

A atuação da Estratégia Saúde da Família frente ao sofrimento psíquico

Mariluci Gomes¹

Heloísa Helena Venturi da Luz²

Resumo

Este artigo tem como objetivo descrever o enfrentamento das equipes de saúde da família junto aos pacientes em sofrimento psíquico e seus familiares. Para isso foi elaborada uma revisão da literatura sobre a contribuição da Estratégia Saúde da Família para a solidificação do modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde e a consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica. Esta, embasada no pressuposto da desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, tem sua ênfase atribuída a uma rede de cuidados que contempla a ação na atenção básica ou primária. Entende-se que grande parte dos problemas de saúde mental pode ser resolvida nesse nível de assistência, sem precisar de encaminhamentos aos serviços de maior complexidade do sistema de saúde, o que exige maior investimento financeiro sem apresentar resultados tão positivos que justifiquem esses recursos. Enfatiza-se a importância do desenvolvimento de ações do tipo preventivo em saúde mental que tem na atenção básica o foco preferencial de atuação.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde da Família, Sofrimento Psíquico.

Abstract

This article aims to describe the confrontation of family health teams with patients in mental suffering and their families. For this it created a literature review on the contribution of the Family Health Strategy for the consolidation of the care model recommended by the National Health System and the consolidation of the psychiatric reform proposals. This, based on the assumption deinstitutionalization of psychiatric patients, has its emphasis to a network of care that includes the basic or primary action. It is understood that most mental health problems can be resolved at this level of assistance without specialized health care referrals, which expend greater financial resources without showing such positive results that offset this feature. It emphasizes the importance of developing preventive actions of the type of mental health in primary care is the preferred focus.

Keywords: Psychiatric Reform, Family Health, mental suffering.

¹ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família em José Boiteux-SC, graduada em Enfermagem pela Unidade de Ensino Superior Vale do Iguaçu-UNIGUAÇU de União da Vitória PR. Especialista em Saúde da Família pela UFSC. Especializando em Saúde mental e Atenção Psicossocial pela UNIDAVI – Rio do Sul SC.

Email: enfemalu@hotmail.com. Telefone para contato (47) 84525701

² Enfermeira Psiquiátrica/Terapeuta de Família, Mestre em Gestão de Políticas Públicas. Supervisora Clínico-institucional para os CAPS e Rede APS. Telefone para contato (47) 9992-3060

1 Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua em um território geograficamente definido, com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). Realizam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, como consultas individuais e atividades em grupos, nos mais diversos espaços comunitários, sejam escolas, associações de moradores, centros de apoio social e, principalmente na residência da família assistida.

Em virtude de sua importância, a Estratégia de Saúde da Família tem se tornada prioritária na consolidação da Atenção Básica, como porta de entrada para o serviço de saúde. Isto acontece concomitantemente com o processo da Reforma Psiquiátrica, que é o processo de mudanças na atenção à saúde mental no Brasil.

A Reforma Psiquiátrica surgiu com a proposta de desinstitucionalizar o paciente portador de sofrimento psíquico e, como substituição, criou uma rede substitutiva de assistência em saúde mental, como os centros de atenção psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas (RT) e os hospitais dia (HD). Entretanto, em municípios pequenos, onde os recursos são escassos torna-se impossível a implantação de serviços especializados e é, portanto, na atenção básica onde os fenômenos acontecem, que todos os tipos de urgências físicas e mentais acabam adentrando o sistema através da Estratégia de Saúde da Família.

As ESF são as equipes que conhecem as pessoas do seu território, sua realidade local. Além disso, por sua proximidade com famílias e comunidades podem realizar ações de promoção à saúde mental que possibilitem a ressocialização dos portadores de sofrimento psíquico. As ações devem considerar a singularidade das pessoas e seu protagonismo rompendo com o modelo tradicional de atenção centrado na institucionalização e nos tratamentos medicamentosos severos que estigmatizam a doença e o sujeito.

Apesar das evidências de que a atenção básica tem o potencial para a inclusão de ações de saúde mental, os profissionais das equipes ainda enfrentam algumas barreiras, como a dificuldade em lidar com o sofrimento psíquico por não saber o que fazer com o paciente, tendo inclusive medo, além do despreparo da equipe e a falta de coesão nas atitudes.

As equipes em geral desconhecem a Reforma Psiquiátrica, a estrutura física das unidades não raro, é pequena e não existe espaço adequado, pois tem um grande número de

consultas diariamente, onde as pessoas buscam o médico, exames e medicamentos. Contudo, a falta de capacitação em saúde mental para os profissionais da ESF têm sido o maior desafio.

Diante do contexto apresentado, pretende-se relatar através de revisão bibliográfica o enfrentamento das Equipes de Saúde da Família junto às pessoas em sofrimento psíquico e suas famílias. Foram escolhidos os principais e mais citados artigos do Scielo, periódicos e revistas eletrônicas como base de dados para o desenvolvimento deste trabalho.

2 Revisão da Literatura

2.1 O processo de mudança em Saúde Mental

Para se compreender o processo de mudanças no campo da saúde mental, é interessante conhecer o desenrolar dos fatos e dos fenômenos sociais, que revelam o caminho para elucidar as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade.

A história da loucura, relatada por Gonçalves e Sena (2001), destaca a psiquiatria como especialidade unicamente médica e o ato de compreendê-la como doença, algo recente na história da humanidade. Foi somente a partir do século XVIII, cerca de 200 anos, que o homem passou a se perceber e inventar uma nova maneira de vivenciar sua condição.

A loucura propriamente dita sempre existiu, assim como o lugar aonde tratar os loucos, que eram templos, casas e instituições. Entretanto, instituições psiquiátricas passam a existir somente a partir do século XVIII. (GONÇALVES e SENA, 2001)

E é a partir daí que o doente mental passa a ser excluído do convívio dos ditos normais. A sociedade passou a definir, diferenciar e separar as pessoas em dois principais grupos: os que seguiam as regras - os produtivos e, portanto, considerados normais, dos que não exibiam o mesmo comportamento padrão. Passou-se a distinguir as pessoas. (GONÇALVES e SENA, 2001)

Essa nova concepção da condição humana se arrasta até os dias de hoje, pois o doente mental continua excluído, mesmo que, de uma forma mais branda. Por um lado, a sociedade luta contra a exclusão e o afastamento do doente do convívio com os normais, mas corre-se o risco de não dar a importância que ele necessita, não percebendo ou não admitindo

que exista sim uma diferença que deve ser respeitada e cuidada. (GONÇALVES e SENA, 2001)

Nesse sentido, Gonçalves e Sena (2001) enfatizam que é necessário reconhecer e conviver com as diferenças, sem excluí-las, conforme o que aspira a Reforma psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que teve início na década de 70 e surgiu com o Movimento dos Trabalhadores em saúde Mental, que incluiu outros elementos na equipe além do médico, que era quem tinha o poder exclusivo sobre as decisões com relação às pessoas em sofrimento psíquico. Propõe uma nova política de saúde mental em construção, que oferece ao indivíduo, portador de transtorno mental um tratamento fora da instituição e que proporciona uma atenção humanizada e efetiva. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

Oliveira *et al.* (2015) complementa que a reforma traz novos saberes e práticas, valores culturais e sociais em relação à doença mental e a define como um conjunto de transformações e mudanças no saber em saúde mental. É também marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios. E a palavra de ordem é a desinstitucionalização, que não apenas desconstrói o manicômio, mas resgata do fenômeno da loucura novos conceitos que visam o sujeito e sua singularidade, e não sua doença.

Neste contexto, a psiquiatria sai em busca de novas maneiras de tratar o indivíduo em sofrimento psíquico derrubando os muros que aprisionam a loucura. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

Experiências inovadoras associadas às reflexões e às propostas operadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica incitaram o Ministério da Saúde, na década de 90 a propor uma política de saúde mental, que proporcionasse aos gestores, profissionais, usuários e à sociedade civil o conhecimento e o acesso a um novo modelo de atenção à saúde mental. (LUZIO e L'ABBATE, 2015)

E assim, foi promulgada em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que estabelece os direitos dos pacientes e reduz as internações psiquiátricas. Cai por terra o modelo separatista e excludente do hospital psiquiátrico como única alternativa de tratamento que excluía os doentes mentais da sociedade em todo o país. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

Nesse sentido toda a saúde deveria se organizar para um tratamento mais humano e solidário, elevando-se em qualidade ao melhorarem as condições de vida das pessoas. (SANTOS, 2011)

Desde 1988, com a nova Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que traz como eixos principais a universalidade, integralidade e equidade, o povo brasileiro conquistou a saúde como o direito de todos. No mesmo ano de 1990 foram aprovadas as Leis 8080, que regulamenta o SUS e a 8142 que prevê a participação social através das Conferências e Conselhos de saúde em todo o Brasil. Constituem assim, a legislação básica da área da saúde. (SANTOS, 2011)

Mais tarde, em 2006, o Ministério da Saúde estabelece como eixo estruturante do sistema de saúde a Atenção Básica em Saúde. Para sua operacionalização, define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como desenho organizacional prioritário para o fortalecimento da atenção, contribuindo assim para a viabilização e concretização dos princípios do SUS. (VELOSO, 2012).

2.2A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

A atenção básica tem sido entendida como sinônimo, na maioria das vezes, da atenção primária à saúde (APS) e Veloso(2012), a define como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2007, p.10*apud* (VELOSO, 2012)

A rede básica de saúde se constitui pelas unidades básicas de saúde (UBS), unidades básicas de saúde com estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que atuam na comunidade de sua área de abrangência. Há coexistência de serviços em decorrência do processo histórico, em que as práticas se sustentam na concepção de saúde como ausência de doença. (VELOSO, 2012)

O princípio operacional de adstrição da clientela, preconizado pelo programa, proporciona vínculo das unidades básicas de saúde com a comunidade, possibilitando o resgate da relação de compromisso e co-responsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços. Esse vínculo é o que constitui o diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

É no contexto da atenção básica, nas situações corriqueiras do cotidiano, que a experiência de muitas pessoas é marcada pela necessidade de enfrentamento de dificuldades e condições desfavoráveis, como por exemplo, econômica, social, física e psíquica, muitas vezes degradantes. Não haveria lugar mais favorável para aproximar-se desse sofrimento do que o território onde ele emerge, constituindo-se lócus favorável para ser considerado, abordado e atendido. (VELOSO, 2012)

A proposta de reordenação dessa lógica de trabalho e de organização da assistência em saúde é a que também orienta os processos de transformação da assistência psiquiátrica em curso no país. (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010)

Essa importante mudança no sistema de saúde caracteriza um cenário privilegiado para a promoção de transformações significativas das práticas e saberes na área da saúde mental. Além do sofrimento e da falta de cuidados, as pessoas em sofrimento psíquico vivenciam o estigma, a vergonha, a exclusão e, com frequência, a morte. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

Nesse contexto, o papel do profissional de saúde é o de se aliar à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, auxiliando-a na descoberta e no desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

Contudo, para que essa proposta seja efetivada e assuma seu estatuto de política, são necessários processos de subjetivação transformadores, ou seja, “sujeitos coletivos que nas práticas concretas e cotidianas transformam o modo de produzir cuidados em saúde, transformando-se a si também” (Deslandes, 2005, p.402 *apud* CAMURI e DIMENSTEIN, 2010)

Enfim, significa produzir um novo modelo de gestão do cuidado em saúde e novas relações entre trabalhadores e usuários.

2.3 A ESF, a pessoa em sofrimento psíquico e a família

Poucas são as famílias que não têm ou nunca terão algum tipo de problema com familiar portador de sofrimento psíquico, ou até a própria pessoa mesmo, desde simples maus momentos da vida, dificuldades passageiras, graves transtornos mentais, psicoses ou usuários de substâncias psicoativas. Sabendo do ônus que essas perturbações representam para as pessoas e suas famílias, um trabalho de saúde mental na comunidade, que vise à promoção, prevenção e tratamento dos casos identificados deve estar baseado num conjunto de ações que venham manter e melhorar a qualidade de vida da população. (MACHADO e MOCINHO, 2015)

Quando uma pessoa apresenta um problema mental, sofre ela e toda sua família e por essa razão todos precisam de apoio, compreensão e acompanhamento. É inútil tentar tratar qualquer indivíduo isolado de sua família. Todas as ações devem ser pactuadas no contexto familiar e planejadas conjuntamente, para a promoção da saúde mental efetiva. Desta forma a pessoa e a família se sentirão amparados.

A partir do surgimento da psiquiatria, quando era responsabilidade apenas do médico pelo desvelar da loucura, a família ficava afastada do tratamento, porque seu familiar deveria ficar enclausurado numa instituição psiquiátrica. Não sendo suficiente essa separação, a família era também responsabilizada ou causadora do sofrimento do paciente, fato que reforçava a idéia do isolamento como forma de tratamento. Assim, a família passava a permitir e apoiar essa decisão médica, com o intuito de se ver livre e, portanto, aliviados do problema. (SILVA e MONTEIRO, 2011)

No entanto, a família é vista como um lugar de intimidade e construção de sentidos e expressão de sentimentos onde cada membro pode e deve exteriorizar seus sofrimentos e angústias naturais da vida que se vive. É na vida privada, no seio familiar onde ocorrem as relações necessárias à socialização dos indivíduos que permitem desenvolver sentimentos de inclusão na vida em sociedade. (SILVA e MONTEIRO, 2011)

Portanto, a família participativa é o elemento essencial para que ocorra efetivamente a desinstitucionalização e sua inserção nas condutas escolhidas para o tratamento do portador de sofrimento psíquico, é elemento indispensável para a reforma psiquiátrica. Ela deve ser entendida como unidade cuidadora nas situações de saúde e doença de seus membros, e aos

profissionais de saúde, especialmente das ESF compete fortalecê-las e apoiá-las quando sentirem-se fragilizadas. (SILVA e MONTEIRO, 2011)

Desta forma a abordagem em saúde mental não se restringe apenas ao uso de medicamentos e eventuais internações, mas também a procedimentos que visem à reintegração social e familiar.

O acolhimento, quando bem realizado, proporciona a responsabilização e estabelece confiança, sentimentos que dão sustentação às relações de vínculo e aceitação. Quando trabalhador de saúde e usuário se encontram, há expectativas e produções que favorecem a formação desse vínculo. (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010)

Por isso, as ações e intervenções junto ao sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares devem partir da reflexão dos profissionais de saúde, sobre as necessidades desse grupo. Deve-se trabalhar com conceitos de recuperação, que resignifiquem a formulação das expectativas e aspirações de vida ao adaptar-se a doença. Assim, se enfatizam as possibilidades de conviver com as limitações e expandir as potencialidades existentes tanto na família, quanto na comunidade, observando e cuidando muito mais o sujeito do que os sintomas que a doença produz. (SILVA e MONTEIRO, 2011)

A enfermagem, como parte da equipe de saúde deve efetivar a participação da família como uma ferramenta essencial para o sucesso da sua assistência. Não é tarefa das mais fáceis para algumas famílias lidar com o diagnóstico de uma doença mental, porque sofrerão preconceitos, tanto os pacientes quanto seus familiares, fazendo com que, não raramente, haja negação em aceitar essa condição de sofrimento psíquico e até mesmo o abandono do doente. Os profissionais de saúde devem considerar essas dificuldades como parte do processo a ser enfrentado. (SILVA e MONTEIRO, 2011)

Compartilham da mesma idéia Alves e Francisco (2009) quando citam que na medida em que a perspectiva psicossocial se sustenta em um campo de conhecimentos que envolve a família, a abordagem multidisciplinar, o trabalho com grupos e a consideração da realidade social, a clínica ampliada parece caminhar na direção desse objetivo, sobretudo se considerarmos a estreita vinculação que mantém com o conceito de rede.

O conceito de rede é aqui compreendido como uma necessidade de se estabelecer vínculos entre as diversas esferas governamentais e não governamentais, a sociedade civil e

os recursos da comunidade, com vistas a fortalecer as organizações sociais como um todo na reinserção social e na construção da cidadania. (ALVES e FRANCISCO, 2009)

Assim, o sentido da intervenção psicossocial, no espaço da saúde mental, busca superar a dualidade sujeito/objeto, saúde/doença, individual/social, questionando a verticalidade do tratamento e o poder biomédico, elaborando com outros saberes, o próprio paciente e a família, as formas de tratamento disponíveis. (ALVES e FRANCISCO, 2009)

Segundo Mendes (2002) *apud* Santos (2011), os serviços de saúde devem ser organizados para o atendimento das necessidades agudas e crônicas, que se manifestam durante o ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção do suporte individual e familiar para o autocuidado.

As práticas educativas na ESF ultrapassam o espaço restrito e definido da Unidade para o espaço familiar do usuário, aumentando com isso as possibilidades de se promover saúde e incentivar o autocuidado. Cada profissional de saúde tem uma função específica de acordo com suas atribuições básicas e todos devem trabalhar em equipe desenvolvendo práticas de atenção preventiva.

Para atingir o propósito de reinserir a pessoa em sofrimento psíquico na comunidade seria preciso a participação efetiva da rede básica de saúde, através da integração das ações entre os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial e a Estratégia Saúde da Família.

Entretanto, nos municípios que não dispõem de Centros de Atenção Psicossocial, a equipe de saúde da família deveria estar preparada para assistir essa demanda. Esta equipe deveria receber treinamento de uma equipe de saúde mental, do próprio município, ou de um município próximo ou até mesmo da secretaria de saúde do estado, para qualificar o atendimento desses profissionais aos portadores de transtorno psíquico – esquizofrenia, distúrbio bipolar afetivo, depressão, neuroses, alcoolismo, drogadição, fármaco-dependência de benzodiazepínicos, tentativa de suicídio e problemas de ordem social que afetam direta e indiretamente as pessoas e suas famílias como: violência sexual, violência urbana, maus tratos a crianças e idosos, dentre outros. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005).

Entretanto, esta equipe multiprofissional (neste estudo entendida conforme ALMEIDA & MISHIMA (2001), como a composição de diferentes processos de trabalho

preservando as diferenças técnicas entre os trabalhadores especializados, poderia ter a mesma composição das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ou seja, um médico de formação em saúde mental, um enfermeiro e três profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto de suporte em saúde mental do município. Esta equipe apresenta-se de uma forma interdisciplinar, com um olhar amplo sobre a saúde mental e não centrada na doença, cuja atuação não se limita exclusivamente ao campo biológico ou dentro do trabalho, ou seja, há o envolvimento da equipe com profissionais de outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem do sujeito como um todo, considerando seu contexto sócio-econômico-cultural (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

Coimbra, Oliveira *et al.*, (2005) relembram que a visão da saúde como ausência de doença ainda é muito difundida no senso comum. Para a maior parte da população, saúde é não estar doente. No entanto, existem pessoas com doenças crônicas que se sentem bem e com saúde, indicando que nem sempre a ausência de sintomas significa condição saudável.

Tal visão também é restrita, apesar de muito comum nos serviços de saúde, pois reduz as intervenções em saúde mental como sendo estritamente uma assistência ao paciente com transtorno mental. Porém o paradigma atual em saúde aponta a necessidade de ampliar o olhar sobre o objeto de trabalho dos profissionais, sendo consideradas as ações de promoção de saúde essenciais para concretizar as propostas da ESF, frente o seu papel de reforma do modelo assistencial hegemônico. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

Além disso, entre outras dificuldades para maior atenção à promoção à saúde, está o fato de haver grande preocupação com o atendimento à demanda espontânea e falta de recursos humanos nos serviços. Ou seja, o que era para permear todas as ações de saúde, acaba por ser considerada pelos profissionais, como algo separado da clínica, restrita a encontros que não têm o objetivo de empoderar as pessoas nem discutir sobre o cuidado com a saúde. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

Desta forma, para que a reforma psiquiátrica avance para além da simples implantação de novos e mais serviços, é de grande relevância que se tenha profissionais imbuídos de uma postura profundamente distinta do modelo asilar, capacitados para o atendimento à demanda espontânea, valorizando a singularidade do sujeito.

Em um estudo realizado por Coimbra *et al.*, 2005 com o intuito de apontar potencialidades e limites do cotidiano de uma equipe de ESF na realização de ações em saúde mental, definiram por aprofundar alguns aspectos de duas ações identificadas pela equipe como primordiais: a prescrição do psicotrópico e a escuta. A prescrição de medicamento esteve dentre as atividades mais frequentes no campo da saúde mental, sendo mesmo até entendida, por alguns profissionais, como a principal prática terapêutica ofertada no serviço de saúde. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

A prescrição de psicotrópico é uma atividade exclusiva do médico, devendo ser realizada em um receituário diferenciado, impresso, padronizado na cor azul, sendo chamado de receita azul ou receita B, com especificações detalhadas na Portaria 344/98 do Ministério da Saúde. Deverá ser válida por 30 dias, a partir da data de sua emissão, apenas no estado em que foi prescrita. Qualquer médico poderá prescrever, não sendo necessário ser psiquiatra. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

Segundo Coimbra e Oliveira *et al.* (2005), o excesso de atividades, principal característica da vida moderna, gera com frequência, aumento da ansiedade nas pessoas. Esse fato aliado à pressão da indústria farmacêutica prometendo resolução rápida dos problemas e a falta de critérios por parte dos médicos que prescrevem, levam a um substancial aumento pela procura por antidepressivos e ansiolíticos.

Entretanto, Coimbra e Oliveira *et al.* (2005), ressaltam que o fato não é questionar a importância da medicação, mas a exclusividade da mesma como forma de cuidado. No entanto, tem sido visto em várias realidades brasileiras a prática de saúde que elege a medicação como principal recurso no auxílio ao sofrimento psíquico.

Freqüentemente nas ESF se observa que uma consulta médica raramente termina sem a prescrição de um medicamento, evidenciando-o como principal ferramenta para a saúde. Este, por sua vez, cada vez mais tem sido vinculado ao bem-estar, saúde, felicidade, em consequência da crença de que, na presença de um problema, o mesmo deverá ser resolvido rapidamente, sendo o medicamento uma possibilidade de tornar isso real. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

O uso prolongado de benzodiazepínicos, por exemplo, passa a apresentar uma importância maior em recorrer aos serviços, não pelos sintomas iniciais do sofrimento psíquico, mas sim pelos novos sintomas que sua falta proporciona. Ou seja, ocorre então, a

perda da autonomia do sujeito que já não dá mais conta de seus afazeres cotidianos sem o uso do medicamento. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

Especialmente no caso das mulheres, que são as que mais usam, o medicamento passa a representar o controle de si nas horas de maior tensão, reforçando uma ideia que, sem eles, elas não irão conseguir resolver seus problemas cotidianos. Muito mais do que o corpo biológico, a medicação passa a agir nas angustias e incertezas, favorecendo uma ideia de equilíbrio quando na verdade não passa de uma “mordaza química” que as paralisa frente aos desafios de buscar novas formas de lidar com suas dificuldades e seus determinantes individuais e coletivos. (COIMBRA, OLIVEIRA, *et al.*, 2005)

Por esta razão, a escuta se destaca como uma habilidade que todos os profissionais da ESF deveriam desenvolver como ferramenta potencialmente terapêutica, constituindo-se uma importante forma de atenção em saúde mental, devendo enfatizar as ações neste campo, fortalecendo o vínculo e a responsabilização. Implica em se considerar que para além das patologias ou formas de tratamento, existe uma história de vida, com contexto social particular que fará cada atendimento singular. (OLIVEIRA, GUEDES, *et al.*, 2015)

Considerações finais

Situações de luto, perdas, desajustes familiares ou agressões sofridas no dia a dia, situações de sobrecarga de trabalho, pouca vida social, estresses e outras doenças, são algumas das situações que podem levar a pessoa ao sofrimento psíquico.

O primeiro local da saúde que as pessoas procuram quase sempre é a ESF, principalmente em municípios pequenos onde as ações se concentram em sua maioria na mesma Unidade. Por isso, os profissionais devem estar atentos e preparados para o acolhimento de todas as demandas e dos diversos tipos de doenças, considerando os mais variados perfis de pacientes e formas de cuidado. Não é diferente no campo da saúde mental, onde se deve respeitar a condição do paciente, especialmente ao se tratar de situações de crises.

É rotina encontrar pessoas nas Unidades de Saúde que pensam que quando um paciente chora, precisa logo de psicólogo. Mas nem sempre este profissional está presente todos os dias na Unidade, pois nem todas as Unidades dispõem do Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF). A pessoa então recebe medicamentos que alteram a sua fisiologia neurológica, no dia seguinte sente-se melhor e, por isso torna-se mais fácil pensar que está tudo certo.

As equipes nem os próprios pacientes percebem que assim só estão adiando o problema. Talvez quando este medicamento já não fizer mais o efeito desejado, se troca por outro ou acrescenta-se mais algum e assim, sucessivamente, vamos produzindo uma população dependente de drogas psicoativas.

Concluindo este artigo pode-se registrar que a equipe de ESF apresenta potencialidades indiscutíveis, mas também alguns limites importantes para incorporar as ações saúde mental em suas atividades cotidianas, de forma que considere o protagonismo do indivíduo e sua família.

Faz-se necessário inserir novas idéias e ações a partir de um planejamento de atividades que promovam a saúde mental. Para efetivar essas ações é importante conhecer as potencialidades das equipes e dos pacientes e seus familiares. Considerar a singularidade da pessoa que necessita de atenção, pois cada um age e reage aos desafios da vida à sua maneira.

A necessidade de inserir questões de saúde mental na dinâmica da Estratégia da Saúde da Família torna-se diariamente visível nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades é bastante freqüente, as queixas são as mais variadas e para isso a equipe deverá estar preparada para oferecer maior resolutividade aos problemas dos usuários.

Esta estratégia não significa apenas o atendimento de programas pré-estabelecidos (hipertensão, diabetes, pré-natal, puericultura, dentre outros), mas um atendimento universal, abrangente e integral para a comunidade visando à realidade social e suas necessidades de saúde dentro da família.

Sobre a atuação da enfermagem, faz-se necessário questionar sobre o sentido do trabalho, o valor das práticas e sua eficácia na vida dos sujeitos envolvidos no cuidado. As propostas de trabalho com famílias devem priorizar atitudes solidárias, que sejam facilitadoras de formas de enfrentamento dos contextos onde se experienciam o sofrimento psíquico, que tenha a ética como valor fundamental.

As diretrizes e as propostas da reforma psiquiátrica têm conseguido adentrar o Sistema Único de Saúde dos diversos municípios principalmente quando os gestores, trabalhadores e usuários envolvidos na atenção em saúde mental estão comprometidos com as mudanças. Contudo, é necessário que haja também o comprometimento dos gestores municipais com a população e com a melhoria de suas condições de vida para a criação de serviços substitutivos em Saúde Mental.

Os limites apontados pelos profissionais das ESF, em toda literatura consultada e no cotidiano das unidades centram-se na falta de capacitação específica na área de saúde mental e na ausência de uma política municipal de atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares.

Ao lado disso, a falta de recursos impede a ampliação de uma rede de atenção que, em municípios menores têm sua capacidade limitada. Os profissionais precisam se adaptar às dificuldades e com criatividade encontrar uma forma de trabalhar com saúde mental que ao mesmo tempo respeite os princípios do SUS e consolide as propostas da Reforma Psiquiátrica, através da educação continuada das equipes.

Bibliografia

ALVES, E. D. S.; FRANCISCO, A. L. **Ação Psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial**. Psicologia Ciência e Profissão, p. 768-779, 2009.

CAMURI, D.; DIMENSTEIN, M. **Processos de trabalho em saúde: Práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família**. Saúde Soc. , São Paulo, 19, n. n4, 2010. 803-813.

COIMBRA, V. C. C. et al. **A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. Revista eletrônica de Enfermagem, v. 07, p. 111-113, 2005. ISSN n01.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. D. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev. latino-am Enfermagem, p. 48-55, 9 mar 2001.

LUZIO, A. C.; L'ABBATE, S. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. Psicologia clínica, Assis, 2015.

MACHADO, A. P.; MOCINHO, R. **Saúde mental: Um desafio no Programa Saúde da Família**. Universidade de Passo Fundo UFPF/RS, 2015.

OLIVEIRA, F. B. D. et al. **Saúde mental e estratégia saúde da família: uma articulação necessária.** Psychiatry on line Brazil, 2015.

SANTOS, E. P. D. **Contribuição da Estratégia Saúde da Família para a consolidação do Modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde.** Nescon Biblioteca Virtual, Araçuaí, 14 maio 2011.

SILVA, K. V. L. G. D.; MONTEIRO, A. R. M. **A família em saúde mental: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 5, n. 45, p. 1237-1242, 21 dez 2011. ISSN 5.

VELOSO, T. M. C. **Ações de saúde mental desenvolvidas no cotidiano de uma equipe de ESF: possibilidades e limites.** Dissertação de Mestrado Universidade de São Paulo, 2012.