

(RE) CONSTRUINDO CENÁRIOS DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

(Re) Constructing scenarios for action in mental health in the Family Health Strategy

Artigo Original

RESUMO

Objetivos: Avaliar a interação entre a saúde mental e a atenção básica, bem como analisar se esses serviços possibilitam o processo de acolhimento e reinserção do usuário na família e na comunidade. **Métodos:** Estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em 13 unidades básicas de saúde (UBS) e no Centro Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II do município de Cajazeiras-PB, Brasil. Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram: observação simples, diário de campo e entrevista semiestruturada, tendo como sujeitos da pesquisa os enfermeiros das UBS e profissionais de nível superior do CAPS II. **Resultados:** Percebe-se a falta de articulação entre a equipe de saúde da família e a da saúde mental, resultando no cuidado dispensado ao usuário com sofrimento psíquico centrado no CAPS II, sem uma articulação possível com a rede de atenção básica. **Conclusão:** A falta de integração entre ESF e CAPS II no tocante ao cuidado realizado ao usuário com sofrimento psíquico indica a necessidade de implantação de políticas públicas municipais que promovam a interrelação entre saúde mental e rede básica de atenção.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família.

ABSTRACT

Objectives: To assess the interaction between mental health and primary care, as well as analyze if these services enable the embracement process and reintegration of users in family and community. **Methods:** An exploratory study with qualitative approach developed in 13 basic health units (UBS) and type II Center of Psychosocial Attention (CAPS II) in Cajazeiras-PB, Brazil. The instruments used in data collection were simple observation, field diaries and semi-structured interview. Study subjects were nurses of UBS and graduate professionals of CAPS II. **Results:** We perceive the lack of coordination between the Family Health Strategy team and Mental Health team, resulting in the care provided to the user with mental distress centered in CAPS II with no coordination with primary care network. **Conclusion:** The lack of integration between ESF and CAPS II regarding the care provided to the user with psychological distress indicate the need for deployment of municipal public policies that promote the interrelationship between mental health and primary care network.

Descriptors: Mental Health; Primary Health Care; Family Health.

Francisca Bezerra de Oliveira⁽¹⁾
Helena Karolyne Arruda
Guedes⁽¹⁾
Thaliny Batista Sarmento de
Oliveira⁽¹⁾
José Ferreira Lima Júnior^(1,2)

1) Universidade Federal de Campina Grande - UFCG - Cajazeiras (PB) - Brasil

2) Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC - Cajazeiras (PB) - Brasil

Recebido em: 08/09/2010

Revisado em: 03/03/2011

Aceito em: 02/04/2011

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica tem como palavra chave a desinstitucionalização, compreendida como a desconstrução do paradigma manicomial, centrado no isolamento, na doença mental, e a construção de novos conceitos e práticas em saúde mental, bem como novas modalidades de atenção, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, centros de vivências etc, com ênfase no usuário, família e comunidade. Articula-se a esse contexto a Estratégia Saúde da Família (ESF), que trabalha nessa mesma perspectiva, incorporada no cotidiano da comunidade, objetivando prevenção de doença, promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida do usuário.

Esse novo modelo de cuidado com a saúde ancorado na desinstitucionalização tem estimulado a discussão de estratégias vinculadas ao campo da saúde mental, na busca de compreender ações de promoção da saúde, garantindo a atenção ao usuário em todos os seus aspectos, por meio da articulação dos CAPS e ESF.

A ESF, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, é considerada uma das formas de atenção primária em saúde que possui maior capilaridade; tem como foco a família e objetiva reverter o modelo assistencial biomédico, centrado na doença e no tratamento, para um modelo com foco na saúde do usuário em seu território⁽¹⁾.

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com a Reforma Psiquiátrica brasileira, com seus princípios de territorialização e responsabilização pela demanda, o que possibilita um novo paradigma em saúde mental, em que o usuário é considerado um ator social importante no processo de tratamento, objetivando a construção de novas subjetividades e a reinserção social. Para possibilitar essa reinserção, é necessário o vínculo com a comunidade, a família, os novos serviços em saúde mental e as equipes de saúde da família, integrando um sistema que fortalece o atendimento e possibilita o envolvimento do usuário no seu contexto social⁽²⁾.

A equipe de saúde da família passa a agir de forma mais abrangente, sendo co-responsável não só pelo cuidado do usuário, da família e da sociedade, como também pela atuação diante da identificação dos sinais iniciais do adoecimento mental e agravamento dos transtornos psíquicos. Essas situações são vivenciadas através das visitas domiciliares, reuniões grupais, atendimento familiar ou individual⁽³⁾. Contudo, sem o suporte das equipes de saúde da família e saúde mental, possivelmente, essas ações podem ser comprometidas em suas execuções.

Ao contrário do que se imagina, a ESF deve trabalhar não só com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (pré-natal, diabetes, hipertensão, tuberculose, entre

outros), mas com a totalidade de assistência que lhe é permitida, por meio de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis. Torna-se relevante a efetivação da promoção e do tratamento da saúde mental em termos de atenção básica, uma vez que essa articulação, possivelmente, proporcionará redução na demanda dos usuários aos serviços substitutivos, promoverá a sua reinserção no contexto da comunidade, como também proporcionará a escuta e o vínculo com a família e o usuário em sofrimento psíquico.

No entanto, existem alguns obstáculos que dificultam essa articulação entre a ESF e o CAPS, como: a falta de profissionais capacitados, a ausência de grupos de apoio (pastorais, comunidades de bairro, grupos terapêuticos), além das dificuldades dos usuários em encontrar, na rede básica, a assistência em saúde mental. Neste sentido, faz-se necessária a capacitação dos profissionais da ESF para lidar com usuários em sofrimento psíquico.

Com a implantação da ESF na maior parte dos municípios do país, a atenção básica viu-se obrigada a promover sua integração com a saúde mental. Para isso, foram criadas as Equipes Matriciais de Referência em saúde mental, que consistem na formação de uma rede de apoio por parte desses profissionais à rede de atenção básica. As Equipes Matriciais ainda estão em construção e representam um fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolve tanto as equipes de saúde mental como as da atenção básica, e deverá ser uma das prioridades no que diz respeito à integralidade do usuário⁽⁴⁾.

O desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica deve ser propiciado a partir da elaboração de um Plano Municipal de inclusão de ações, como cursos de capacitações para os profissionais da atenção básica, maior integração entre atenção básica e saúde mental, bem como da adoção de novas tecnologias do cuidado, quais sejam: o vínculo, o acolhimento, a escuta e a reinserção. Estas ações devem ser apresentadas, inicialmente, ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizando, em seguida, reuniões com as Equipes de Saúde da Família⁽⁵⁾.

Experiências com transtornos graves na atenção básica propõem a formação de Equipes Volantes de Saúde Mental. Primeiro, a Equipe Volante deverá conhecer a realidade da ESF; posteriormente, deverá haver uma discussão dos casos concretos que são atendidos pela equipe e, a partir de então, serão realizadas ações de capacitação das equipes da ESF⁽⁶⁾.

Os municípios que apresentem até 200 mil habitantes devem possuir para cada nove equipes de saúde da família uma equipe de saúde mental, composta, no mínimo, de um psiquiatra ou clínico geral capacitado, um psicólogo e um técnico em saúde mental. Embora nem todos os municípios possuam esses novos modelos de assistência como os

CAPS, é necessário existir a parceria das unidades básicas de saúde e os serviços de outras localidades, garantindo um atendimento mais abrangente e qualificado⁽⁶⁾.

Diante do exposto, é necessário aprofundar debates e reflexões sobre saberes e práticas no campo da saúde mental que estimulem interlocução com a atenção básica e a integração do usuário na família, na comunidade e no trabalho.

Esta pesquisa objetiva avaliar a articulação entre a ESF e o CAPS II, no município de Cajazeiras - PB, bem como analisar se esses serviços possibilitam acolhimento e reinserção do usuário na família e na comunidade.

MÉTODOS

Considerando o objeto, elege-se a pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações de natureza diferente da pesquisa quantitativa, que lida com variáveis, dados matemáticos, equações, estatísticas⁽⁷⁾.

Os cenários do estudo foram 14 unidades que compõem a rede básica de saúde e o CAPS II de Cajazeiras - PB. Está localizado no Oeste Paraibano, distando 476 km de João Pessoa-PB. Em relação ao setor saúde, especialmente à atenção básica, ela apresenta atualmente 14 unidades da ESF, sendo 11 na área urbana e três na rural.

A rede de Saúde Mental situada em Cajazeiras - PB consiste de um CAPS criado em 2001, atendendo cerca de 50 usuários em regime intensivo e semi-intensivo; um CAPS álcool e drogas (CAPSad) destinado ao tratamento de dependentes químicos de álcool e de outras drogas, implantado em 2006; um CAPS infantil (CAPSi), destinado ao tratamento de crianças e adolescentes que necessitam de cuidados psicossociais, inaugurado em 2009; e um hospital psiquiátrico privado de modelo tradicional que disponibiliza 20 leitos de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sujeitos desta pesquisa foram os enfermeiros que compõem as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os profissionais de nível superior do CAPS II de Cajazeiras - PB. A opção por entrevistar apenas os profissionais, não incluindo a perspectiva dos usuários, ocorreu em função do desejo de privilegiar as ações, as concepções e as condutas destes atores sociais em relação à saúde mental. Foram entrevistados 13 dos 14 enfermeiros que compõem as UBS, pois um deles se recusou a participar desta investigação, bem como cinco profissionais de nível superior do CAPS II.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: observação simples de situações reais dos usuários no CAPS II, sendo estas registradas em um

diário de campo. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com profissionais do CAPS II e da ESF, com as seguintes questões norteadoras: Existe acolhimento à pessoa com transtorno mental nesta unidade de saúde? Quais são as modalidades de atenção e cuidado disponibilizados por esta unidade de saúde às pessoas em sofrimento psíquico? Fale sobre as formas de encaminhamento dos usuários com queixas neuropsiquiátricas que buscam a rede básica de saúde. Qual a facilidade em acessar os demais níveis de atenção e como se dá a integração com o CAPS local? Como se dá a articulação com a ESF?

O método de análise utilizado para se trabalharem as informações obtidas do processo de construção de dados foi a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática. A escolha da técnica de análise temática, através da categorização dos temas que emergem do conteúdo das narrativas dos entrevistados, justifica-se por sua pertinência à análise do material produzido por meio das entrevistas semiestruturadas, por serem “rápidas e eficazes na condição de se aplicarem a discursos diretos (significações manifestas) e simples”⁽⁸⁾. Para preservar a identidade dos profissionais, foram utilizados identificadores para a enumeração das entrevistas, por exemplo, E₁, E₂, E₃...E₁₃, em relação aos enfermeiros da ESF e E₁CAPS, E₂CAPS ... E₅CAPS, para designar os profissionais do CAPS II.

A partir das leituras e (re) leituras do texto produzido pelas entrevistas realizadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família e do CAPS II, emergiram os seguintes temas: Falta de interação entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família e Acolhimento e reinserção do usuário com sofrimento psíquico.

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – COEP, do Centro de Saúde de Tecnologia Rural da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, tendo obtido parecer favorável sob número de protocolo 47/2007. Ademais, tomou-se o devido cuidado em omitir quaisquer informações que pudessem levar à identificação dos sujeitos da pesquisa e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde⁽⁹⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total dos entrevistados nas UBS, 12 eram do sexo feminino e um do masculino. Apenas seis dos 13 enfermeiros concluíram pós-graduação *Lato Sensu*. A idade variou de 24 a 48 anos, todos com tempo de serviço nas unidades de, em média, apenas três meses. Este fato é decorrente de um período de transição política, após as eleições municipais de 2008, que implicou em mudança de gestor municipal e consequente alteração no quadro dos servidores. No CAPS

II, havia nove profissionais, dos quais foram entrevistados os cinco de nível superior: uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma psiquiatra, uma enfermeira e a atual coordenadora do serviço, uma terapeuta corporal.

Os dados qualitativos evidenciaram as condutas adotadas pelos enfermeiros e pelos profissionais do CAPS II, no que concerne à interação destes serviços, bem como as ações de saúde mental desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família. Nesse sentido, os resultados encontram-se apresentados em dois eixos: I- Falta de interação entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família e II- Acolhimento e reinserção do usuário com sofrimento psíquico.

EIXO I: Falta de interação entre saúde mental e Estratégia Saúde da Família

O desenvolvimento da ESF e dos serviços substitutivos em saúde mental, como por exemplo, os CAPS, assinalam o avanço do SUS. No entanto, apesar desse avanço e do debate acerca do processo de desinstitucionalização, em curso em diversos municípios do país, com ênfase na atenção de base comunitária, em uma clínica ampliada, e da necessária articulação entre rede básica e saúde mental, tal processo ainda não é uma situação real em grande parte dos municípios brasileiros^(1,4).

A falta de comunicação/articulação entre esses campos de atuação é perceptível em Cajazeiras - PB, uma vez que todos os entrevistados reportaram que, quando um usuário com sofrimento psíquico chega ao serviço, é feito o encaminhamento ao CAPS. Sabe-se que, tradicionalmente, a rede básica de saúde vem respondendo por menos de 10% da demanda, quando deveria ser o local privilegiado de acolhimento e cuidado em saúde mental⁽¹⁰⁾.

Além disso, fica explícita a dificuldade de articulação entre os campos de saberes e práticas em tela, a partir dos seguintes relatos:

No momento não tá tendo nenhuma articulação. Eu penso que isso se deve a essa transição política. Os profissionais estão passando por uma fase de adaptação, conhecendo o serviço. Existe gente aqui que ainda não conhece a dinâmica do serviço (E_{1 CAPS}).

Não tenho nenhum contato com o CAPS (E₁).

Através do encaminhamento médico o paciente procura o CAPS para atendimento (E₃).

A ESF é considerada porta de entrada para o Sistema de Saúde; deve trabalhar integrada com a atenção primária à saúde, constituindo-se como uma das parceiras para integração das ações de saúde mental. Essas ações devem

proporcionar cuidados que enfatizem a família como co-responsável pelo tratamento e pela produção de novas subjetividades, inclusão social, resgate da singularidade do usuário, rompendo com a lógica de que a doença é sua identidade e que a medicação é a única solução. Esta estratégia tem como diretrizes a universalidade, a integralidade das ações, a territorialização e a formação de vínculos com a população. Neste sentido, percebe-se uma convergência entre os princípios da saúde mental e da atenção básica. Entretanto, tais princípios ainda precisam ser colocados em prática pelas equipes de saúde da família e saúde mental^(3,11).

A despeito dessa constatação, verifica-se o anseio de alguns profissionais por essa articulação, fazendo-os apontar esse fato como uma condição de melhoria da atenção em saúde e (re) inserção social do usuário.

Para alcançarmos o objetivo da reinserção social daqueles marginalizados e excluídos, há séculos, necessitamos desenvolver um trabalho articulado em rede. A ESF faz parte dessa rede, como recurso da comunidade é um forte aliado na luta por uma consciência psiquiátrica extramuros e o mais próximo da família possível (E_{1 CAPS}).

Diante do exposto, a dinâmica de saúde mental na atenção básica permite uma melhor organização do atendimento, tratando o usuário com sofrimento psíquico no contexto social, encaminhando ao serviço especializado, como o CAPS, apenas os casos mais complexos, como: neuroses ou psicoses graves; situações de crise aguda; abuso de álcool ou outras drogas com risco iminente para o usuário/sociedade; outros transtornos mentais graves; definição de diagnóstico; definição de projeto terapêutico, diminuindo, assim, a sobrecarga desse serviço, e, conseqüentemente, possibilitando a reabilitação psicossocial, a reinserção social e uma atenção de qualidade⁽¹²⁾.

EIXO II: Acolhimento e reinserção do usuário com sofrimento psíquico

Os eixos de discussão são distintos, porém se complementam, na medida em que os profissionais devem buscar uma maior e melhor interação para qualificar a atenção em saúde; portanto, constatam-se, no final do Eixo I, alguns elementos característicos do II, de modo que a reinserção do usuário pode ser evidenciada nas transcrições.

No tocante ao acolhimento em saúde mental, apenas três enfermeiros afirmaram realizá-lo, ao passo que os 10 restantes discordaram, afirmando não haver acolhimento. Contraditoriamente, todos foram unânimes em reconhecerem que não há cuidados específicos em saúde mental na rede básica em Cajazeiras-PB. De todos os

entrevistados, apenas um desenvolve um grupo temático em saúde mental na unidade básica onde trabalha.

O portador de transtorno mental geralmente comparece a UBS para a consulta médica, para a prescrição de sua medicação, então não há interação da equipe com o paciente e não há nenhuma modalidade de cuidado ou acolhimento disponível. Aqui não há nenhum cuidado específico (E₃).

Eu acho que o enfermeiro não tem nada haver com esse problema e não tem nada a fazer diante de um problema de saúde mental, quem deve resolver é o CAPS (E₉).

Com base na exposição feita até aqui, observa-se que é precária a atenção em saúde mental nas unidades pesquisadas, pois, de modo geral, não há acolhimento e nem grupos temáticos, o que fragiliza sobremaneira a atenção em saúde mental. Esta deve ser centrada no acolhimento, que constitui a âncora do cuidado à saúde, postura essencial ao ofício de cuidar. Ele pode ser compreendido como uma tecnologia leve em saúde que produz um trabalho vivo em ato, indutor de mudanças nas práticas de atenção à saúde⁽¹³⁾.

Nessa perspectiva, o acolhimento tem como proposta inverter a concepção da organização e do funcionamento do serviço de saúde, sendo este organizado, de forma que nele seja centrado o usuário. Verifica-se que a palavra acolhimento possui como sentido receber, aceitar, tomar consideração, atender, ter atenção, dar crédito, escutar, entre outros. Esses significados nos dão a ideia de inclusão, de inserção. Ao lado dele, está o vínculo, que é percebido como união, aliança, bom relacionamento, interação, reciprocidade, possibilitando uma visão de autonomia e cidadania⁽¹⁴⁾.

O vínculo existente entre os usuários e os serviços de atenção amplia o vigor das ações de saúde e favorece sua participação no processo de tratamento⁽¹⁵⁾. Entretanto, este vínculo ainda não é uma realidade aplicada em Cajazeiras-PB. Além disso, foi observada a fragmentação do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico. Este fato é demonstrado quando o paciente, ao procurar a ESF, realiza uma consulta prévia e, através da referência, a equipe encaminha para o CAPS, onde então será assistido de forma mais especializada. Essa situação é enfatizada na fala transcrita a seguir:

Qualquer distúrbio que aparece, a família leva para a clínica psiquiátrica (E₁₀).

O que se desprende do discurso supracitado revela que o acolhimento e a escuta do usuário são pouco explorados pela equipe desta Unidade de Saúde da Família. Também é notória uma crença da família e, em alguns casos, do

profissional no paradigma de psiquiatria tradicional segundo o qual o hospital psiquiátrico é o principal local de tratamento da pessoa que sofre. Por outro lado, podem-se observar enfermeiros empenhados em favorecer o acolhimento em algumas ESFs:

Tem acolhimento. Esses pacientes são bem acolhidos, da mesma forma que os outros (E₇).

Existe acolhimento sim, a gente recebe o paciente, escuta suas queixas, e só depois encaminha para o médico se for preciso (E₉).

Neste caso, o acolhimento e a escuta são importantes por constituírem uma estratégia que busca oferecer algum tipo de resposta aos pacientes que procuram as unidades de saúde, possibilitando, assim, um cuidado integral, diminuindo a demanda dos usuários aos serviços substitutivos. É no acolhimento que os profissionais de saúde conhecem e escutam o usuário, suas queixas, definem o tipo de atendimento na ESF ou encaminham para outro serviço, se for necessário. O acolhimento deve ser entendido como uma prática que possibilita uma relação entre os profissionais e o usuário que está precisando de cuidado, de diálogo. Assim, é de responsabilidade dos profissionais da ESF prestar atendimento integral a todas as pessoas que estão inseridas no território adscrito.

As modalidades são básicas, havendo atendimento com o médico, enfermeiro e odontólogo (E₅).

Não há modalidades de atenção aqui na unidade. Nós apenas distribuímos medicamentos e orientamos que o paciente vá para o CAPS (E₉).

As narrativas apontam uma forte tendência à terapêutica que privilegia a medicação do doente, procurando aliviar apenas os sintomas da doença.

No tocante às tecnologias de cuidados disponibilizados na rede básica de saúde, especialmente, na ESF, observem-se os discursos a seguir:

Não teve até agora nenhum caso na unidade, mas não existe nenhuma modalidade de atenção (E₁).

Por ser recente a estadia aqui no CAPS, as possíveis ações de saúde mental que poderiam ser desenvolvidas fora do serviço, ainda estão mais na teoria (E_{4 CAPS}).

A primeira fala pontua ausência de planejamento e de implementação de ações direcionadas para a atenção em saúde mental na rede básica. Aliado a isso, existe o preconceito em relação à pessoa com transtorno mental, que é percebida como uma figura estranha e instabilizadora da rotina de trabalho. É bem visível a falta de recursos humanos qualificados e capacitados para o trabalho em saúde mental na maioria das equipes das ESFs⁽¹¹⁾.

As modalidades de atenção em saúde mental constituem-se em ações que devem ser permeadas pela escuta, vínculo, responsabilização, diálogo, grupos temáticos, oficinas de expressão e de geração de renda, possibilitando ao usuário maior autonomia e reinserção social.

No que tange à reinserção social dos usuários, percebe-se a intenção de alguns profissionais do CAPS em desenvolver essa parceria, colocando-a como estratégica para a melhoria da qualidade da atenção em saúde mental, o que foi enfatizado na seguinte fala:

A responsabilidade compartilhada pode produzir uma forma de co-responsabilização pelos casos, favorecendo ainda mais a (re) inserção social do usuário do CAPS na família e comunidade ($E_{2\text{CAPS}}$).

Com base no exposto, trata-se aqui de considerar o usuário não mais como um objeto de intervenção das práticas profissionais, mas sim como a ressignificação do seu papel no seu próprio projeto terapêutico, juntamente com seus familiares, na busca de uma resolutividade compartilhada por responsabilidades, acolhimentos e vínculos⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica tem gerado vários impulsos, principalmente quanto à construção de novos conceitos e formas de lidar em saúde mental. A despeito disto, profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, ainda possuem na sua prática a lógica da exclusão, baseada em teorias psiquiátricas reducionistas e organicistas, daí a importância da discussão de teorias focaultianas, basaglianas, freudianas e morinianas, que devem estar direcionadas para a compreensão do sofrimento psíquico do usuário. Em saúde mental, o mais importante é a pessoa que sofre. Por isso, há necessidade de os diversos profissionais conjugarem esforços e estabelecerem parcerias com projetos e programas de sociedade, como é o caso da Rede de Atenção Básica, por meio da ESF.

É visível a necessidade da articulação entre a ESF e o CAPS II de Cajazeiras-PB. A ESF mostra-se uma tecnologia a ser melhor explorada enquanto ferramenta de atenção comunitária em saúde mental, pois os princípios e diretrizes do SUS parecem não ser compreendidos ou defendidos pelos enfermeiros do município. Portanto, a ESF é considerada um importante instrumento para o fortalecimento da rede de atenção em saúde mental, uma vez que converge para a proposta de assistência baseada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Por meio desta estratégia de atenção, busca-se fortalecer o acolhimento, o vínculo, a escuta, a responsabilização e a reinserção social, resgatando a relação humanizada profissionais/usuários.

Espera-se que este estudo seja uma contribuição importante para o cuidado em saúde mental, podendo fomentar, sensibilizar e conscientizar docentes, profissionais e graduandos de saúde sobre a importância da articulação dos campos da saúde mental e ESF, potencializando uma ação transformadora das práticas e dos saberes, em benefício do portador de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. São Paulo: Editora Fiocruz; 2007.
2. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Revista Ciência e Saúde Coletiva, [periódico online] 2008 [acesso em 2008 Out 15]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo.int.php?id>
3. Ministério da Saúde (BR). Atenção Básica [acesso em 2009 Jul 08]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29816&janela=1
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília; 2007.
5. Pinto JCSG. A Abordagem aos Transtornos Mentais Graves na Atenção Básica [abstract]. In: I Oficina de Capacitação de Supervisores em Saúde Mental para o Programa de Saúde da Família. Rio de Janeiro: Itaipava; 2002.
6. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. Relatório de Gestão: 1998-2002. Brasília; 2002.
7. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2003.
8. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Dimentein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Morais C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental. 2005;3(5):33-42. [periódico na Internet] 2005 [acesso em 2008 Out 15]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

11. Oliveira FB, Guedes HKA, Oliveira TBS, Silva JCC. Saúde mental e estratégia de saúde da família: uma articulação necessária. *Psychiatry on line Brasil*. 2009;14(9).
12. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (BR). *Atenção em saúde mental (Linha-Guia)*. Belo Horizonte; 2006.
13. Jorge MSB, Sales FDA, Pinto AGA, Sampaio JJC. Interdisciplinaridade no processo de trabalho em centro de atenção psicossocial. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010;23(3):221-30.
14. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):287-301.
15. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2004 [acesso em 2009 Jul 1];6(20):1487-94. Disponível em: <http://www.fao.org>

Endereço primeiro autor:

Francisca Bezerra de Oliveira
Rua João Coleta, 25/04
Bairro: Casas Populares
CEP: 58900-000 - Cajazeiras - PB - Brasil
E-mail: oliveirafb@uol.com.br

Endereço para correspondência:

José Ferreira Lima Júnior
Rua 24 de março, 180
Bairro: Centro
CEP: 63010-390 - Juazeiro do Norte - CE - Brasil
E-mail: jflimajunior@gmail.com