Esse modelo foi amplamente criticado a partir do decênio 1970, no Brasil. Vários movimentos de reforma da assistência psiquiátrica em diversos países - Preventivismo nos EUA, Comunidade Terapêutica na Inglaterra, Psiquiatria de Setor na França e Desinstitucionalização na Itália - possibilitaram o fomento dessa crítica no contexto brasileiro e isso culminou na Reforma Psiquiátrica. Desde o decênio 1980, vários segmentos sociais (profissionais da área de saúde mental, familiares e pacientes, organizações comu-

nitárias) se articulam e constroem, em diversos setores - político, administrativo, teórico, assistencial e legislativo - uma nova conformação para o modelo de atenção em saúde mental no Brasil. Neste processo, a assistência reestrutura-se a partir de dois eixos: inclusão social e cidadania.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, aponta para a integração das ações de saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS. Neste sentido, a estratégia de Saúde da Família, que procura operacionalizar os princípios do SUS (destacando aqui a integralidade da assistência), oportuniza a efetivação dos princípios orientadores da Reforma Psiquiátrica.

Alguns autores têm apontado a necessidade específica de inclusão de ações de saúde mental na atenção primária¹¹. Várias experiências vêm sendo desenvolvidas nesse sentido em todo o Brasil, em condições muito diversificadas, desde regiões metropolitanas da Região Sudeste¹², até em cidades do interior da Região Nordeste do País¹³. Sob risco de comprometer a integralidade das ações de promoção à saúde, enfatizamos a afirmativa de que a saúde mental é o fiel da balança que permite avaliar o grau de integralidade e de diferenciação das ESF dos demais modelos de assistência à saúde^{11:88}.

Devido a história de exclusão que marcou a assistência na área da saúde mental no País, trata-se, portanto de “inventar” o processo de inclusão dessa mesma assistência, num modelo de atenção que se pretende solidário e comprometido com a cidadania - o PSF. Mesmo num contexto de assistência à saúde mental ainda marcado pela exclusão, como o que se apresenta em nossa região¹⁴, é necessário o investimento em ações que cotidianamente implementem a luta antimanicomial, como o que se apresenta potencialmente nas USF.

Em nossa experiência, inferimos que a subnotificação evidenciada refere-se ao estigma que se associa culturalmente à existência da doença mental nas famílias. A necessidade de que se desenvolva em relação aos problemas de saúde mental na atenção básica uma atitude epidemiológica, de identificação, registro e descrição das informações clínicas é fundamental para que se possa planejar e implementar ações de saúde mental para além dos muros do hospital psiquiátrico. Entretanto, para que isso ocorra torna-se necessário a desmistificação do aparato técnico-administrativo-científico construído ao redor da “doença mental”, responsável pelo seu aprisionamento no campo do saber especializado (médico-psiquiátrico) e das

práticas segregacionistas implementadas no hospital psiquiátrico (seu principal instrumento)¹⁵.

A visibilidade das manifestações de sofrimento psíquico da clientela no PSF depende da atitude dos profissionais em reconhecer essas manifestações como objetos de seu trabalho na atenção primária. Possibilitar a identificação quantitativa e qualitativa dessas pessoas pode ser o primeiro passo nesse sentido. Em nossa experiência, reconhecemos que as pessoas com transtornos mentais podem ser acolhidas, assistidas e ter a sua qualidade de vida melhorada por meio de ações implementadas pelas ESF.

Destacamos também o fato de que ao implementarmos ações de saúde mental no PSF e envolvermos os ACS nesse processo de busca e acompanhamento dos casos, estamos desenvolvendo ações de inclusão do doente mental na comunidade e de reabilitação psicossocial que vão muito além das imediatamente identificadas no processo saúde-doença de cada pessoa. A educação em saúde implementada direta e indiretamente nesse processo pode resultar em alcance de grande complexidade e de longo prazo no sentido de reversão do modelo excludente de atenção médico-psiquiátrica para o modelo de atenção psicossocial, calcado nos princípios da promoção da saúde e da reabilitação psicossocial.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; Senado Federal; 1988.
- 2 Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: O Ministério; 1990.
- 3 Brasil. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: O Ministério; 1990.
- 4 Sousa MF de, Fernandes AS, Araújo CL de, Fernandes MC. Gestão de atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulg Saúde Debate* 2000 Dez; 21:7-14.
- 5 Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
- 6 Benito GAV, Becker LC. Competências requeridas para o gerenciamento da assistência de enfermagem no Programa de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* 2004 Jan-Mar; 13(1): 171.
- 7 Gomes ACCN, Torres GV. Opinião das famílias atendidas pelo PSF em uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Oeste de Natal. *Texto Contexto Enferm* 2003 Out-Dez; 12(4): 495-503.
- 8 Filizola CLA, Ribeiro MC, Pavarini SCI. A história da família de Rubi e seu Leão: trabalhando com famílias de usuários com transtorno mental grave através do Modelo Calgary de avaliação e de intervenção na família. *Texto Contexto Enferm* 2003 Abr-Jun; 12(2):182-90.
- 9 Saraceno B, Asioli, Tognoni G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 10 Costa-Rosa A da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p.141-68.
- 11 Lancetti A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: Conselho Nacional de Saúde(BR). *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília; 2001. p.84-9.
- 12 Lancetti A, organizador. *Saúde mental e saúde da família*. São Paulo: Hucitec; 2000.
- 13 Pereira A, Oliveira JC de, Costeira A. Programa de saúde da família e saúde mental: a experiência de Sobral/CE. In: Conselho Nacional de Saúde(BR). *Caderno de textos de apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília; 2001. p.90-4.
- 14 Oliveira AGB de. A reforma psiquiátrica em Cuiabá: análise do processo de trabalho das equipes de saúde mental [tese]. Ribeirão Preto(SP): Escola de Enfermagem/USP; 2003.
- 15 Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicacio F, organizador. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990. p.17-60.