



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Maria Isabel Silva Guilherme**

**SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL:  
POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO PARA O CUIDADO EM UM CONTEXTO  
DE ZONA RURAL**

**Natal – RN**

**2016**

Maria Isabel Silva Guilherme

SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL:  
POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO PARA O CUIDADO EM UM CONTEXTO DE  
ZONA RURAL

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca de defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da Família,  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
– UFRN.

Orientadora: Profa. Dra. Jacileide Guimarães

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do  
Cuidado em Saúde.

Natal / RN

2016

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Guilherme, Maria Isabel Silva.

Saúde da família e saúde mental: possibilidades de articulação para o cuidado em um contexto de zona rural / Maria Isabel Silva Guilherme. - Natal, 2016.

70f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família)- Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Profa. Dra. Jacileide Guimarães.

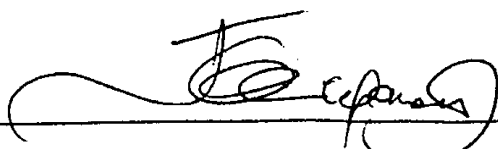
1. Saúde da Família - Dissertação. 2. Saúde Mental - Dissertação. 3. População Rural - Dissertação. I. Guimarães, Jacileide. II. Título.

Maria Isabel Silva Guilherme

SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL:  
POSSIBILIDADES DE ARTICULAÇÃO EM UM CONTEXTO DE ZONA RURAL

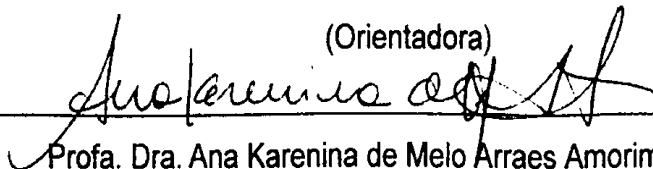
Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.

Banca Examinadora:



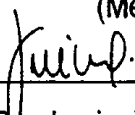
Prof. Dra. Jacileide Guimarães – UFRN

(Orientadora)



Prof. Dra. Ana Karenina de Melo Arraes Amorim – UFRN

(Membro Interno)



Prof. Dra. Lucineire Lopes de Oliveira – UERN

(Membro Externo à Instituição)

Aprovado em 30 de agosto de 2016

Natal, RN

Dedico este trabalho a Deus, pela dádiva da vida e a todos que caminharam ao meu lado nessa jornada.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, em especial a minha mãe, por ser meu porto seguro e me mostrar os caminhos do bem;

Aos amigos do curso, de trabalho e da vida. Foram idas e vindas quinzenalmente que selaram grandes amizades que carrego por toda a vida;

À minha orientadora Jacileide Guimarães pela ajuda nessa caminhada;

Aos excelentes professores do Mestrado, que compartilharam suas vivências na assertiva de nos proporcionar profissionais e pessoas melhores;

À Flávia, secretária do Mestrado, pois sempre se fez presente na vida de todos, independentemente do dia ou horário;

Enfim, agradeço a todos os participantes da pesquisa, meus companheiros de trabalho, por contribuir para a concretização do presente estudo.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

**Carl Jung**

## RESUMO

O cuidado na Atenção Básica é estratégico devido sua abrangência no contexto do SUS na organização dos sistemas de saúde, à medida que se constitui a principal porta de entrada dos usuários, demandando uma imprescindível articulação com a atenção de média e alta complexidade e com ações de vigilância em saúde, facilitando o acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por esta característica, é comum que os profissionais de saúde se encontrem rotineiramente com pessoas em situação de sofrimento psíquico, uma vez que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, fazendo-se necessário reconhecer que estas demandas estão presentes em diversas queixas dos usuários da Atenção Básica. Desse modo, aos profissionais da Atenção Básica, demanda-se o desafio de perceber e intervir sobre essas questões, que mais recentemente, contam com o apoio da prerrogativa do apoio matricial em saúde mental e da referência possível de ser articulada através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em localidades que dispõem desse dispositivo de atenção. O objetivo do presente estudo foi investigar possibilidades e limites de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF) em um contexto de zona rural. Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória com abordagem qualitativa, realizada nas ESF localizadas na zona rural do município de Assú no estado do Rio Grande do Norte. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para coleta e registro sobre a problemática investigada. No contexto estudado, verificamos que as dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde da família as colocam frente ao impasse de efetivar e garantir na prática os princípios norteadores do SUS e basilares da Reforma Psiquiátrica brasileira. Observamos uma fragmentação da rede de assistência à saúde e do processo de trabalho, onde o pouco investimento na qualificação/capacitação dos profissionais incide sobre o despreparo das equipes para lidar com a saúde mental dos usuários. Assim, é imprescindível a expansão do apoio matricial em saúde mental para maior e melhor possibilidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto do estado do Rio Grande do Norte, particularmente, no município de Assú-RN.

Palavras-chave: Saúde da Família; Saúde Mental; População Rural.



## **ABSTRACT**

Care in Primary Care is strategic because of its scope in the context of SUS in the organization of health systems, as it is the main gateway for users, requiring an indispensable link with the attention of medium and high complexity and actions health surveillance, making it easier for teams to users and vice versa. For this feature, it is common for health professionals routinely meet with people in psychological distress, since mental health is not separated from general health, making it necessary to recognize that these demands are present in several complaints from users Primary Care. Thus, professionals of primary care, demand is the challenge to understand and intervene on these issues, which more recently have the support of the prerogative of matrix support in mental health and possible reference to be articulated through the Support Centers Family Health (NASF) in locations that have such attention device. The aim of this study was to investigate the possibilities and limits of mental health actions in the Family Health Strategy (FHS) in a context of countryside. This is a descriptive and exploratory research with a qualitative approach, carried out in the ESF located in rural Assú municipality in the state of Rio Grande do Norte. We used a semi-structured interview to collect and record on the issue investigated. In the context studied, we found that the difficulties experienced by family health teams put forward the deadlock effect and ensure in practice the guiding principles of the NHS and basic of the Brazilian Psychiatric Reform. We observed a fragmentation of care network to health and work process, where the little investment in the qualification / training of professionals focuses on the unpreparedness of the teams to deal with the mental health of users. Thus, it is essential to expand the matrix support in mental health for bigger and better possibilities of Psychosocial Care Network (RAPS) in the context of the state of Rio Grande do Norte, particularly in the municipality of Assú-RN.

Keywords: Health; Mental health; Rural population.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CECOS – Centros de Convivência

CEO – Centro de Especialidades Odontológica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CRAS – Centros de Referência em Assistência Social

CRI – Centro de Reabilitação Integrada

ESF – Estratégia Saúde da Família

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

REME – Movimento de Renovação Médica

RN – Rio Grande do Norte

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 ATENÇÃO BÁSICA: aspectos históricos.....	16
2.2 SAÚDE MENTAL: o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e os desafios para a Atenção Básica .....	22
2.3 SAÚDE MENTAL NA ZONA RURAL.....	31
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>35</b>
3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	35
3.2 CAMPO DE ESTUDO .....	36
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	37
3.4 COLETA DE DADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	38
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>41</b>
4.1 CATEGORIA 1: RECONHECIMENTO DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL NA ESF .....	41
4.2 CATEGORIA 2: REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ZONA RURAL .....	45
4.3 CATEGORIA 3: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	50
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>58</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) se constitui como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por um conjunto de ações de Saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde na perspectiva de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos, assim como, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

Um dos princípios da AB é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste “*ponto de cuidado*”, as ações são desenvolvidas em uma área geograficamente definida, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde residem, assim como com outros elementos dos seus contextos de vida. (BRASIL, 2012; 2013).

Por sua vez, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica encontra na atualidade avanços e desafios, entre os quais destaca-se, por um lado, a sua inserção através de estratégias de abordagem como o apoio matricial em saúde mental, e, por outro lado a limitação técnica dos profissionais e a escassez de estratégias sistematizadas de apoio. A realização de práticas de saúde mental na Atenção Básica suscita dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, odontólogos, dentre outros), que reconhecem essas práticas como de caráter especializado e que exige intervenções fora da AB, resultando em ações de saúde mental centradas no atendimento médico prescritivo.

No contexto da zona rural, esse cenário possui ainda mais agravantes, uma vez que os moradores encontram-se em condições de maior vulnerabilidade econômica e psicossocial, constatada por alguns estudos que mostraram que os trabalhadores rurais possuem um risco substancialmente maior que a população geral para o desenvolvimento de problemas de saúde mental. (COSTA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014).

O interesse na temática desta pesquisa advém de minhas inquietações como enfermeira na Estratégia Saúde da Família (ESF) num contexto de zona rural, no município de Assú – RN, onde é manifesto a dificuldade de manuseio de situações de saúde mental como eixo transversal da equipe de trabalho. O que pude observar na

minha vivência profissional é um choque entre a formação acadêmica dos profissionais da equipe, ainda calcada na visão biomédica e fragmentada de saberes e práticas, expressada nas condutas prescritivas e conseqüentes limitações em lidar com os usuários que carecem de cuidado de saúde mental. Outra dificuldade que merece destaque é o problema de acessibilidade da população rural às políticas de Atenção Primária à Saúde e serviços especializados da rede de saúde mental. Gerando assim, uma grande demanda de usuários na ESF que fazem uso indiscriminado de psicofármacos, sem acompanhamento específico e regular, e por vezes, com ausência de diagnóstico que justifique a medicação. E compartilho com os demais profissionais de saúde a dificuldade em lidar com os usuários em sofrimento psíquico e identificar a sintomatologia de caráter psicossomático. Desse modo, o que verifica-se no município supracitado é a inexistência de ações específicas em saúde mental na ESF.

Cabe ressaltar que o sofrimento psíquico não é restrito àqueles que receberam algum diagnóstico psiquiátrico específico, mas, algo presente na vida de todos, que apresentará manifestações particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não procurarmos entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente, podendo, como ocorre na realidade dos serviços de saúde, tais sofrimentos chegarem ao nível do transtorno mental e/ou comportamental com necessidade de atenção especializada e compartilhada. (BRASIL, 2013).

O Apoio Matricial ou matriciamento em saúde mental compõe uma estratégia de atenção nesse sentido, que apresenta as dimensões de suporte assistencial e suporte técnico-pedagógico. A dimensão assistencial refere-se àquela que vai produzir a ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica produz o apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões se inter-relacionam nos diversos momentos da atenção. (BRASIL, 2009).

Trata-se de um novo modo de produzir saúde, onde duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, visando aumentar o grau de resolubilidade das ações de saúde, reformulando a organização dos serviços no sentido de uma prática mais horizontal entre os saberes nas equipes interdisciplinares na AB. (CAMPOS, 1999).

O matriciamento em saúde mental na AB possibilita a reorganização da entrada do usuário aos serviços de saúde por garantir o acesso da demanda de saúde mental,

e deve ser priorizado por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem como principal objetivo apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços, bem como aumentar a abrangência e o escopo das ações da AB, e ampliar a sua resolubilidade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. O NASF precisa estar comprometido com a promoção de mudanças nas condutas e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe, incluindo na sua atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção e reabilitação da saúde, incluindo ainda, a humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde. (BRASIL, 2009).

Diante desse contexto, o objetivo do presente estudo é investigar as possibilidades e limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família da zona rural do município de Assú, Rio Grande do Norte (RN), pois desenvolvo a função de enfermeira da ESF na cidade mencionada. E na mesma existe um NASF e um CAPS tipo I, porém a atuação do primeiro é restrita à zona urbana do município, e o segundo encontra-se desarticulado das ações e serviços da APS. E os objetivos específicos são:

- Analisar a percepção dos profissionais sobre a problemática da saúde mental entre os usuários da ESF;
- Conhecer a compreensão dos profissionais sobre sua competência para lidar com estes problemas.

Nesse intuito, optou-se por uma pesquisa qualitativa para tentarmos responder aos seguintes questionamentos: Quais as possibilidades de atuação profissional da ESF no tocante à saúde mental no contexto rural? Quais as dificuldades a serem superadas para criar um espaço terapêutico de saúde mental para a população rural?

Assim, empreendemos o presente estudo que consideramos importante para a mudança inclusiva do cuidado a indivíduos e coletividades, especialmente, no que se refere à saúde mental da população rural. Produções científicas envolvendo a saúde mental no âmbito da zona rural são escassas, e estudos trazem que a população residente nas áreas rurais brasileiras representam uma parcela da população que possui um risco aumentado para inúmeros problemas de saúde. A presente pesquisa também é relevante para contribuição à construção efetiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) levando em conta as diversidades e as dinâmicas próprias das comunidades rurais.

O presente estudo encontra-se assim distribuído: Introdução, Revisão de Literatura, Percurso Metodológico, Resultados e Discussões, e, Considerações Finais.

A Revisão de Literatura versa sobre três tópicos pertinentes à problematização da temática em foco, a saber, 1) os aspectos históricos da Atenção Básica, enfatizando sua complexidade conceitual e evolução histórica no Brasil e no mundo; 2) contextualização do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e os desafios para a Atenção Básica; 3) e a questão da saúde mental no contexto rural.

No Percurso Metodológico, expomos as informações acerca do modo como fizemos o presente estudo, tais como, a abordagem, o campo de estudo, os sujeitos da pesquisa, a coleta e a análise dos dados e os aspectos éticos referentes.

Por fim, trazemos os Resultados e Discussão do estudo, elaborados em três categorias. Denominamos a primeira categoria de “Reconhecimento das demandas de saúde mental na ESF”, onde trazemos as concepções dos pesquisados sobre a aproximação da saúde mental com a saúde da família no âmbito da zona rural; intitulamos a segunda categoria de “Realização de ações de saúde mental no contexto da zona rural” e aqui trazemos o relato dos trabalhadores entrevistados sobre a efetivação de intervenções e ações do processo de trabalho das equipes que possibilitem a abordagem, acolhimento e intervenção em problemas de sofrimento psíquico; E a terceira categoria foi nomeada como “Facilitadores e entraves para o cuidado em saúde mental”, onde elencamos as motivações e os obstáculos citados para a concretização de ações de saúde mental na ESF da zona rural de Assú-RN.



## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 ATENÇÃO BÁSICA: aspectos históricos**

A Atenção Primária à Saúde possui uma complexidade conceitual e sua evolução histórica levou à utilização de diferentes termos para nomear esse modo de organização dos sistemas e serviços de saúde. Tal polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional. O termo Atenção Primária à Saúde (APS) é uma definição internacional, enquanto que Atenção Básica (AB) foi a terminologia oficializada pelo governo brasileiro que passou assim a denominar suas secretarias e documentos oficiais. (BRASIL, 2006).

O Relatório Dawson, elaborado em 1920 pelo Ministério de Saúde do Reino Unido, foi um dos primeiros documentos a empregar o conceito de Atenção Primária à Saúde em uma lógica organizacional sistêmica, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Esse documento influenciou a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, que posteriormente passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. (LAVRAS, 2011).

No Brasil, desde o surgimento dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920 até os dias atuais, observa-se inúmeras tentativas de se organizar a APS na tentativa de se repensar o modelo vigente de atenção à saúde. Diversos modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bastante distintas. Propostos inicialmente em São Paulo, esses centros de saúde, sugeriam ação integral com destaque para a educação sanitária e promoção da saúde. A reforma nos serviços de saúde paulistas em 1925 previa a criação, em várias regiões do interior do Estado, de diversos postos de atendimento local, onde as pessoas deveriam ter acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes, intensamente voltadas para a prevenção por meio da educação sanitária. Era uma proposta bastante inovadora para a época, uma vez que, até então, as ações de saúde pública tinham um caráter transitório e tomavam como pilares as campanhas contra doenças epidêmicas. (TEIXEIRA, 2006).

Outras iniciativas brasileiras foram a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1960; na mesma década houve a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde com atuação centrada na

atenção materno-infantil e no desenvolvimento de ações de saúde pública, incluindo o enfrentamento das epidemias. Na década de 1970, aconteceu as primeiras experiências de medicina comunitária sob influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das universidades marcaram o início de participação dos municípios no desenvolvimento da APS, no Brasil, Atenção Básica. (LAVRAS, 2011).

Mas foi com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1978, realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão, que os cuidados primários passaram a ser considerados essenciais. Nesta conferência, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos indivíduos são fundamentais para o progresso econômico e social e, por conseguinte, condição única para a melhoria da qualidade de vida das coletividades e para a paz mundial, reafirmando o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. (MENDES, 2004). Na Declaração de Alma Ata, formulada naquela Conferência definiu-se que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OMS, 1978, p. 1-2).

São cuidados baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas, acessível aos indivíduos, famílias e comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os serviços de saúde, nos quais os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. (OMS, 1978).

Em nível nacional, em março de 1980, aconteceu a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), discutindo as ações do Ministério da Saúde sobre a implantação e desenvolvimento de um programa nacional de serviços básicos de saúde,

destinado a oferecer à população brasileira um grau de cobertura de saúde que lhe permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Em 1984 aconteceu em Brasília o V Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, que elaborou o relatório final intitulado “Proposta Política para um Programa de Saúde”, cujo eixo norteador foi “a saúde é um direito do cidadão e dever do Estado”, mediante a melhoria dos serviços de saúde e condições de vida da população. (BRAVO, 2011).

Com o processo de redemocratização brasileira, na década de 1980, foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pela criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecido pela Constituição de 1988 e posteriormente as leis 8.080/90 e 8.142/90 que o regulamenta. Nessa nova Constituição, foi defendido o direito aos serviços de saúde a toda a população, e delegado ao Estado essa tarefa. (TEIXEIRA, 2006).

Então, a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, assegurando ao cidadão atenção integral e participação efetiva na construção das políticas de saúde. (BRASIL, 1988).

Dessa forma, o SUS se torna uma realidade com o objetivo principal de mudar as condições sanitárias do Brasil que se encontrava em estado precário. Para tal, o SUS ancora-se em princípios e diretrizes que organizam o funcionamento do sistema de saúde, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização, priorizando as ações de caráter preventivo frente às ações exclusivamente curativistas do modelo hegemônico até então vigente.

Conforme a Constituição Federal, os princípios do SUS são a universalidade, a equidade e a integralidade. (BRASIL, 1988). O princípio da universalidade requer uma extensão de cobertura dos serviços, de modo que estes venham a se tornar acessíveis a toda população. Pressupõe a ideia de direito à saúde enquanto direito social, coletivo, e defende o direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação, assim todos os cidadãos brasileiros ou naturalizados têm direito à atenção à saúde. (BRASIL, 1988;

MATTA, 2007). O princípio da equidade é problematizado a partir das iniquidades sociais e econômicas, considerado um dos maiores problemas históricos do Brasil. Essas iniquidades geram desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Dessa forma, esse princípio não se refere à noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, levando em consideração as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior. (MATTA, 2007). Já a integralidade, é expressa na Lei 8.080 “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. A proposta da integralidade vem com o objetivo de oferecer aos usuários do SUS um serviço de saúde cuja as ações atendam por completo as suas necessidades mediante a efetivação de ações de promoção, prevenção e de recuperação da saúde, onde estas formam um todo indivisível que não pode ser compartimentalizado. (BRASIL, 1990a).

Nesse momento histórico, houve diversas iniciativas de estados e municípios para configurar a APS em um modelo nacional. Com o processo de municipalização do SUS, na década de 1990, iniciou uma estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde mediante normatizações e financiamento. Em 1994, após a experiência bem-sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual é entendido como programa apenas no primeiro documento ministerial (1994), e posteriormente passou a ser considerado como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial com caráter substitutivo das práticas convencionais (BRASIL, 1998).

A Saúde da Família passa a ser reconhecida como a estratégia principal para mudança de modelo assistencial no âmbito da Atenção Primária à Saúde, sendo preconizada pelo MS em conformidade com as diretrizes e os princípios do SUS. Suas ações são desenvolvidas pelas equipes de saúde da família que realizam atenção a uma população específica em um território delimitado e são responsáveis também pelas questões sociais e sanitárias (BRASIL, 2006).

A APS é um nível de serviço de saúde que favorece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferece assistência não apenas centralizada nas doenças, mas atenta para todas as condições de saúde no âmbito

individual e/ou coletivo. A APS constitui-se como uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Neste contexto, a APS foi considerada ajuste assistencial importante nos países que almejavam um sistema de atenção à saúde qualificada e que a incrementaram como alicerce para suas estratégias de saúde. (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de Atenção Básica (AB) para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (ESF), onde a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É definida por um conjunto de ações de saúde, no campo individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com a finalidade de proporcionar uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012; CAMPOS, 2006).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica:

(...) é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido. (BRASIL, 2012, p. 19).

A AB distingue-se dos demais níveis assistenciais (média e alta complexidade) devido a atributos essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. O *Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde* consiste na acessibilidade e na utilização do serviço de saúde a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, exceto em situações de emergências e urgências médicas. A *Longitudinalidade* se refere à existência de uma fonte continuada de atenção e sua utilização ao longo do tempo. A relação entre os usuários e sua fonte de atenção (os profissionais) deve se refletir em uma relação interpessoal firme que expresse a confiança mútua. A *Integralidade* indica as ações que o serviço de saúde deve oferecer aos usuários de forma que

recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do aspecto biopsicossocial do processo saúde-doença como também referente às ações de promoção, prevenção, cura, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, oferecidas dentro das unidades de saúde ou encaminhadas para outros níveis de assistência como unidades de urgência e emergência, hospitais, entre outros. *Coordenação do cuidado*: implica em alguma forma de continuidade, neste caso seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, ou por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração do cuidado recebido na atenção global do indivíduo. O provedor de APS deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o usuário recebe por meio da coordenação entre os serviços. (STARFIELD, 2002).

Os atributos da APS definidos por Starfield (2002) representam uma prática de cunho individual e coletivo que permite o alcance do cuidado integral. A presença e a forte extensão desses atributos favorecem o fato de que os serviços de APS tenham capacidade assistencial diante de todas as necessidades em saúde da população adscrita, tendo apoio coordenado dos outros níveis (pontos) da rede de serviços de saúde e com segmentos de outros setores (como, por exemplo, assistência social), além da execução de ações individuais e coletivas fora do ambiente da UBS (como visitas domiciliares, apoio a grupos de ajuda mútua) pela própria equipe da Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2007a).

Dentre todas as características, a *longitudinalidade* tem sido considerado o atributo central da APS, pois envolve a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo entre os usuários e profissionais ao longo do tempo de forma permanente para os variados eventos de doenças e cuidados preventivos, ajustando as condutas quando necessário, evitando a perda de referências e minimizando os riscos de iatrogenias provenientes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado. Trata-se de uma relação terapêutica que envolve a responsabilidade por parte do profissional de saúde e confiança por parte do paciente. (BRASIL, 2012; LAVRAS, 2011; STARFIELD, 2002).

Assim, de acordo com os preceitos do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica; de expandir a resolubilidade e impacto no processo saúde-doença dos indivíduos e coletividades,

além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Utiliza tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, que devem dá resolubilidade aos problemas de saúde mais frequentes e relevantes no território (BRASIL, 2012).

A ESF teve muitos avanços e conquistas nos últimos anos, porém ainda enfrenta diversos desafios para se tornar uma estratégia capaz de mudar o sistema de saúde e se tornar hegemônica. O grande desafio é ir de encontro ao modelo fragmentado, reflexo do paradigma flexneriano, bastante presente nos serviços de saúde. Essa fragmentação prevalece nas escolas médicas e em praticamente todas as escolas do campo da saúde, e se mostra muito mais coerente com as demandas do mercado do que com uma proposta abrangente da APS. (BRASIL, 2013).

## **2.2 SAÚDE MENTAL: o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e os desafios para a Atenção Básica**

A saúde mental é uma área de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde, destacando-se por sua complexidade, pluralidade, intersetorialidade e transversalidade de saberes. A saúde mental, diferente da psiquiatria, não é centrada em apenas um tipo de conhecimento ou exercida por apenas um profissional – o psiquiatra. A saúde mental não é apenas psicopatologia, portanto, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento de doenças mentais. A rede complexa de saberes que se entrecruzam na temática de saúde mental compreende, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise, a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a geografia. (AMARANTE, 2007).

Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldade de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (AMARANTE, 2007, p. 16).

Desde o final da década de 1970, coincidindo com o período de redemocratização do Brasil, o campo da saúde mental brasileira vem vivenciando importantes transformações nas políticas, práticas e organização dos serviços. A atual política de saúde mental brasileira é consequência da mobilização de vários atores sociais e políticos e tinha como objetivo reestruturar a assistência psiquiátrica,

especialmente, no tocante a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus e norte-americano na substituição de um modelo de saúde mental baseado no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo teve a contribuição decisiva do Movimento da Luta Antimanicomial e, se expressa, especialmente, por meio de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado intitulado Reforma Psiquiátrica Brasileira. (BRASIL, 2013).

Esse processo recebeu influência do movimento denominado de Psiquiatria Democrática, que surgiu na década de 1960 na Itália, sob a liderança de Franco Basaglia. A principal característica da Psiquiatria Democrática Italiana é a desinstitucionalização, compreendida não como *desospitalização* ou *desassistência*, mas como uma crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, suas práticas e instituições, aspirando defender e resgatar os direitos dos cidadãos. Abordavam o saber psiquiátrico de forma crítica e dialética, diferenciando-se de todas as outras experiências de reforma psiquiátrica exatamente por esse fato, e construíram o novo modelo de entendimento da loucura, um paradigma de desinstitucionalização. A reforma psiquiátrica ultrapassa a discussão da psiquiatria e da medicina, onde a loucura sai do campo da psiquiatria e alcança um patamar diferente: a discussão contra a exploração da sociedade capitalista e a busca da construção de outras relações em seu lugar. (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Nesse íterim, o processo de desinstitucionalização italiano voltou-se para dois aspectos: a luta contra a institucionalização do ambiente externo, pois almejava-se uma transformação no âmbito da sociedade, no modo como esta lidava com a loucura; e a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar (institucionalização dos profissionais de saúde e do doente). Essa desinstitucionalização que inspirou e inspira a experiência brasileira, parte da noção da desinstitucionalização como desconstrução. (AMARANTE, 1996). “Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação”. (BASAGLIA, 1982, p. 29).

Desse modo, o entendimento de que a luta pela reforma psiquiátrica contra os hospitais psiquiátricos ultrapassa a discussão da medicina e psiquiatria é o grande



marco dessa perspectiva. O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, além de denunciar os manicômios como instituições de violências, recomenda a criação de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, solidárias, inclusivas e libertárias. (AMARANTE, 1995; 2007; AMARANTE; FREITAS, 2015).

Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira caracteriza-se como movimento social na luta por um modelo de atenção em saúde mental centrado nos direitos humanos e no resgate da cidadania dos que possuem transtornos mentais; e também na eficácia do tratamento e dos cuidados, através de uma tecnologia que reforça a subjetividade dos indivíduos, lhes confere um papel ativo no tratamento, como sujeitos, e desenvolve estratégias de reabilitação psicossocial. As transformações da atenção em saúde mental ocorrem no sentido de rompimento com a perspectiva tradicional – pautada em um modelo de atenção hospitalocêntrico – para uma perspectiva centrada no cuidado das pessoas com doença mental na comunidade em que vivem. (AMARANTE, 1995).

Ao discutir a Reforma Psiquiátrica, Amarante (1995) propõe uma delimitação periódica em três momentos: o *primeiro*, é o início da reforma, compreende os últimos anos da década de 70, onde é realizada uma crítica ao modelo privatizante da assistência vigente, esse período coincide com o fim do “milagre econômico”, a abertura democrática e o crescimento da insatisfação popular por meio dos movimentos sociais de oposição à ditadura militar.

É neste cenário que surgem as primeiras e importantes transformações no setor saúde, com a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), decorrentes da necessidade de discussão e organização das políticas de saúde e discussão das práticas das categorias dos profissionais de saúde. O CEBES e o REME co-possibilitam a estruturação das bases políticas das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. (AMARANTE, 1995).

Entre os movimentos emergentes, em 1978, surge o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o precursor e principal protagonista do processo de transformação das práticas e saberes em Saúde Mental e assistência psiquiátrica no Brasil, uma vez que “assume um papel relevante, ao abrir um amplo leque de denúncias e acusações ao governo militar, principalmente, sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica, que inclui torturas, corrupções e fraudes”. (AMARANTE, 1995, p. 90).

O MTSM, nomeado como um movimento plural era formado por trabalhadores integrantes do Movimento Sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. (BRASIL, 2005).

A sociedade, nesse período, começa a constituir um pensamento crítico sobre a natureza e função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas, e reencontrava as vias democráticas de expressão e reivindicação, merecendo destaque as ideias de Foucault, Goffman, Basaglia, Castel, Szasz, e vários outros autores que influenciaram, sobremaneira, as transformações ocorridas na assistência psiquiátrica, revelando possibilidades de ruptura com os antigos paradigmas. (AMARANTE, 1995).

O *segundo* momento da Reforma Psiquiátrica, proposto por Amarante (1995), é o da trajetória sanitarista, iniciado nos primeiros anos da década de 1980, caracterizado pela incorporação do movimento da reforma sanitária e psiquiátrica no aparelho de Estado, como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde. É um momento vigorosamente institucionalizante. (AMARANTE, 1995).

Os marcos conceituais que estavam na base da origem do pensamento crítico em saúde, tais como questionamento da cientificidade do saber médico, incursões sobre a determinação social das doenças, reflexão sobre a medicina como aparelho ideológico, e o reconhecimento da validade das práticas de saúde não oficiais, dão lugar a uma postura menos crítica, onde a ciência médica e a administração podem e devem resolver o problema das coletividades. (AMARANTE, 1995).

Nesse período houve a realização de vários eventos que questionavam o modelo hegemônico da assistência à Saúde Mental, até então centrado na assistência médica hospitalar.

Entre esses eventos, em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada o marco da democratização no setor saúde, então responsável por estabelecer as bases do Projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A 8ª CNS reformulou a concepção de saúde por meio do rompimento com o modelo assistencial vigente para a construção de uma nova proposta de atenção à saúde considerando as condições de vida dos indivíduos e constituindo o conceito ampliado de saúde.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986).

Além do conceito ampliado de saúde, a 8ª CNS introduziu a especificidade da saúde mental no contexto de seus princípios e diretrizes, direcionando para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e incentivando a participação popular por meio de entidades representativas. (BRASIL, 1986). Como desdobramentos da 8ª CNS, aconteceram muitos eventos importantes no âmbito do setor saúde no Brasil, inclusive, na Saúde Mental, tais como a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ocorrida em 1987, marco histórico do repensar da psiquiatria brasileira que propunha a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por leitos em hospitais gerais. Desde a decisão de organizar a CNSM até a sua realização, é marcada por uma série de conflitos entre seus membros. A I CNSM marca o fim da trajetória sanitarista e o início da trajetória da desinstitucionalização, e realiza o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental (1987), desencadeando o Movimento de Luta Antimanicomial, na assertiva de ampliar os princípios e as formas de participação por meio de uma articulação com movimentos democráticos populares. (AMARANTE, 1995; 2007).

A partir da 8ª CNS, inicia-se um movimento social independente e de caráter desinstitucionalizante, caracterizando o *terceiro* momento da Reforma Psiquiátrica brasileira denominado desinstitucionalização ou desconstrução/invenção do processo. (AMARANTE, 1995). Envolve, necessariamente, a aceitação da loucura pela sociedade, com a garantia de direitos fundamentais, como liberdade para ir e vir, dentre outros. “A questão da loucura e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos”. (AMARANTE, 1995, p. 95).

Constitucionalmente em 1988 estava criado o SUS, mas, conforme já relatado, somente em 1990, este foi regulamentado pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, denominadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), as quais detalharam princípios, diretrizes gerais e condições para a organização e funcionamento do sistema. (TEIXEIRA, 2006).

A Lei 8.080/90 dispõe “sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços”. (BRASIL, 1990a). Para tal, traz em seu bojo a concepção ampliada da saúde, onde esta se constitui como um direito fundamental do cidadão brasileiro. Cabe ao Estado formular e executar políticas na perspectiva de reduzir os riscos à saúde, e fornecer condições favoráveis para o acesso universal e equânime às ações e serviços que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Também visa garantir condições determinantes e condicionantes da saúde, como moradia, alimentação, saneamento básico, entre outros. (BRASIL, 1990a).

Essa Lei regulamentou o Sistema Único de Saúde, destacando os princípios e diretrizes que devem nortear os serviços públicos de saúde e os privados, contratados ou conveniados que integram ao SUS, obedecendo aos seguintes princípios:

Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência (...); preservação da autonomia das pessoas (...); igualdade da assistência à saúde (...); direito à informação (...); divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades (...); descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos (...); capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990a).

Destarte, esta lei enfatizava a participação popular, por meio de Conferências e Conselhos Nacionais de Saúde. Entretanto, após sua aprovação, o poder executivo federal vetou os tópicos referentes à participação popular, à formulação de um Plano de Carreiras, Cargos e salários para o pessoal do SUS, à transferência automática dos recursos para os estados e municípios. (CAMPOS, 2006).

Devido aos vetos que essa lei recebeu, a mesma precisou ser complementada. Dessa forma, houve a apresentação de um novo projeto de Lei aprovado em 28 de dezembro de 1990, a segunda Lei Orgânica de Saúde (LOS) sob o nº 8.142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na questão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde”. (BRASIL, 1990b).

No âmbito da saúde mental, em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) apresenta o Projeto de Lei 3.657 ao Congresso Federal, dispondo sobre a extinção

progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e, também, regulamentando a internação psiquiátrica involuntária. Em janeiro de 1999 o referido projeto foi aprovado no Senado, e somente em abril de 2001 passou a regulamentar a Lei Nº 10.216 que referenda a reestruturação da assistência psiquiátrica, assim, toma força de lei a luta pela substituição dos manicômios, então, constatado o seu espaço predominante de violência institucionalizada. (BRASIL, 2005).

Ainda na década de 1990 o Brasil assina a Declaração de Caracas e realiza a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), onde passa a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de saúde mental substitutivos ao modelo manicomial hospitalocêntrico. Desse modo, aumenta-se simultaneamente, o contingente de trabalhadores em saúde mental nas instituições de saúde e de usuários e familiares beneficiados nesse processo. (BRASIL, 2005).

A aprovação de leis estaduais e municipais alinhadas com esses princípios ao longo da década de 1990 reflete o progresso do processo político de mobilização social não apenas no campo da saúde como também no conjunto da sociedade. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (CECOS), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros. (BRASIL, 2013).

A Reforma Psiquiátrica brasileira caminha na perspectiva da construção de uma rede de atendimento à população, regionalizada e hierarquizada, de acordo com o nível de complexidade. O paradigma da psiquiatria até então vigente era caracterizado por um conjunto de normas e ações voltadas para solucionar o problema da doença mental, segundo uma visão positivista e medicalizante, em que se almejava uma explicação de causa e efeito para a doença, tendo como horizonte a cura. Contrapondo com essa lógica, Rotelli (1990) evidencia que a doença mental é frequentemente desconhecida e geralmente incurável, apesar dos esforços para dar-lhe uma explicação e definição racional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende uma rede efetiva de cuidados com um conjunto diversificado de serviços que compreenda a Atenção Primária à Saúde (APS). No início do século XXI, 450 milhões de indivíduos sofriam com distúrbios neuropsiquiátricos no mundo. Ao comparar esse número com os dados dos anos 1990, a expectativa é que em 2020 ocorra um aumento de 15%. Ademais,

os transtornos mentais são responsáveis por 12% a 15% da incapacidade mundial total, superando as doenças cardiovasculares e duas vezes mais que o câncer. (ATHIÉ; FORTES; DELGADO, 2013).

Um documento que define a complexidade de estruturar sistemas de saúde para os cuidados básicos da saúde global e mental é Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. A publicação realizada pela OMS (2009) descreve 10 princípios para integrar a saúde mental nos cuidados primários:

1 A política e os planos têm que incorporar cuidados primários para a saúde mental. 2 Ativismo e campanhas de informação são necessários para mudar atitudes e comportamentos. 3 É necessária a formação adequada dos profissionais de cuidados primários. 4 As tarefas de cuidado primário têm que ser limitadas e realizáveis. 5 Profissionais e instituições especializadas em saúde mental devem estar disponíveis para apoiar os cuidados primários. 6 Os pacientes devem ter acesso a medicamentos psicotrópicos essenciais nos cuidados primários. 7 A integração é um processo, não um acontecimento. 8 Um coordenador de serviços de saúde mental é crucial. 9 A colaboração com outros setores governamentais não relacionados com a saúde, com organizações não governamentais, com profissionais de saúde ao nível da vila ou da comunidade e com voluntários é necessária. 10 Recursos financeiros e humanos são necessários. (OMS, 2009).

A Organização Mundial de Saúde declarou o ano de 2001 como o Ano Internacional da Saúde Mental, lançando o Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo intitulado “Saúde Mental – Nova concepção, Nova Esperança” onde enfatiza que além de respeitar os direitos humanos, a transferência do cuidado de pacientes dos hospitais psiquiátricos para serviços comunitários também é efetiva com relação aos custos. Desse modo, os serviços de saúde mental devem ser prestados na comunidade, fazendo uso de todos os recursos disponíveis. (BRASIL, 2013).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Mental, oficializada pela Lei Nº 10.216/2001, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Sua principal diretriz consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos, priorizando a implantação de serviços e ações de saúde mental de base comunitária, capazes de atender com resolubilidade quem necessita de atenção. (BRASIL, 2005).

Dentro dessa perspectiva, a família passa a ser considerada importante parceira dos novos serviços e dos possíveis espaços de cuidado, passando a ser concebida como necessária e aliada na atenção terapêutica inclusiva. Dessa forma,

o que se pretende não é a transferência do indivíduo com sofrimento mental para fora dos muros do hospital, entregando-o aos cuidados de quem puder assisti-lo ou largando-o à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da sua cidadania, “o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o como sujeito de seu próprio tratamento não sendo a ideia de cura o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade”. (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51).

O trabalho com a família não pode ser unidirecional, e sim uma proposta compartilhada entre a rede de atenção e a própria família, para, em conjunto, construir estratégias de intervenção na assertiva de promover o bem-estar de todos os envolvidos. E a Estratégia Saúde da Família (ESF), pela sua política de inserção familiar, favorece essa construção entre as equipes de saúde envolvidas e a comunidade. (BRASIL, 2007a; 2013).

A ESF elege como diretrizes operacionais o caráter substitutivo das práticas convencionais por uma nova estrutura assistencial baseada nos princípios da vigilância à saúde; integralidade e hierarquização das ações; adscrição da clientela; territorialização; e equipe multiprofissional. (BRASIL, 1997).

O SUS desde a sua implementação vem fortalecendo a criação de estratégias para a inserção da pessoa com transtorno mental na comunidade. Segundo recomendação do Ministério da Saúde, uma rede de saúde mental ancorada na construção coletiva de soluções pode garantir resolubilidade às demandas e à promoção da autonomia e cidadania de indivíduos com transtornos mentais. A inclusão das ações de saúde mental na ESF depende de políticas de saúde nacional, estadual e municipal que articuladas garantam formas de financiamento capazes de manter a integração das estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reinserção social. (BRASIL, 2007a).

As práticas em saúde mental na ESF podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde em nível de diálogo e compartilhamento na equipe multidisciplinar. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento de ação e cuidado no território e a relação de vínculo entre a equipe multiprofissional de saúde e dos usuários dos serviços. As intervenções em saúde mental na ESF são concebidas na realidade do dia a dia do território, com as singularidades dos usuários e de suas comunidades. Dentre algumas ações terapêuticas na perspectiva de saúde mental que podem ser realizadas por todos os

profissionais da ESF, destacam-se: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir; exercer boa comunicação; exercitar a habilidade da empatia; lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer; acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas; oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente e nem gere no profissional uma sobrecarga; e reconhecer os modelos de entendimento do usuário. (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificação e qualificação de condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na AB pode-se potencializar o desenvolvimento de intervenções em saúde mental, construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários em que ambos criam novas estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. (BRASIL, 2013).

### **2.3 SAÚDE MENTAL NA ZONA RURAL**

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), as áreas rurais são localidades situadas fora do perímetro urbano, onde as casas distam 50 metros ou menos entre si, constituindo, assim, um povoado, cujos moradores exercem atividades econômicas *primárias*, como as atividades agropecuárias e o extrativismo vegetal, animal e mineral; *secundárias*, no caso das indústrias em geral; e *terciárias*, tais como os serviços e equipamentos. O povoado é um aglomerado rural sem caráter privado ou empresarial, dessa forma, não vinculado a um único proprietário do solo. E caracteriza-se pela existência de uma quantidade mínima de serviços ou equipamentos para atender aos residentes do próprio aglomerado ou de áreas próximas.

O povoado configura-se como a comunidade rural. (XIMENES; MOURA JR, 2013). Porém, as áreas rurais não podem ser compreendidas somente com base nos aspectos demográficos. O meio rural é uma região rica e complexa, com suas culturas e tradições. “Comporta atualmente uma pluralidade de atividades, não somente relativas ao mundo agrário e ao trabalho doméstico, mas também ao setor de serviços”. (SILVA; DIMENSTEIN, LEITE, 2014).



O rural é um espaço de vida e trabalho, uma rede de relações sociais, uma paisagem ecológica e cultural e representações específicas de pertencimento, de desejo ou projetos de vida. Esse conjunto de características materiais e imateriais apresenta uma singularidade e uma dinâmica próprias, mesmo se articuladas integralmente ao “mundo urbano” no âmbito de um território concreto ou imersa nos processos, redes e símbolos mais gerais da urbanidade. Uma dinâmica portadora de desenvolvimento. (FERREIRA, 2002, p. 31).

O meio rural vem se destacando pelo seu hibridismo, compondo novos atores, novas formas de produção mediante a modernização da agricultura e articulação com o meio urbano, com seu repertório de saberes e práticas. (SILVA; DIMENSTEIN, LEITE, 2014). Está ocorrendo um processo de desenvolvimento e diversificação econômica na área rural. O setor de serviços, o comércio, a economia agrária e a renda dos aposentados vêm aumentando o desenvolvimento econômico para o meio rural. (ALBUQUERQUE, 2004).

No entanto, o setor de agricultura, devido ao aumento da demanda de alimentos, passa por um período de modernização que, apesar de favorecer o crescimento econômico, oferece riscos potenciais ao ambiente e à saúde da população. O uso indiscriminado de agrotóxicos colabora para a contaminação ambiental e para o aumento das intoxicações. De acordo com a classe química a que pertencem esses produtos e o tipo de exposição sofrida, pode-se contrair dermatites, cânceres e sintomas neuropsiquiátricos. (SILVA et al., 2013).

Por se tratar de um território híbrido,

A Zona Rural comporta uma proliferação de formas de trabalho, de hábitos alimentares e de higiene, de integração social, de exercício da sexualidade, de cuidado à saúde e modos de adoecer, os quais estão diretamente associados às condições objetivas de vida, bem como aos valores, tradições e códigos morais aí vigentes. Isso se aplica também à saúde mental e às práticas de cuidado produzidas em relação aos portadores de transtornos mentais. (SILVA; DIMENSTEIN, LEITE, 2014, p. 397).

No que tange aos cuidados e assistência de saúde, apesar da expansão dos serviços de saúde nos últimos anos, principalmente, na AB, verifica-se a má distribuição e a escassez de recursos humanos em comunidades rurais e remotas do país. O deslocamento dos profissionais de saúde para essas áreas, geralmente, não favorece a criação de vínculo, tornando-os mais preocupados em oferecer uma resposta pronta, voltada para decisões centradas no tratamento de doenças e com pouca exploração dos contextos de vida das pessoas. (BURILLE; GERHARDT, 2014).

Em pesquisa realizada por Pitilin e Lentsck (2015) sobre a percepção de mulheres residentes na zona rural sobre as ações e os serviços de saúde no âmbito da APS, evidenciou-se que o desenvolvimento de ações próprias designadas pela APS ainda era uma proposta a ser efetivada, uma vez que as Unidades Básicas de Saúde existentes nas comunidades possuíam o seu eixo funcional baseado no modelo hospitalocêntrico transformando-se em pequenos pontos de pronto atendimento. A figura do médico surgiu como central no espaço da atenção profissional, visto como principal fonte de cuidado dentro dos serviços de saúde. Dessa forma, a população rural procura pelos serviços na unidade de maneira pontual e diante de uma eventual e expressa necessidade. (BURILLE; GERHARDT, 2014).

É importante destacar que as desigualdades sociais são presentes no contexto das zonas rurais. Estudos acerca dos determinantes de saúde, incluindo as necessidades básicas de nutrição, infraestrutura, transporte, dentre outros, destacam que a zona rural carece – mais que a zona urbana – de atenção e cuidado por parte dos gestores municipais, estaduais e federais. (PIGNATTI; CASTRO, 2010).

Apesar da escassez de publicações sobre saúde mental no contexto rural, a prevalência de transtornos mentais está associada a alguns fatores peculiares ao meio rural: exposição a agrotóxicos, pesticidas, inseticidas fertilizantes sem a utilização de equipamentos de proteção individual adequados, extensa carga de trabalho diária, baixos níveis de escolaridade e de infraestrutura tecnológica para a produção. (SILVA; DIMENSTEIN, LEITE, 2014).

Tem sido por meio da Política de Saúde, com a implantação de serviços de Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental (Estratégias de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial) e da Política de Assistência Social, com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), nos municípios de médio e pequeno porte que a população rural tem tido acesso mais efetivamente aos serviços de saúde mental. Porém, alguns estudos destacam desafios importantes presentes na zona rural que afetam a saúde mental, tais como: disponibilidade precária dos serviços de saúde e os que existem não dão conta dos problemas além do campo das doenças infectocontagiosas, como as doenças do trabalho e as inespecíficas, visto que os profissionais não estão capacitados para atender a essa demanda. Os serviços de saúde por vezes não dão conta das demandas de saúde mental, quer seja pela utilização do hegemônico modelo individual e fragmentado de atendimento, inexistência de diálogo com a Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS), ausência de metodologias de acolhimento e cuidado para os usuários com queixas somáticas, entre outros. (SILVA; DIMENSTEIN, LEITE, 2014; COSTA, 2014).

Outros desafios relevantes consistem nas longas distâncias que as pessoas precisam percorrer para ter acesso ao serviço de saúde e à assistência especializada, favorecendo a prática da automedicação; dificuldade em exercer outra atividade laborativa (restringindo ao trabalho exclusivo na lavoura); tendência em viver em isolamento, em localidades com poucos eventos comunitários/sociais, dificultando a socialização. (SILVA; DIMENSTEIN, LEITE, 2014).

Frente a inúmeras dificuldades apontadas, Andrade et al. (2009) realizaram um estudo no interior do estado do Rio Grande do Norte, onde desenvolveram um grupo de Terapia Comunitária com idosos com quadro de depressão em uma Unidade de Saúde da Família. Os pesquisadores observaram que a terapia viabilizou ao idoso o sentimento de empoderamento, a reintegração social, o resgate da espiritualidade, a formação de redes de apoio com base na partilha de experiências, o resgate da autonomia e a possibilidade de mudança de comportamento. A conexão desses fatores propiciou o enfrentamento dos problemas e das dificuldades e constituiu-se como prática viável para efetivação do cuidado. A Terapia Comunitária funciona como:

[...] uma estratégia não só de fortalecimento da AB, mas como um espaço de partilha de situações de sofrimento que afetam a saúde mental, considerando que para não adoecer faz-se necessário verbalizar os sentimentos, as emoções escondidas ou reprimidas. (ANDRADE et al., 2009, p. 135).

O atendimento individual por meio de psicoterapia, oficinas culturais, grupos de geração de renda na comunidade, atividades esportivas, como caminhada e ginástica orientada e promoção de festas comunitárias podem viabilizar a reintegração social, a formação de redes de apoio e estimular o autocuidado. Essas atividades podem favorecer a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a reabilitação de idosos acometidos por doenças.

Assim, destacamos as experiências/estudos supracitados como convite para a necessidade de uma maior dedicação e avaliação de ações de saúde mental na AB no contexto rural. No presente estudo nos detemos em investigar essa realidade no município de Assú-RN.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com desenho metodológico de natureza qualitativa, visto que esse tipo de pesquisa é “capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. (MINAYO, 2010, p.13).

A pesquisa qualitativa explora os significados que os atores sociais atribuem a suas experiências no mundo social e ao modo como eles compreendem esse mundo, busca investigar e interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão, sem se preocupar em quantificar, mas sim em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais. Dessa forma, trabalha com a vivência, a experiência e a cotidianidade. (MINAYO, 2013).

A pesquisa qualitativa mostrou-se adequada ao desenvolvimento do presente estudo que busca explorar as possibilidades e limites de atuação de profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família na zona rural do município de Assú-RN, pois pressupõe interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa, sendo que o conhecimento do fenômeno a ser investigado é construído a partir dessa interação. Essa abordagem trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2013).

Essa busca do universo de significados, por sua vez, adota a perspectiva dialética como guia, portanto, considerando o contexto histórico, social e econômico em que se dão os fenômenos e as ações resultantes deles.

A Dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia (...) Busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. (O pensamento) dialético precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem; compreender que a análise dos significados deve ser colocada no chão das práticas sociais; valorizar os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais a própria oposição entre o pesquisador e seus interlocutores se colocam, e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações. (MINAYO, 2013).

A escolha desse referencial teórico-metodológico pauta-se pela necessidade da busca de explicações para os fenômenos observados, numa perspectiva de compreensão do objeto de estudo que privilegia a historicidade da sociedade e a autoria dos sujeitos, que, articulados, nas relações sócio-culturais, consideram que o sentido das coisas não está na sua totalidade. Pois, no contexto explorado no presente estudo, a Política Nacional de Saúde Mental é resultante de formulações e reformulações, com contínuas aproximações que demonstram contradições e mudanças subsequentes na prática assistencial e nos conhecimentos sobre o lidar com demandas de cuidados para pessoas em sofrimento psíquico.

Dessa forma, reconhece-se o potencial do pensamento dialético como subsídio teórico-prático para guiar a investigação do presente estudo, pois fornece as bases para uma interpretação dinâmica da realidade, uma vez que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais. (GIL, 2008). Nessa dimensão, o fim de um processo é sempre o começo de outro. Sempre há algo que surge e desenvolve e algo que desagrega e transforma e isto faz com que o movimento se perpetue (TRIVINÖS, 1994).

Para entender a realidade estudada, foi buscada a singularidade das práticas e percepções de profissionais de saúde da ESF envolvidos no cuidado ao usuário adscritos na zona rural do município de Assú-RN que demandam atenção em saúde mental, relacionando-se as peculiaridades e determinantes históricos e culturais no desenvolvimento e transformação desse fenômeno.

### **3.2 CAMPO DE ESTUDO**

O estudo foi realizado nas seis Unidades de Saúde da Família localizadas na zona rural do município de Assú no estado do Rio Grande do Norte.

O município de Assú localiza-se no interior do estado do Rio Grande do Norte, na microrregião do Vale do Açu e Mesorregião do Oeste Potiguar, a 214 km da capital Natal. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população deste município era de 53.227 habitantes, com 39.359 pessoas residentes na zona urbana, e 13.868 residentes na zona rural, sendo então o oitavo município mais populoso do estado e primeiro de sua microrregião. A população estimada para 2015 foi de 57.292 pessoas. (BRASIL, 2015a). A economia local

baseia-se na exploração petrolífera, na pesca e na fruticultura, com grande relevância para a fruticultura irrigada, onde a produção é voltada para a exportação (ASSU, 2015).

O município de Assú-RN dispõe de 18 unidades da Estratégia Saúde da Família, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade I, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, uma equipe multiprofissional de Atenção Domiciliar, um Centro de Saúde especializado com Laboratório Central, um Centro de Especialidades Odontológica (CEO), um Pronto Socorro Municipal, um Hospital Regional de médio porte, um Centro de Reabilitação Integrada (CRI) e um Polo da Academia da Saúde. (ASSU, 2015).

Doze das 18 Unidades de Saúde da Família (USF) localizam-se na zona urbana e seis na zona rural. O NASF é composto por sete profissionais, a saber: uma nutricionista, um educador físico, uma médica veterinária, um fonoaudiólogo, duas assistentes sociais e uma fisioterapeuta. Possui oito equipes de saúde da família vinculadas, todas localizadas na zona urbana. Devido à ausência de profissionais especializados na área de Saúde Mental, não existe o matriciamento nessa área no município. Logo, toda a demanda de atendimento em saúde mental é direcionada ao CAPS do município.

### **3.3 SUJEITOS DA PESQUISA**

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ser profissional de nível superior da ESF atuante na zona rural do município, uma vez que são responsáveis pelo acolhimento dos usuários que demandam atendimento em saúde mental, e estar em exercício profissional ativo.

Foram entrevistados seis enfermeiros, quatro odontólogos e um médico. O total de onze sujeitos da pesquisa foi considerado suficiente conforme o critério de saturação das informações coletadas, onde os dados fornecidos pelos participantes começou a ter pouco a acrescentar ao material já obtido. (FONTANELLA; RICAS; TURATTO, 2008).

Quanto ao sexo, foram estudados três homens e oito mulheres. A faixa etária variou entre 25 e 44 anos, o que nos aponta que as equipes são compostas, no geral, por profissionais jovens em início de carreira. Nenhum dos sujeitos da pesquisa se formou há menos de um ano; dez têm entre um e seis anos de formados; e um havia

se formado há 22 anos. Sete profissionais possuem pós-graduação, sendo que, apenas uma é em Saúde da Família.

### **3.4 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS**

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada conforme os parâmetros da pesquisa envolvendo seres humanos devidamente explicitados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Apêndice I). A entrevista semiestruturada seguiu um roteiro previamente elaborado acerca do objeto de estudo, porém, mantendo-se margens de liberdade da expressão dos entrevistados (Apêndice II).

De acordo com Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica abordar questionamentos ancorados ao tema da pesquisa. Os questionamentos podem gerar novas possibilidades – hipóteses – emergidas mediante as respostas dos entrevistados, porém, o foco é guiado pelo investigador. Essa técnica “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter o pesquisador consciente e atuante no processo de coleta de informações. (TRIVIÑOS, 1994, p. 152).

O roteiro da entrevista (Apêndice I) orientou a coleta e guiou o processo de interação entre o pesquisador e o entrevistado, possibilitando ao entrevistador incluir novas reflexões que pudessem colaborar para o esclarecimento ou aprofundamento das informações coletadas. (MINAYO, 2013).

As falas foram gravadas em áudio, com exceção de duas, cujos respectivos entrevistados não concederam permissão para a gravação, apenas para o registro escrito no próprio roteiro da entrevista. Após a realização das entrevistas, as falas foram transcritas na íntegra compondo textos escritos.

A análise da pesquisa pautou-se no método de análise temática que conforme Minayo (2013), comporta um feixe de relações e pode ser evidenciada graficamente por meio de uma palavra, uma frase ou um resumo. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tem significado peculiar para o objetivo analítico visado. A análise temática obedece às etapas de Pré-Análise, Exploração do Material, Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação.

A Pré-Análise é a fase onde o investigador:

[...] [organiza] o material a ser analisado. Nesse momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, definimos, principalmente, unidade de registro, unidade de contexto, trechos significativos e categorias. Para isso, faz-se necessário que façamos uma leitura do material no sentido de tomarmos contato com sua estrutura, descobrimos orientações para a análise e registramos impressões sobre a mensagem. (GOMES, 2002, p.76).

A primeira leitura do material coletado foi realizada logo após a entrevista, onde buscou-se apreender os significados gerais do texto e captar o momento em que os discursos começassem a se repetir. Quando aconteceu a saturação dos discursos através da repetição de respostas, a coleta de dados foi interrompida, e iniciamos uma breve leitura do material transcrito, sem a preocupação de já interpretar as informações.

Procedeu-se então à exploração do material, com a leitura mais aprofundada, elencando-se trechos relevantes em relação à temática e posterior definição das grandes categorias de análise com o recorte do texto em unidades de registro. Para a exploração do material faz-se a leitura demorada do que foi definido na etapa de pré-análise, podendo haver a necessidade de repetição da leitura várias vezes. (MINAYO, 2013).

Na análise dos dados, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material. (MINAYO, 2013). Nessa etapa do presente estudo emergiram as seguintes categorias temáticas: 1) Demandas de saúde mental; 2) Realização de ações de saúde mental; 3) Facilitadores e entraves para o cuidado em saúde mental na zona rural.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Para a realização da presente pesquisa foram atendidos todos os preceitos éticos e legais relativos à pesquisa com seres humanos, conforme as diretrizes regulamentadoras da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.



O projeto de estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, e aprovado conforme o CAAE 54193516.4.0000.5292 e o parecer de aprovação de número 1.555.695 (ANEXO I).

Para a manutenção do sigilo das informações e do anonimato dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados no corpo do trabalho com a letra E de Entrevistado e o número sequencial de 01 a 11, conforme ordem de realização da entrevista.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os Resultados e Discussão do estudo foram elaborados em três categorias. Denominamos a primeira categoria de “Reconhecimento das demandas de saúde mental na ESF”, onde trazemos as concepções dos pesquisados sobre a aproximação da saúde mental com a saúde da família no âmbito da zona rural; intitulamos a segunda categoria de “Realização de ações de saúde mental no contexto da zona rural”, e aqui trazemos o relato dos trabalhadores entrevistados sobre a efetivação de intervenções e ações do processo de trabalho das equipes que possibilitem a abordagem, acolhimento e intervenção em problemas de sofrimento psíquico; e a terceira categoria foi nomeada como “Facilitadores e entraves para o cuidado em saúde mental”, onde elencamos as motivações e os obstáculos citados para a concretização de ações de saúde mental na ESF da zona rural de Assú-RN.

### **4.1 CATEGORIA 1: RECONHECIMENTO DAS DEMANDAS DE SAÚDE MENTAL NA ESF**

A Estratégia Saúde da Família tem como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso dos indivíduos ao sistema de saúde, incluindo aqueles que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em uma área geograficamente conhecida, favorecendo aos profissionais de saúde uma maior interação com a comunidade, e conseqüentemente, o reconhecimento dessas demandas. Pois, o cuidado em saúde mental na ESF é bastante estratégico devido à facilidade de acesso dos profissionais aos usuários e vice-versa, possibilitando o vínculo e a continuidade do cuidado. (BRASIL, 2013).

Diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas por profissionais das equipes da ESF. São situações que demandam intervenções imediatas, na medida em que podem evitar o emprego de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Trata-se de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações provenientes da violência e da exclusão social. A identificação e o acompanhamento dessas situações, aliados às atividades que as equipes da ESF desenvolvem no seu cotidiano são práticas imprescindíveis para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em saúde mental. (DIMENSTEIN et al, 2005).

A ESF orienta a organização da APS no Brasil e compreende importantes congruências programáticas com a Reforma Psiquiátrica brasileira. Os princípios de territorialização e acompanhamento longitudinal devem favorecer a construção de ações inovadoras de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental. A Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo político-cultural, que envolve diversos atores sociais na transformação de saberes e práticas dirigidos aos transtornos mentais, e não deve ser restrita à extinção física dos manicômios. Ela implica na construção de novas formas de lidar com os indivíduos que estão em sofrimento psíquico. E para alcançar os objetivos da Reforma, é indispensável estar próximo à população, criando vínculos duradouros, considerando a família como *locus* privilegiado da intervenção, conhecendo o território e promovendo formas de intervir sobre ele. (AMARANTE, 2007).

Nesse ínterim, a efetivação de ações em saúde mental pelos profissionais das ESF (e sua articulação em rede) pode ser considerada a forma mais promissora de mobilizar recursos comunitários e de consolidar a Reforma Psiquiátrica brasileira. A valorização de práticas de saúde mental na APS é essencial para garantir a integralidade da atenção. Entretanto, o que verificamos na prática é a dicotomia entre saúde e saúde mental e a fragmentação do processo de cuidado, como veremos a seguir.

Ao serem questionados sobre a identificação das demandas de saúde mental no contexto da ESF, os profissionais de saúde da zona rural de Assú – RN relataram que fazem esse reconhecimento, quer seja mediante sintomatologia sugestiva de algum transtorno mental, ou mediante a utilização de medicamentos psicotrópicos, quer seja em consultas de rotina a usuários sem diagnóstico específico, com priorização àqueles que fazem uso de medicamentos e constam nos registros da ESF.

Eu identifico sim demandas de saúde mental, pois eu tenho muitos pacientes que são acompanhados em alguns programas que também fazem uso de medicamentos psicotrópicos. (E – 09).

Sim, através da avaliação clínica simples. (E – 06).

Identifico através do agente comunitário de saúde, temos um livro no PSF com o nome desses pacientes e qual medicação eles usam. (E – 01).

Podemos observar uma dicotomia entre saúde e saúde mental, onde as demandas de saúde mental são reduzidas ao público que fazem uso de psicotrópicos, reflexo de um modelo biomédico histórico, centrado na doença e na medicamentação. Porém, um dos princípios da saúde mental na saúde da família é exatamente o “princípio da desmedicalização, no sentido de não se apropriar de todos os problemas de uma comunidade como sendo problemas médico-sanitários” (AMARANTE, 2007, p. 98). A desmedicalização é traduzida em duas maneiras. A primeira sugere que capacidade resolutiva da ESF dispensa grande parte dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção, tais como ambulatórios e outros serviços especializados de diagnóstico e tratamento, não valorizando ou estimulando a ‘carreira de doente’ na pessoa que vive a experiência da doença. A segunda se refere a determinadas consequências provenientes de algumas intervenções médicas, onde a atitude invasiva aliados a interesses médico-industrial podem provocar iatrogenias, como acontece na utilização de medicamentos para responder à situação que é entendida como patológica. (AMARANTE; FREITAS, 2015).

Destarte, é possível observar que a medicalização dos sintomas ainda é uma prática rotineira na ESF, expressas pelas renovações de receitas constantes e encaminhamentos:

Esses pacientes [que demandam atendimento em saúde mental] só procuram a unidade para renovar receita e serem referenciados. (E – 03).

O acesso do usuário à ESF consiste num grande entrave no campo da saúde mental, pois as equipes das unidades básicas de saúde vêm tradicionalmente eximindo-se da responsabilidade de atender a demanda de saúde mental, e encaminham o usuário ao hospital psiquiátrico ou ao Centro de Atenção Psicossocial, quando a ESF deveria ser o lugar privilegiado de acolhimento, evitando que o hospital psiquiátrico e o CAPS se configurem enquanto porta de entrada. (SILVA, 2014).

Geralmente quando identificamos casos [de saúde mental] encaminhamos para o CAPS. (E – 01).

O cuidado em saúde mental na saúde da família não se resume aos encaminhamentos a outros pontos de atenção. Existe um avanço em torno da importância do acolhimento como forma de escutar os usuários, constituindo um dos

recursos fundamentais no cuidado em saúde mental. Os profissionais de saúde frequentemente oferecem atenção e tempo para a escuta, permitindo um espaço de desabafo para o usuário. A atitude de desabafar e de escutar é comum no cotidiano de muitas pessoas, independentemente de elas trabalharem na área da saúde. A escuta permite a criação de espaços para a pessoa refletir sobre seu sofrimento e suas causas, favorece a identificação das necessidades de saúde.

Muitas vezes o paciente chega 'pra' gente, vem fazer uma simples consulta de HIPERDIA, e ele começa a chorar porque aconteceu algum episódio na vida dele e que abalou o psicológico dele. Então eu ajudo enquanto eu estou ali naquela consulta (...) Na minha prática diária, na medida do possível, eu escuto o paciente, eu aconselho, a gente tem aquela palavra amiga, aquela palavra de apoio e que muitas vezes ajuda. (E – 08).

A escuta é uma primeira ferramenta a ser utilizada pelo profissional de saúde para que o usuário possa contar e ouvir o seu sofrimento sob outra ótica, por intermédio de um interlocutor que oferece disponibilidade e atenção para ouvir o que ele tem a dizer. Porém, por ser considerada uma prática do senso comum e não uma técnica inerente ao profissional de Saúde, a oferta para escutar atentamente o desabafo pode parecer algo menor quando comparado a outras condutas técnicas. (BRASIL, 2013).

Muitas vezes [o paciente] passa por uma perda na vida, como aconteceu recentemente. Uma paciente minha perdeu seu filho de sete anos e ela quase entra em depressão. E a gente sempre dava aquele apoio psicológico, na medida do possível, uma conversa, um incentivo, um apoio, nada mais do que isso. (E - 08).

Contudo, essa desvalorização do espaço para a escuta não pode diminuir sua importância e potência no trabalho na ESF. Pois, o usuário procura no profissional de Saúde uma pessoa interessada por sua história de vida e capaz de lhe ajudar. E na medida em que a equipe de saúde consiga oferecer o cuidado em saúde ao longo do tempo, torna-se possível fortalecer uma relação de vínculo, e então têm-se maiores condições de ouvir do usuário aquilo que ele tem a contar. (BRASIL, 2013).

Nesse atendimento que propõe o acolhimento, escuta, responsabilizações em saúde, a atenção integral é importante destacar os usuários que procuram os serviços de saúde nem sempre são os que mais necessitam de cuidado. Diversas vezes, pessoas em estado grave não procuram atendimento (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

As práticas em saúde mental na ESF podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde da equipe em todos os momentos de atuação no território, não restringindo às atividades no interior das Unidades de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar.

Então, pode-se inferir que, embora a ESF traga inovações em relação à estrutura e processo de trabalho, no contexto estudado percebemos a fragilização desse processo no que concerne ao reconhecimento das demandas de saúde mental e a falta de estruturação de fluxos próprios para a saúde mental.

#### **4.2 CATEGORIA 2: REALIZAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA ZONA RURAL**

Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Os profissionais de saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento. Nesse contexto, é comum que os profissionais se encontrem a todo o momento com pessoas em situação de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2013).

No entanto, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família provoca muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais da ESF. As equipes da Estratégia Saúde da Família afirmam não estar capacitadas para atender as demandas de saúde mental e, frequentemente, referem que essa atribuição é de profissionais especializados na área, como psiquiatras e psicólogos, restringindo e reduzindo o campo de saúde mental a esses dois profissionais.

Infelizmente na minha prática profissional eu não consigo realizar ações de saúde mental. Não me acho capacitada para trabalhar a saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. (E-09).

Não [realizo ações de saúde mental na ESF] devido à dificuldade de disponibilidade de profissional nessa área. (E-01).

Teria que ter uma equipe multidisciplinar, um psicólogo, um psiquiatra. (E-05).

A Reforma Psiquiátrica brasileira enfatiza a AB e caminha no sentido da transformação de saberes e práticas de saúde mental, baseadas na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, contribuindo para a construção de alternativas às práticas de exclusão ou simples medicalização dos transtornos mentais. Esse processo visa transformar a AB em um local de acolhimento para os usuários que demandam atendimento em saúde mental para além do especialismo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira não deve ser reduzida à extinção física das instituições manicomiais. Ela implica construir novas formas de lidar com as pessoas em sofrimento mental. E para alcançar os objetivos propostos pela Reforma, é fundamental estar bem próximo à população, promovendo vínculos, considerando a família como unidade de cuidado, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele. Essas são justamente as potencialidades da ESF. Por isso, a produção de ações em saúde mental pelas equipes de ESF (e sua articulação em rede) pode ser vista como a forma mais promissora de mobilizar recursos comunitários e de concretizar a Reforma Psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 2007).

Porém, o diálogo sobre a saúde mental na ESF na realidade investigada ainda é bastante incipiente e manifesto por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Os profissionais consideram que o usuário, ao procurar por um serviço com uma questão de saúde mental, precisam de atendimento com psicólogo e/ou psiquiatra para prescrição de psicoterapia. Dessa forma, a pessoa e o seu sofrimento são reduzidos a encaminhamentos, e a equipe se exime da responsabilização pela demanda de sofrimento *versus* atenção.

Geralmente quando identificamos casos [de sofrimento psíquico] encaminhamos para o CAPS. (E-01).

Existem pacientes suspeitos de algum transtorno mental, que fazem tratamento há muitos anos, tomam medicação há muitos anos e que há muito tempo não é acompanhado por psiquiatra, nem pela psicóloga, que vai ali sempre só repetindo aquela receita. (E-08).

[Os pacientes] Só procuram a unidade para renovar receita e serem referenciados. (E-03).

Esse fato é preocupante pois sustenta a lógica manicomial onde não há outras formas de atenção possíveis no campo da saúde mental a não ser a medicamentosa. Reiteramos assim, que as demandas quando não são reconhecidas pelos profissionais como passíveis de serem atendidas na Atenção Básica e restringem-se à reprodução de receitas, estão reforçando o modelo asilar medicalizador com o qual não conseguem romper.

Então, a identificação, o acolhimento e o acompanhamento das demandas de saúde mental, incorporados às atividades diárias das equipes de saúde da família são passos essenciais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalocêntrico que ainda se faz presente em Assú-RN. Para tanto, é necessário refletir acerca das práticas de atenção à saúde mental que são desenvolvidas nesse contexto e como é possível desconstruir esta lógica com a produção de novos modos de cuidar.

O encaminhamento para o CAPS ainda continua sendo a principal forma de intervenção em saúde mental no município de Assú-RN, seguida da medicalização dos sintomas na ESF, demonstrando que as formas de intervenção ainda são bastante conservadoras, e por isso, incipientes em termos de atualização das práticas de saúde mental coletiva.

Não [realizo ações em saúde mental] devido à dificuldade de disponibilidade de profissional nessa área, geralmente, quando identificamos casos encaminhamos para o CAPS. (E-01).

Não [realizo ações em saúde mental,] apenas atendimento em caráter de intervenção curativista. (E-10).

Acredito que essas ações de saúde mental e psicossocial são dificultadas pelo pouco conhecimento na área por parte dos profissionais da ESF. (E-04).

Através das falas supracitadas é possível perceber que as demandas em saúde mental, como vimos, são identificadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, mas não são atendidas, não existe a realização de Projeto Terapêutico Singular – PTS, não ocorre o diálogo entre a equipe, e não são traçadas estratégias para o cuidado. O que ocorre rotineiramente é apenas a prescrição de psicotrópicos em diversos casos que demandariam outras intervenções, tais como apoio



psicológico, social e inclusão da família, dentre outras linhas de cuidado e pontos de atenção. As equipes frequentemente apenas identificam os casos de usuários que necessitem de atendimento em saúde mental e encaminham para o CAPS do município.

Essa problemática é potencializada pela sensação de incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde da ESF:

Não me acho capacitado para desenvolver atividades em saúde mental. (E-03).

Nós não estamos preparados, a não ser aqueles dentistas que tenham alguma capacitação em pacientes especiais. (E-07).

Não me acho capacitada para trabalhar a saúde mental. Como eu disse, é uma área que eu particularmente não me identifico, mas nunca trabalhei especificamente nessa área, voltada somente para essa área. (E-08).

A presente pesquisa demonstra que os profissionais entrevistados não trabalham na perspectiva dos princípios conjuntos e norteadores do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois carecem de um preparo técnico, por meio de cursos específicos e de escuta de suas dificuldades. Isso sugere que a atenção à saúde mental na AB ainda se encontra em etapas iniciais. Além de educação permanente em apoio matricial de saúde mental, é importante que as equipes recebam apoio institucional para compartilharem a condução de suas dificuldades acerca da condução dos cuidados de saúde mental.

Frente a essas dificuldades no tocante ao atendimento à demanda de saúde mental na Atenção Básica, o Ministério da Saúde tem estimulado a estruturação de equipes de Apoio Matricial nos municípios respeitando o contexto sociocultural em que as equipes da ESF atuam. Essas equipes propõe um trabalho compartilhado, articulado e integrado junto às equipes de saúde da família. (BRASIL, 2009).

O apoio matricial proporciona retaguarda às equipes que atendem às famílias. Os profissionais de saúde mental devem oferecer o apoio matricial às equipes de saúde da família, contribuindo para que estas consigam o sucesso máximo em suas intervenções, sem a necessidade de encaminhar os usuários aos níveis mais complexos de recursos. Com o objetivo de dar suporte ao apoio matricial foram instituídos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. (BRASIL, 2009).

O NASF realiza o apoio matricial por meio de conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas consistem em prestar apoio às equipes de referência e as equipes de saúde da família. Desse modo, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde mental, eles deverão acionar o NASF, de modo a assegurar, de forma dinâmica e interativa, a retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família. O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial que deve produzir ação clínica direta com os usuários e suporte técnico-pedagógica com e para a equipe (BRASIL, 2009).

Porém, o que identificamos na realidade estudada é a ausência de matriciamento em saúde mental, pois a zona rural não tem equipe do NASF. E conseqüentemente, o CAPS acaba ficando sobrecarregado para atender toda a demanda do município.

Precisamos, na realidade, de um NASF na zona rural. Não temos apoio de profissionais. (E-02).

Aqui, a única instituição que realiza atendimento em saúde mental é o CAPS. (E-09).

Essa problemática é descrita por Bezerra e Dimenstein (2008) em um estudo em que analisaram que a articulação entre os CAPS e a rede de APS ainda é bastante precária e os serviços disponíveis são isolados e dispersos.

A responsabilidade do processo terapêutico não pode ser centralizada no CAPS, este deve ser organizador da rede, e não centralizador da atenção, atuando como serviços substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, numa lógica de rompimento com as práticas manicomiais. Destacamos ainda, que a presença de um CAPS no município não garante que as práticas de saúde mental são convergentes às propostas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

A RAPS foi instituída por meio da Portaria n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial das coletividades, promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de

atenção; proporcionar a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado através do acolhimento, atendimento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011).

Porém, constatou-se que na realidade investigada, dá-se ainda a não superação do modelo hospitalocêntrico/biológico devido à desarticulação entre a rede de cuidados de saúde, a falta de preparo dos profissionais para lidar com a saúde mental, e a dicotomia saúde-saúde mental.

A estrutura da ESF é deficiente para o atendimento de pacientes de saúde mental, principalmente a estratégia de encaminhamento e de atendimento aos pacientes que ainda é deficiente. (E-06).

Pacientes na sua maior parte não aceitam atendimento para esse fim [ações de saúde mental] no PSF. (E-03).

Na realidade, do município em que eu trabalho, se torna bem mais dificultoso para lidar com as questões de saúde mental na Zona Rural devido à distância para esses pacientes conseguirem chegar a esses profissionais, esses especialistas, quer seja psicólogos, quer seja o psiquiatra, para ter atendimento especializado. (E-09).

Outra questão de extrema importância diz respeito ao espaço físico da unidade, considerada inadequado pelos profissionais, não atendendo as necessidades exigidas pela rotina de trabalho; e a distância entre as comunidades rurais aos locais de atendimento à saúde, culminando na falta de acesso da população rural aos serviços de saúde.

Nesse contexto da zona rural Silva, Dimenstein e Leite (2014) reiteram que as longas distâncias percorridas pelas populações rurais em busca de uma assistência especializada, favorece a prática da automedicação e tendência a viver em isolamento, dificultando a inclusão no convívio social.

#### **4.3 CATEGORIA 3: POSSIBILIDADES E LIMITES PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ZONA RURAL**

O cuidado em saúde mental perpassa nas últimas quatro décadas intensas transformações somadas à ênfase também, relativamente recente dada ao protagonismo da atenção básica. A Reforma Sanitária, com sua ênfase na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva do controle social, da universalidade e da integralidade, vai ao encontro dos objetivos da Reforma Psiquiátrica brasileira,

incitando à necessidade de reflexão sobre práticas de saúde mental inseridas no território. A Reforma Psiquiátrica brasileira é proposta como processo político-cultural, que abrange diversos atores sociais na busca da transformação de saberes e práticas acerca dos transtornos mentais, sob uma perspectiva antimanicomial. As ações da APS, organizadas segundo a Estratégia Saúde da Família, fundamentadas na criação de vínculos e no cuidado longitudinal, podem colaborar para construir alternativas às práticas de exclusão ou exclusiva medicalização dos transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Para concretizar a Reforma Psiquiátrica brasileira, é indispensável estar próximo à população, estabelecendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e buscando formas de intervir nele. Essas são justamente as potencialidades da ESF. Por isso, a realização de ações em saúde mental pelas equipes de ESF (e sua articulação em rede) pode ser considerada como meio promissor de mobilizar recursos comunitários e contribuir para o alcance dos objetivos da atenção à saúde mental comunitária. (AMARANTE, 2008). A valorização de práticas de saúde mental na APS é essencial para garantir a integralidade da atenção em saúde. (CAMPOS, 2003).

Na presente pesquisa os profissionais entrevistados destacaram como possibilidades, ou seja, pontos que motivam a busca de realização de ações de saúde mental na ESF na zona rural, o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população, aumentando as chances de os usuários terem disponibilidade e interesse para interagir com a equipe na perspectiva de acolhimento e resolubilidade de suas necessidades de saúde mental.

O que favorece é a disponibilidade do paciente em relação as ações desenvolvidas na ESF. (E-01).

Um ponto que poderia favorecer essas práticas [em saúde mental] seria o contato profissional-paciente na ESF, esse vínculo é bem mais forte do que em outros locais de atendimento. (E-10).

Os profissionais de saúde percebem o vínculo como base para o cuidado em saúde mental e algo possível na ESF. A ESF é um ambiente rico de possibilidades de interação com a comunidade, uma vez que trabalha com foco na família em seu contexto, levando em consideração suas singularidades. A inserção no *habitat* das pessoas permite a troca de saberes, estabelecimento de confiança, e,

consequentemente, do vínculo, favorecendo a melhoria do nível de atendimento em saúde mental.

Corroborando o contexto em estudo, Cunha e Giovanella (2011) compreendem que as relações interpessoais entre equipe-usuário devem consistir em contatos presenciais harmoniosos e indispensáveis para a construção de vínculos duradouros. É de extrema significância que o indivíduo se sinta acolhido na ESF, bem como sua família, pois ao acolher, permite-se o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/usuários e os trabalhadores da saúde.

No entanto, os discursos evidenciam dificuldades das equipes da ESF para trabalhar de forma satisfatória com as demandas de saúde mental, pois consideram o suporte técnico das equipes inadequado para articular as propostas teóricas com a prática na ESF, elencando inúmeras dificuldades, incluindo o acúmulo de tarefas que gera sobrecarga de trabalho para os profissionais; longas distâncias entre as comunidades rurais e a rede de serviços de saúde; e, principalmente, a falta/deficiência de conhecimento das equipes da ESF para acolher e desenvolver estratégias de resolubilidade das demandas de saúde mental.

Dificuldade em fazer grupo com essa demanda. Uma vez que só procuram a unidade para renovar receita e serem referenciados. Outra dificuldade é a pouca experiência do profissional para lidar com esses grupos. (E-03).

A estrutura da ESF é deficiente para o atendimento de pacientes de saúde mental. (E-06).

As dificuldades vivenciadas pelas equipes de saúde da família as colocam frente ao impasse de efetivar e garantir na prática os princípios norteadores do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Observamos uma fragmentação da rede de assistência à saúde e do processo de trabalho, onde o pouco investimento na qualificação/capacitação dos profissionais incide sobre o despreparo das equipes para lidar com a saúde mental dos usuários.

É uma área que eu não me sinto capacitada, reconheço a necessidade de me capacitar para isso, de fazer algum curso, alguma atualização, seria até bom o gestor possibilitar isso para a gente. Creio que não seja só eu, mas outras colegas que eu já conversei também se sentem assim, e seria muito bom um apoio da gestão em relação a isso. (E-08).

Nós não temos essa capacitação aqui em Assú. E material [também falta], porque para trabalhar com saúde mental tem que trabalhar oficinas, tem que

trabalhar coisas que a gente precise desenvolver com eles porque a gente não tem. (E-11).

Essas práticas [de saúde mental] se tornam difíceis pela falta de um profissional capacitado nessa área dentro da unidade ou falta de investimento na capacitação dos profissionais para executar essa função. (E-10).

Outro grande problema a ser enfrentado é a superação da distância existente entre a academia e os serviços de saúde. Os resultados calamitosos dessa lacuna podem ser comprovados, por um lado, quando os profissionais se ressentem da dificuldade em alcançar um suporte teórico e metodológico condizente com seus impasses habituais e, por outro lado, quando as instituições de ensino “se consomem na produção de conhecimento para si mesmas, caracterizando uma espécie de autofagia com poucos efeitos para a sociedade”. (BRASIL, 2015b, p. 88).

Não me acho capacitada para trabalhar a saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Primeiro, que em relação a minha formação na academia acho que houve uma falha, não sei se uma falha da estrutura curricular do curso ou uma falha das faculdades, universidades em geral. Mas, eu não me sinto preparada com os conhecimentos que eu adquiri na academia, nem muito menos capacitada por estar em exercício profissional para lidar com esses pacientes de saúde mental. (E-09).

A Reforma Psiquiátrica brasileira como processo social complexo, incorpora um conjunto de estratégias que se desdobra em diversas dimensões. No enfrentamento dos “nós” críticos presentes nessas dimensões moram os desafios fundamentais para a concretização da mudança necessária. Na dimensão da clínica é imperioso se questionar o agir terapêutico que supervaloriza uma relação com a patologia, enquanto evento objetivo e natural, perdendo de vista o que necessitaria considerar como sua preocupação principal o sujeito em sofrimento. Ademais, é de extrema importância o comprometimento por parte da gestão de saúde mental, em todos os seus níveis, na indução de transformações nas práticas de assistência e cuidado. Esse comprometimento passa por mecanismos de financiamento que garantam a ampliação e a sustentabilidade de uma rede de serviços, além de estratégias efetivas de educação permanente e crítica dos profissionais de saúde. (BRASIL, 2015b).

Desde a década de 1970 e acompanhando a percurso da Reforma Sanitária, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira vem modificando conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais no país. O enfoque principal deste movimento é a desinstitucionalização, sendo sua luta fundamental a diminuição da quantidade de

leitos nos manicômios e a implementação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos. (BRASIL, 2007b).

A ênfase para o cuidado de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes deixou em segundo plano a assistência aos que possuem transtornos mentais menos graves, porém, prevalentes. Uma das principais estratégias propostas para diminuir essa defasagem no cuidado e na assistência foi a criação das equipes de apoio matricial que devem gerir ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica (BRASIL, 2007b).

Entretanto, na realidade investigada encontramos a ausência do matriciamento em saúde mental, o que por sua vez, resulta em sobrecarga para o único CAPS do município de Assú-RN, onde é priorizado o atendimento dos usuários com transtornos mentais severos, tornando difícil a atenção e assistência às pessoas com transtorno leve e frequente. Outra barreira é a dificuldade de acesso da população rural devido à distância e a (in)disponibilidade de transporte, conforme relatado:

Aqui, a única instituição que realiza atendimento em saúde mental é o CAPS. Então assim, já é uma demanda muito grande para essa instituição e para os pacientes da Zona Rural se torna muito mais dificultoso. Pela própria demanda que já é muito grande, pela dificuldade de acesso a esse profissional e pela dificuldade de acesso ao serviço. (E-08).

Então, é importante destacar que a abordagem efetiva das demandas do campo da saúde mental pelos profissionais da ESF, deve contar com a articulação entre recursos comunitários e intersetoriais, distanciando-se das ações centradas no modelo de queixa-conduta. Conhecer os recursos da comunidade e da família, bem como as condições socioculturais vivenciadas pelos sujeitos em seu território torna-se indispensável para o enfrentamento dos problemas que ultrapassam as questões biológicas, como no caso dos transtornos mentais. (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Acrescenta-se, ainda, que melhorias nos arranjos organizacionais dos serviços de saúde, como a disponibilização de meio de transporte à ESF, assim como, a constituição de um sistema de referência efetivo aos diversos níveis de atenção, quando necessário, e a efetivação do acolhimento eficaz são fundamentais, para propiciar aos residentes no meio rural cuidados voltados à sua saúde. (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

Dentre as possibilidades e os limites destacados pelos sujeitos da presente pesquisa, acreditamos que a realidade encontrada é vivenciada por muitas localidades do país, especialmente, no âmbito da zona rural. No entanto, a exemplo de síntese do estado de ânimo que prevalece entre os profissionais entrevistados destacamos o discurso que segue abaixo e que acreditamos soar como um alerta acerca de atenção sobre saberes, práticas, profissionais de saúde e cidadãos em geral, sobre saúde mental e lugares, aquém das portarias e leis já deliberadas na política nacional de saúde mental, prevalece um discurso, e conseqüentemente um saber-fazer distante, especialmente solitário, nos lugares rurais das cidades.

[...] a gente passa por situações em nossa área que a gente fica de mãos atadas, não sabe o que diz, não sabe o que faz, não sabe o que fala. (E-08)

Acrescentamos aos resultados encontrados na presente pesquisa vinculada a um curso de Mestrado Profissional, principalmente, a premência de divulgação e debate acerca da realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa, especialmente, no âmbito dos saberes, práticas, trabalhadores e usuários envolvidos na realidade investigada com a finalidade da elaboração de estratégias de fortalecimento das possibilidades e superação dos limites identificados em prol de ações de saúde mental na ESF da zona rural de Assú-RN.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo abordou a concepção dos profissionais de saúde sobre as possibilidades e limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família da zona rural do município de Assú-RN. Verificamos uma desarticulação entre as ações desenvolvidas no interior das USF e a rede de cuidados do município, onde a insuficiência de profissionais especializados na área de saúde mental aliado a dificuldade dos profissionais da ESF em lidar com essa demanda constituem os principais impasses.

Essa situação confirma a dificuldade da inserção da saúde mental na Atenção Básica, uma vez que a efetivação da política de Saúde Mental é um desafio presente. Apesar dos profissionais conseguirem identificar as demandas de saúde mental, estes se sentem incapazes para acolher essas demandas, carecendo de suporte técnico para tal, por meio de cursos específicos e de escuta de suas dificuldades, uma vez que diariamente diversos usuários procuram a USF com alguma necessidade no campo da saúde mental. Então, essas situações exigem intervenções precoces com vistas a minimizar o uso de recursos assistenciais complexos desnecessariamente. Porém, a identificação e o acompanhamento dessas situações no âmbito da ESF ainda ocorrem de forma incipiente centrado na doença e na medicamentação, confirmados através da redução das pessoas em sofrimento psíquico a constantes renovações de prescrições médicas e encaminhamentos para o CAPS do município.

O acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico pela ESF, geralmente, configura-se como um dos pontos mais fragilizados da rede de cuidados por necessitar, em muitos casos, do apoio de uma equipe de profissionais especializados na área de saúde mental. O que verificamos no município de Assú é a ausência de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família na zona rural do município para qualificar o cuidado a esses usuários que demandam cuidado em saúde mental, ficando o CAPS como única opção para o cuidado em saúde mental. Aliado a isso, os profissionais não se sentem capacitados para lidar com essa situação e não existe a estruturação de fluxos próprios para a saúde mental.

O encaminhamento de toda a demanda de saúde mental para o CAPS ainda continua sendo a principal forma de intervenção em saúde mental no município de Assú-RN, seguida da medicalização dos sintomas na ESF, demonstrando que as

formas de intervenção ainda são bastante conservadoras, e por isso, incipientes em termos de atualização das práticas de saúde mental coletiva.

Outra questão de extrema importância se refere a estrutura física da USF, considerada inadequada pelos profissionais de saúde, não atendendo as necessidades exigidas pela rotina de trabalho; e a distância entre as comunidades rurais e os locais de atendimento à saúde, culminando na dificuldade de acesso da população rural aos serviços de saúde.

Destarte, na presente pesquisa foram considerados como pontos que motivam a busca de realização de ações de saúde mental na ESF na zona rural, o estabelecimento de vínculo entre a equipe e a população, aumentando as chances de os usuários terem disponibilidade e interesse para interagir com a equipe na perspectiva de acolhimento e resolubilidade de suas necessidades de saúde mental. E além de educação permanente em apoio matricial de saúde mental, é importante que as equipes recebam apoio institucional para compartilharem a condução de suas dificuldades acerca da condução dos cuidados de saúde mental.

Portanto, a problemática vivenciada pelas equipes de saúde da famílias acerca das demandas em saúde mental as colocam frente ao impasse de efetivar e garantir na prática os princípios norteadores do SUS e da Reforma Psiquiátrica brasileira. Observamos uma fragmentação da rede de assistência à saúde e do processo de trabalho, onde o pouco investimento na qualificação/capacitação dos profissionais incide sobre o despreparo das equipes para lidar com a saúde mental dos usuários.

A inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica é uma condição indispensável, mas insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação de uma rede de cuidado contínuo e integral, aliado a um processo de educação permanente para os profissionais envolvidos com a assistência. Assim, reiteramos a importância do presente estudo para a mudança inclusiva do cuidado a indivíduos e coletividades, especialmente, no que concerne à saúde mental da população rural. A presente pesquisa também é relevante para contribuição à construção efetiva da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) levando em conta as diversidades e as dinâmicas próprias das comunidades rurais.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Francisco José Batista; PIMENTEL, Carlos Eduardo. Uma aproximação semântica aos conceitos urbano, rural e cooperativa. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 2004; v. 20, n. 2, p: 175-182.

AMARANTE, FREITAS, Fernando. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 735-759.

\_\_\_\_\_; Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDRADE, Fábila Barbosa et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm.**, 2010; n. 19, v. 1, pp:129-36.

ASSU. Cidade. Informações Socioeconômicas. 2015. Disponível em: <<http://assu.rn.gov.br/informacoes-socio-economicas/>>.

BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática**. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). Cidades. 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS. Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. 548 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2488, 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 11 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 01 jun 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Brasília: CONASS, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo da atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, n. 82, p. 18055-9, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, p. 25694, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988.

\_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Saúde, 8º Relatório Final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BURILLE, Andreia e GERHARDT, Tatiana Engel. Doenças crônicas, Problemas crônicos: Encontros e Desencontros com OS Serviços de Saúde em Itinerários Terapêuticos de Homens Rurais. **Soc Saúde**. 2014, vol.23, n. 2, pp.664-676. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000200664&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200664&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 jul 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403,1999.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.

COSTA, Maria das Graças Vieira Gomes da. **Gênero, trabalho e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas na Região do Mato Grande Potiguar**. 2014. 168f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, 2014.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra; LEITE, Jäder Ferreira. Condições de vida, Gênero e Saúde mental entre trabalhadoras Rurais assentadas. **Estud. psicol.**, Natal, v. 19, n. 2, p. 145-154, Junho de 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2014000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 fev. 2016.

CUNHA, Elenice Machado da; GIOVANELLA, Ligia. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

DIMENSTEIN, Magda et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 jul 2016.

FERREIRA, Angela Duarte Damasceno. **Estudos Sociedade e Agricultura**. Rio de Janeiro: UFRRJ/CPDA, n.18. 2002, p.28-46.

FONTANELLA, B. J. B; RICAS, J; TURATTO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico**, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>>. Acesso em 09 jun 2016.

LANCETTI, Antonio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner (organizador). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 615-634.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do sistema único de saúde. In: Matta GC. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 61-80.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. (Coleção Temas Sociais).

PIGNATTI, M.G.; CASTRO, S.P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidade rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 83-94, Rio de Janeiro, out. 2010.

PITILIN, Érica de Brito; LENTSCK, Maicon Henrique. Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, out. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000500726&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500726&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 01 jul 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em 05 jun 2016.

ROTELLI F, Leonardis. O, MAURI D. Desinstitucionalização, uma outra via – a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI F, Leonardis. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.

SILVA, Clarissa Indira Xavier e. **A articulação entre a Estratégia Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial**: análise de experiência em município do nordeste brasileiro. 2014. 117p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Fundação Oswaldo Cruz. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014.

TEIXEIRA, L. A. Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 3-19, jan./fev. 2006

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva *et al.* **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 12. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

SILVA, Victor Hugo Farias; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira. Saúde Mental em Zonas Rurais: práticas de suporte à crise aos portadores de transtornos mentais severos. In: DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder Ferreira (Org). **Psicologia em Pesquisa**: cenários de práticas e criações. Natal: EDUFRN, 2014.

SILVA, Eveline Fronza da; PANIZ, Vieira Vera Maria; LASTE, Gabriela; TORRES, Iraci Lucena da Silva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, Rio de Janeiro, 2013, pp: 1029-1040.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde: 2002.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 14, n. 2, Rio de Janeiro, 2009, pp: 477-86.

TRAVASSOS, Cláudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 10, Rio de Janeiro, 2007, pp: 2490-502.

XIMENES, Verônica Moraes; MOURA JR., James Ferreira. Psicologia Comunitária e Comunidades Rurais do Ceará: Caminhos, Práticas e Vivências em Extensão Universitária. In: LEITE, Jader Ferreira; Dimenstein, Magda (Org.). **Psicologia e Contextos Rurais**. 1ed. Natal: EDUFRN,2013. p. 453-476.

## APÊNDICE I

### ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Número do roteiro da entrevista:

Idade:

Formação profissional:

Se pós-graduado, em qual?

Sua experiência profissional:

Tempo de atuação na ESF:

1. Na sua prática profissional você identifica demandas de saúde mental?
2. Você realiza ações de saúde mental e atenção psicossocial no cotidiano do seu fazer profissional?
3. Na sua compreensão, o que favorece e o que dificulta a prática de ações de saúde mental e atenção psicossocial no cotidiano do seu fazer profissional?



**APÊNDICE II****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE****RENASF – REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA****PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORDESTE****MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE****SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: possibilidades de articulação em um  
contexto de zona rural****Autores:**

Maria Isabel Silva Guilherme – Pesquisadora Responsável

Rua: Musicista Samuel Sandoval da Fonseca, 1586 – Janduís – Assú/RN

CEP: 59.650-000

Fone: (84) 99850-6049

Dr<sup>a</sup> Jacileide Guimarães – Orientadora da Pesquisa**Instituição Proponente:**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis

CEP: 59.012-300 - Natal/RN

Fone: (84) 3342-9727

**Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes –  
CEP/HUOL**

Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis - Natal/RN

CEP 59.012-300

Fone: (84) 3342 5003

E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa em que serão utilizados, na coleta de dados, entrevista semiestruturada direcionada aos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas que atuam nas Unidades de Saúde da Família localizadas na zona rural do município de Assú/RN, como forma de investigar: quais as possibilidades de atuação profissional da ESF no tocante à saúde mental no contexto rural? Quais as dificuldades a serem superadas para criar um espaço terapêutico de saúde mental para a população rural?

Esclarecemos que a sua participação não trará prejuízos à sua pessoa, procurar-se-á o mínimo de riscos possíveis, podendo existir tão somente os riscos de desconforto ou constrangimento durante as entrevistas individuais, seja pela exposição ou por não saber responder às indagações, invasão de privacidade, perda de tempo, exposição da identidade. Contudo, tentaremos minimizar estes riscos: As entrevistas semiestruturadas serão gravadas em áudio, mediante sua autorização prévia. Os procedimentos utilizados não oferecem risco à sua dignidade e integridade física ou mental.

Serão respeitados os princípios de privacidade e confidencialidade e não haverá, portanto, a divulgação personalizada das informações prestadas. O pesquisador irá tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem sua autorização por escrito.

O estudo não trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio. Como possíveis benefícios ao participar da pesquisa tem-se a contribuição para novas reflexões e abordagens críticas com relação à construção de saberes e práticas no campo da saúde mental.

Pretende-se, pois, com essa pesquisa, contribuir para a expansão do apoio matricial em saúde mental e para maior e melhor possibilidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto do estado do Rio Grande do Norte, particularmente, no município de Assú-RN.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, bem como é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade, perda de direitos ou diferença na assistência prestada pelo profissional/pesquisador.

Caso o participante tenha algum gasto ou dano decorrente da pesquisa ele será ressarcido e indenizado sendo-lhes garantidos todos os direitos previstos na legislação brasileira.

Esta pesquisa faz parte do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF, promovido pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, nucleado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, por meio do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESCC e tem como objetivo identificar as possibilidades e limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família da zona rural do município de Assú-RN. E mais especificamente, analisar a percepção dos profissionais sobre a problemática da saúde mental entre os usuários da ESF; e avaliar a compreensão dos profissionais sobre sua competência para lidar com estes problemas.

O estudo se justifica a partir da vivência profissional da autora na Estratégia Saúde da Família num contexto de zona rural, onde é manifesto a dificuldade de manuseio de situações de saúde mental como eixo transversal da equipe de trabalho, devido, principalmente, a um choque entre a formação acadêmica dos profissionais da equipe, ainda calcada na visão biomédica e fragmentada de saberes e práticas, expressada nas condutas prescritivas e conseqüentes limitações em lidar com os usuários que carecem de cuidado de saúde mental; problemas de acessibilidade da população rural às políticas de Atenção Primária à Saúde e serviços especializados da rede de saúde mental. Isso reflete na grande demanda de usuários na ESF que fazem uso indiscriminado de psicofármacos, sem acompanhamento específico e regular, e por vezes, com ausência de diagnóstico que justifique a medicação; dificuldade em lidar com os usuários em sofrimento psíquico e identificação de sintomatologia de caráter psicossomático; e inexistência de ações específicas em saúde mental na ESF.

Sendo assim, empreendemos o presente estudo que consideramos importante para a mudança inclusiva do cuidado a indivíduos e coletividades, especialmente, no que se refere à saúde mental da população rural. Produções científicas envolvendo a saúde mental desse grupo são escassas, e alguns estudos trazem que a população residente nas áreas rurais brasileiras representam uma parcela da população que possui um risco aumentado para inúmeros problemas de saúde.

Espera-se, pois, com esta pesquisa, contribuir para a construção da RAPS levando em conta as diversidades e as dinâmicas próprias das comunidades rurais, além da contribuição no plano do conhecimento.

Informamos ainda que esta pesquisa segue os princípios ético-legais, contidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HUOL/UFRN.

Os dados dessa pesquisa serão utilizados para investigação, publicação e divulgação a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada aos indivíduos com transtornos mentais no contexto de zona rural. Uma cópia desse consentimento será arquivado pela pesquisadora responsável, por um período mínimo de cinco anos.

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro que após ter sido esclarecido (a) pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa **SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: possibilidades de articulação em um contexto de zona rural**

Natal/RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Maria Isabel Silva Guilherme  
(Pesquisadora Responsável)



Impressão dactiloscópica  
(se necessário)

## ANEXO I

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: possibilidades de articulação em um contexto de zona rural

**Pesquisador:** Maria Isabel Silva Guilherme

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54193516.4.0000.5292

**Instituição Proponente:** Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.555.695

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa apresentada no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com desenho metodológico de natureza qualitativa. Este tipo de abordagem centraliza-se no universo de significados, motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar as possibilidades e limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família da zona rural do município de Assú-RN.

**Objetivo Secundário:**

- Analisar a percepção dos profissionais sobre a problemática da saúde mental entre os usuários da ESF;
- Avaliar a compreensão dos profissionais sobre sua competência para lidar com estes problemas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Desconforto ou constrangimento durante as entrevistas individuais, seja pela exposição ou por

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 1.555.605

não saber responder às indagações, invasão de privacidade, perda de tempo, exposição da identidade.

**Benefícios:**

O estudo, segundo o pesquisador responsável não trará benefícios materiais ou financeiros e nenhum participante da pesquisa terá promoção ou prêmio. Como possíveis benefícios ao participar da pesquisa tem-se a contribuição para novas reflexões e abordagens críticas com relação à construção de saberes e práticas no campo da saúde mental.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo adotará como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora com os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos das ESF localizadas na zona rural do município de Assú – RN. Após a realização das entrevistas, as falas serão transformadas em textos escritos. Para a análise das falas, utilizar-se-á a análise temática com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tem significado peculiar para o objetivo analítico visado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram contemplados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está bem instruído. Todas as pendências foram sanadas, podendo o mesmo ser executado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_673267.pdf	13/05/2016 08:06:48		Aceito
Outros	ENTREVISTA.docx	13/05/2016 08:06:23	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	13/05/2016 07:59:43	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.docx	13/05/2016	Maria Isabel Silva	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 1.555.805

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07:55:26	Guilherme	Aceito
Outros	Folhadeidentificacaodopesquisador.pdf	11/03/2016 13:19:25	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	11/03/2016 13:17:43	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/03/2016 18:28:11	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
Outros	anuencia.pdf	03/03/2016 18:25:26	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodenaoiniciodapesquisa.pdf	03/03/2016 18:23:57	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	03/03/2016 18:23:14	Maria Isabel Silva Guilherme	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 20 de Maio de 2016

---

Assinado por:  
HELIO ROBERTO HEKIS  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado  
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br