

<p>Faculdades Integradas de Patos Curso de Medicina v. 1, n. 4, out./dez. 2016, p. 344-354. ISSN: 2448-1394</p>	 <p>Journal of Medicine and Health Promotion</p>
---	--

**PERCURSOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*PATHWAYS TO MENTAL HEALTH CARE IN PRIMARY HEALTH CARE:
AN EXPERIENCE REPORT*

Charlene de Oliveira Pereira
Faculdades Integradas de Patos – Patos – Paraíba - Brasil
charlenepereira@fiponline.edu.gov.br

Maria Lucicleide Rodrigues
Universidade Federal de Pernambuco – Recife – Pernambuco - Brasil
marialucicleide@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Abordar, a partir de relato de experiência, práticas em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e refere-se às necessidades de aprofundamento teórico e de qualificação de ações, fazendo circular aprendizados surgidos no trajeto de intervenções concretas.

Desenvolvimento: O contexto institucional dessa experiência foi o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Pernambuco. As práticas sistematizadas foram elencadas em consonância com algumas das ações estratégicas de saúde mental, sob a responsabilidade das Equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Foram elas: territorialização e planejamento; suporte técnico-pedagógico; atualização e produção de indicadores de saúde mental.

Conclusões: Acreditamos que as práticas aqui relatadas cooperaram para o fortalecimento de iniciativas já existentes em todo Brasil, voltadas para o comprometimento da saúde mental nas ações e políticas da Atenção Primária à Saúde e para incorporação da corresponsabilidade necessária por parte dos diferentes atores que compõem a cena do cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: This experience report discusses practices in mental health in primary health care and refers to the need for theoretical study and qualification of operations, sharing learning arising in specific interventions.

Development: The institutional context of this experience was the Multidisciplinary Residency Program in Family Health of Federal University of Pernambuco. The practices systematized were listed according to some of the mental health strategic actions under the responsibility of the Support Nucleus of Family Health. The actions were: territorial and planning, technical and pedagogical support, updating and production of mental health indicators.

Conclusions: We believe that the practices reported in this study strengthen existing initiatives throughout Brazil, focused on the involvement of mental health in the actions

and policies of the primary health care and for incorporation of the necessary co-responsibility of different actors that compose the scene of the mental health care.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Family Health.

1. A Saúde Mental no Brasil

A trajetória das políticas de saúde mental no Brasil, tendo como ponto de partida o século XIX, assume o tema da exclusão como tendência norteadora da assistência psiquiátrica, elegendo o cuidado às pessoas com transtornos mentais como sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados, concentrados nos grandes centros urbanos¹.

Só a partir das décadas de 80 e 90 se delineiam transformações no cenário das políticas públicas, mediadas por uma série de movimentos sociais e políticos, como a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), que contribuíram para a criação da Constituição Federal de 1988. Neste mesmo período, de fortalecimento do Projeto da Reforma Sanitária enquanto parte da redemocratização do Estado, inicia-se o chamado movimento reformista de saúde mental. Este movimento reivindicou a criação de serviços extra-hospitalares substitutivos aos hospitais psiquiátricos (1987 e 1989), uma das principais estratégias políticas na época².

A Reforma Psiquiátrica brasileira surge neste turbilhão de movimentos e está amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou cerca de 12 anos. É definida por Amarante² "como um processo complexo constituído por quatro dimensões: dimensão epistemológica que opera uma revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental. [...] Na dimensão jurídico-política, temos a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária, e a transformação, na prática social e política, de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos. [...] na dimensão cultural, um conjunto muito amplo de iniciativas vão estimulando as pessoas a repensarem seus princípios, preconceitos e suas opiniões formadas [...] sobre a loucura^{2:45}.

A Política de Saúde Mental que vem sendo implantada a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe uma clínica capaz de dialogar com as diferentes expressões de vida, não só com o diagnóstico e o sintoma, e tem como um dos desafios inventar novos modos de cuidar em liberdade³. Nesse chamado modelo de atenção psicossocial, o sujeito, e não mais a doença, é tomado para o tratamento, participa de seu projeto terapêutico, compreendendo o projeto de tratamento como projeto de vida. E as instituições cuidadoras se propõem a funcionar horizontalmente com a participação da família e da comunidade, já que a doença não é mais vista como algo individual e a equipe de profissionais, sem hierarquia de papéis⁴.

2. A Atenção Primária à Saúde e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: pontos estratégicos de uma rede de cuidado

A Atenção Primária à Saúde (APS), desde a perspectiva de organização dos serviços de saúde, corresponde a um modelo assistencial por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços, e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população (concepção teórica de Campos⁵). É o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos⁶.

Atualmente, os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado à desinstitucionalização de pessoas cronicamente asiladas e ao tratamento de casos graves, ficando para os ambulatórios e para Atenção Primária à Saúde, em qualquer uma de suas formas, uma considerada demanda de cuidados a pacientes com sofrimento psíquico mais leves, com queixas psicossomáticas, abuso de álcool e drogas, dependência de benzodiazepínicos e transtornos de ansiedade menos graves⁷.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram implantados em 2008, compostos por diferentes profissionais, com o objetivo de expandir e diversificar as ações da Atenção Primária, em meio às necessidades de qualificação, reorientação e resolubilidade das práticas de saúde. Tem como pressuposto do seu processo de trabalho o apoio matricial, arranjo técnico assistencial proposto por Campos⁸, que visa agregar e combinar diferentes saberes para enfrentar a complexidade dos problemas de saúde, produzir conhecimento mútuo e trocas, relações de cooperação, proporcionando a construção de redes de conversação⁹.

O apoio matricial apresenta as dimensões de suporte assistencial (aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários) e de suporte técnico-pedagógico (vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe), sendo considerada, ainda, "uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação"^(10:400).

As possibilidades de intervenção previstas pelo NASF junto às Equipes de Saúde da Família são múltiplas, circulam por todos os ciclos de vida, pelas dimensões da promoção de saúde e do apoio pedagógico às equipes; perpassam pela elaboração de projetos de saúde no território, com ações junto aos equipamentos sociais, pela formação e/ou apoio a grupos, visitas domiciliares e atendimento conjunto e as discussões de casos e de temas clínicos. No entanto, a relevante magnitude e prevalência dos transtornos

mentais, bem como a mudança do modelo de atenção, realçam a Saúde Mental como área estratégica e prioritária na organização das redes de saúde⁹.

É nesse sentido que a Atenção Primária à Saúde possui especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, quando compartilha princípios comuns com a Reforma Psiquiátrica (noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersectorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários), orientando sua atuação a partir do contexto familiar e da continuidade do cuidado, e filiando-se a uma lógica de rede assistencial composta por Unidades de Saúde da Família (USF), ambulatórios, leitos de hospitais gerais, iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial, como os Centros de Reabilitação Psicossociais (CAPS) e as Residências Terapêuticas⁷.

3. Desenvolvimento

A Sistematização de Experiência como um recurso metodológico, tem sido utilizada em toda América Latina e por diferentes organizações sociais do mundo inteiro, com o intuito de refletir as idéias, as práticas, os dados, entre outros elementos que outrora se encontravam dispersos e desordenados, permitindo a releitura da própria prática pelos atores envolvidos e contribuições para produção de conhecimentos a serem disponibilizados¹¹.

Em consonância com os objetivos acima, este trabalho trata-se de um Relato de Experiência sobre práticas em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Refere-se às necessidades de aprofundamento teórico e de qualificação de ações, bem como ao desejo de contribuir, fazendo circular aprendizados surgidos no trajeto de intervenções concretas.

O contexto institucional dessa experiência foi o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PREMUSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), que teve início em fevereiro 2010 com a participação de dez categorias profissionais (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional), distribuídos em dois territórios sanitários da cidade do Recife - PE. Com o objetivo de capacitar profissionais de saúde para atuar na perspectiva interdisciplinar na Estratégia de Saúde da Família, o PREMUSF surge em concordância com o atual cenário de debates acerca da ampliação e diversificação da APS, bem como da ressignificação da formação e das práticas profissionais.

O campo de prática dessa experiência foi uma USF, que abriga duas ESF, localizada em comunidades que compõem uma Zona Especial de Interesse Social (ZEIS), na Região

Sanitária (distrito sanitário) V, zona oeste do Recife. Essa Região compreende o total treze bairros, sendo 61,2% da população moradoras de áreas identificadas como ZEIS e outras áreas pobres. Apresenta uma das mais baixas coberturas de ESF do Município (34%); porém uma diversificada rede de saúde, em especial de saúde mental, composta por duas residências terapêuticas, ambulatórios de psiquiatria e de psicologia, quatro CAPS, sendo um para transtornos mentais, outro para álcool e outras drogas e outros dois para crianças e adolescentes.

As práticas aqui sistematizadas foram elencadas em consonância com algumas das ações estratégicas de saúde mental sob a responsabilidade das Equipes do NASF, cujos objetivos transcorrem pelo apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) na abordagem e na organização do processo de trabalho referente aos casos de saúde mental⁹. São elas: **Territorialização e planejamento** (levantamento detalhado do território, definição de prioridades); **Suporte técnico-pedagógico** (oficinas sobre Saúde mental: história da loucura, reforma psiquiátrica, redes de assistência e projeto de saúde do território); **Atualização e produção de indicadores de saúde mental** (identificação e registro de casos de transtornos mentais e de uso prejudicial de álcool e outras drogas, e de pessoas que usam psicotrópicos no território).

3.1 Territorialização e Planejamento

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da Equipe de Saúde da Família e adquire pelo menos três sentidos diferentes e complementares: 1. Demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; 2. Reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; 3. Estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência¹². Caracteriza-se com uma etapa inicial para o planejamento das ações em uma comunidade e abrange diferentes metodologias, que podem ter enfoques tanto quantitativos quanto qualitativos.

Ancorada nessas idéias, a equipe de residentes iniciou o processo de territorialização, que perdurou de março a abril de 2010, período também no qual foram feitos os primeiros contatos com as Equipes de Saúde da Família e aproximações das intenções e expectativas para com o processo de trabalho da residência.

A construção do olhar para a realidade vivida pelos sujeitos que compõem o território se deu a partir de um roteiro, contemplando a **caracterização da área** (considerando itens, como: histórico; situação geográfica; equipamentos urbanos; rede elétrica e riscos ambientais); a **caracterização social, econômica e cultural da população** (considerando aspectos culturais, políticos, demográficos e econômicos); e a **caracterização epidemiológica** (por grupo populacional e situação de risco).

Realizaram-se visitas domiciliares e entrevistas semi-estruturadas com moradores mais antigos da comunidade, lideranças, representantes religiosos e profissionais da saúde que já atuavam na localidade e, como fonte de pesquisa, recorreu-se aos Sistemas de Informação em Saúde e a outros tipos de registros, como as Fichas A, mapas das microáreas produzidos pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), sala de situação da USF e o Plano Municipal de Saúde do Recife 2006-2009. Os resultados foram apresentados e analisados nos espaços de discussões coletivas do PREMUSF (a chamada "rede de saberes", que são reuniões semanais com o corpo docente do Programa e com os profissionais da rede de saúde do município) e da USF (reuniões semanais de equipe), sendo sistematizados em formato de relatório. Já aqueles resultados relacionados aos aspectos históricos da ocupação do espaço e à origem da população foram transformados em histórias em quadrinho.

Os passos seguintes à territorialização foram acordados entre a Equipe de Saúde e residentes, sinalizando a necessidade de debate e organização das nossas ações e intenções, especificadas por núcleo profissional e não por linhas de cuidado ou eixos estratégicos de trabalho. O desafio posto era o fortalecimento das atividades já desenvolvidas pelas ESF e ao mesmo tempo a incorporação de novas propostas de trabalho. E assim seguiu-se com um planejamento que teve como pano de fundo a troca de experiências e aprendizagens sobre a atuação interdisciplinar no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

O planejamento contou com a presença da equipe de residentes, responsável pela facilitação, de todos os profissionais das 2 ESF (ACS, Enfermeiras, Médicas, Técnica de Saúde Bucal e Dentista) e representantes da gestão distrital. Ocorreu em dois momentos distintos, durante o mês de julho 2010, sendo balizados pelos seguintes roteiros:

1. Primeiro encontro: apresentação da proposta de trabalho; exibição e discussão do vídeo "Integralidade: desejo e realidade" da Universidade Federal do Piauí; produção de uma "chuva de idéias" sobre a atuação de cada profissional na USF, usando tarjetas como recurso didático; apresentação e reflexões sobre as idéias surgidas no grupo (história, mitos e verdades de cada profissão); e por fim, a apresentação da proposta de trabalho da residência por núcleo profissional, adaptada e ancorada nas diretrizes ministeriais para organização dos NASF (apoio matricial: suporte assistencial e técnico-pedagógico), incluindo os objetivos e os critérios de cada intervenção.

2. Segundo encontro: continuidade da apresentação da proposta de trabalho da residência, com análise e reformulações de algumas ações prioritárias e dos critérios de risco, baseadas nos resultados da territorialização e no processo de trabalho das ESF; formação de subgrupos para leitura de 3 eixos de intervenção pactuados como estratégicos (educação permanente/matriciamento, controle social e promoção da saúde); detalhamento das ações; especificação dos responsáveis e dos prazos para

realização; e, por fim, a apreciação do produto pelo "grupão" e a construção de combinações/acertos finais.

3.2 Suporte técnico-pedagógico

As práticas de suporte técnico-pedagógico traduziram-se em intervenções junto as ESF na modalidade de encontro chamada oficina, na perspectiva apresentada por Corcione¹³. "[...] Numa oficina PROCESSO e PRODUTO compõem uma unidade dialética [...] A oficina não pretende alcançar um objetivo "a qualquer custo"; preocupa-se, pelo contrário, com a adequação e a seqüência dos passos a serem dados para que se chegue àquele mesmo objetivo. O processo do qual falamos tem várias características; é pluridimensional, criativo, coletivo e planejado e coordenado [...]"^{13:22}.

As oficinas tiveram como objetivos partilhar conhecimentos e experiências vividas no trato das questões relacionadas à loucura e contribuir para geração de capacidades de se construir respostas frente às demandas e saúde mental do território. Desenvolveram-se durante o mês de maio 2011, em dois encontros complementares, facilitados pela equipe de residentes (Psicóloga, Farmacêutica e Terapeuta Ocupacional) responsáveis pelas ações de saúde mental pactuadas no planejamento, e com a presença das ESF, da assessoria do distrito sanitário do território e de uma profissional do CAPS que também desempenha a função de preceptoria (profissional responsável pelo acompanhamento do residente no serviço) no PREMUSF.

No primeiro encontro abordou-se os temas "história e conceitos sobre loucura", "reforma psiquiátrica" e "rede assistencial". Iniciou-se com a leitura da crônica "O nariz" de Luiz Fernando Veríssimo (entregue uma semana antes, juntamente com o convite para a oficina), refletindo sobre o limiar entre o que caracteriza um comportamento normal e um patológico e sobre as dificuldades existentes em lidar com "o diferente". Em seguida, os participantes comunicaram as experiências individuais com um relato breve de como foi o primeiro ou mais significativo encontro de cada um com a loucura. Para problematizar os diferentes conceitos sobre loucura e difundir os princípios e o marco legal da reforma psiquiátrica, foi realizada uma exposição com textos e imagens sobre a história da loucura no mundo até o período da reforma psiquiátrica brasileira, dialogando com as concepções de loucura surgidas no grupo. As discussões e esclarecimentos sobre a rede de assistência, foram mediadas pelo vídeo "Um outro olhar" do Ministério da Saúde que aborda os tipos e funcionamento dos CAPS e suas interfaces com as ESF. O segundo encontro teve como debate central "O que a Equipe de Saúde da família pode fazer ou já vem fazendo para promover o cuidado em saúde mental?". Devido à ausência de alguns profissionais e às dúvidas que surgiram ao final do encontro anterior, neste mesmo encontro foi produzido

pelos participantes um “varal da história da loucura”, resgatando a memória da primeira oficina.

Como produtos dessas oficinas, gerou-se uma diversidade de reflexões e aprendizados relacionados aos mitos e preconceitos históricos com a loucura que circulam no imaginário dos participantes e são reproduzidos na prática profissional. Outro produto lançado pelo grupo foi o reconhecimento da viabilidade de algumas iniciativas de cuidado em saúde mental, por parte da própria ESF. Foram elas: conhecer e divulgar os serviços de saúde mental existentes no distrito sanitário e no município; incorporar os princípios da reforma psiquiátrica no nosso dia a dia; diminuir o preconceito com a loucura; discutir os casos mais difíceis de cuidar e pedir apoio ao CAPS e aos residentes; conhecer quem são as pessoas do território que tem transtorno mental. Nesse sentido, os encaminhamentos finais das oficinas foram: 1) a atualização de um mapeamento dos casos de saúde mental que já existia na USF, mas que se encontrava desativado; 2) agendamento de uma nova oficina após essas produções para ponderação das informações e planejamento de ações de cuidado em saúde mental no território.

3.3 Atualização e produção de indicadores de saúde mental

A atualização ocorreu no período de agosto a novembro de 2011, tendo como fonte de pesquisa os prontuários das famílias cadastradas pelas ESF e anotações diversas dos ACS. Como fonte de registro utilizou-se uma ficha cadastral denominada de mapeamento de saúde mental, elaborada pelas próprias ESF, contendo as seguintes informações: nome do usuário, número do prontuário, idade, sexo, uso prejudicial de álcool e outras drogas, existência de transtorno mental, uso de medicamentos psicotrópicos e serviço de referência para acompanhamento.

A apresentação do mapeamento de saúde mental do território ganhou formato de oficina, intitulada “Projeto de Saúde Mental do Território”, cujos objetivos basearam-se nos componentes previstos para efetivação de um PST, quais sejam: análise coletiva do mapeamento; definição dos desejos, limites, possibilidades das ESF com relação à área e/ou à população em foco; e identificação de outros atores sociais e/ou instituições que seriam importantes para o projeto e poderiam com ele estar comprometidos ⁹.

O itinerário: resgate dos produtos gestados nas oficinas anteriores; troca de idéias sobre um PST (pressupostos, objetivos e operacionalização); exposição dos dados em formato de gráficos e tabelas, especificados por faixa etária, sexo, área de cada ESF e micro-área e cada ACS; discussão coletiva dos dados sobre “as situações que mais chamaram a atenção das ESF e NASF” e “que outras informações relevantes não se fizeram presentes no mapeamento”.

O produto: optou-se pela incorporação das ações de saúde mental no planejamento geral anual das ESF, previsto para o mês de janeiro 2012, na tentativa de se evitar um planejamento paralelo e/ou específico, reforçando a dificuldade já existente de inclusão dessas ações no cotidiano do processo de trabalho da USF. Sendo assim, foi produzido pelo grupo apenas algumas idéias norteadoras para compor o planejamento futuro: retomar a articulação com a rede assistencial (CAPS) e buscar novas parcerias (Consultório de Rua) para dar continuidade aos espaços de matriciamento (suporte técnico pedagógico), com destaque para os casos de transtornos mentais e uso de drogas envolvendo crianças e adolescentes; avaliar a continuidade do grupo de tabagismo; incluir temas relacionados à promoção da saúde mental nos grupos já existentes na USF (mulheres, idosos, adolescentes, gestantes).

4. PONTOS DE CHEGADA

A partir dos processos de territorialização e de planejamento, foi possível “residir” no campo de prática dessa experiência com um olhar sensibilizado, especialmente, para as potencialidades locais e não somente para a vasta lista de problemas encontrados no território e nas condições de trabalho das ESF. O que subsidiou formas de intervenção mais condizentes com as suas necessidades, impulsionou parcerias significativas com as pessoas que compõem a rede social local e facilitou a identificação das interfaces dos equipamentos sociais e do nosso processo de trabalho.

Em meio às diversas demandas de formação apresentadas pelas ESF na ocasião do planejamento, a área de saúde mental, juntamente com a de reabilitação, se destacou como prioridade primeira de apoio educativo na abordagem dos casos, na articulação com a rede assistencial, no esclarecimento sobre os benefícios assistenciais, na elaboração de atividades comunitárias, entre outras necessidades. Uma realidade que não se diferencia muito de outros territórios, quando as ESF se propõem a complexa tarefa de coordenar o cuidado aos usuários de saúde mental e compartilhá-lo com os demais dispositivos da rede⁸.

O suporte técnico-pedagógico foi a grande aposta desse percurso, sobretudo porque sua proposta teórico-metodológica convoca todo tempo a exercitar uma integração dialógica entre os diversos saberes e profissionais, entendendo que área de saber e/ou um especialista isoladamente não assegura uma atenção integral à saúde. Foram nesses momentos percorridos pelos participantes, nas palavras de Vasconcelos ¹⁴ “os difíceis caminhos, cheio de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir [das pessoas] para construção de uma sociedade fundada na solidariedade, justiça e participação de todos”^(14:72). Na ocasião das oficinas, como foi provocativo acolher todas as concepções de loucura surgidas no grupo e, a partir desse

emaranhado complexo de valores, sentimentos e idéias, situá-las no percurso da história das políticas de saúde mental e modelos de sociedades vigentes, sinalizando outras formas de se conceber e cuidar da loucura, num convite explícito de se adentrar nos princípios da reforma psiquiátrica e ousar enxergá-los (ou não) no cotidiano de trabalho.

A garantia de espaços onde se "autoriza" falar sobre as fantasias, as dúvidas, os preconceitos e medos relacionados ao tema e às vivências com a loucura, possibilita a compreensão dos nossos conceitos de saúde e de saúde mental e as maneiras de cuidá-las. Contribui para o reconhecimento das múltiplas propriedades que nos determinam como sujeitos, dos diferentes produtores de sofrimento e, por sua vez, das estratégias de enfrentamento possíveis.

Os percalços dessa experiência estiveram presentes tanto no campo de prática quanto no contexto institucional da nossa atuação, transvestidos de uma variedade de situações e discursos.

Durante a territorialização, a visualização das informações relacionadas ao campo da saúde mental, considerando as situações de violência, transtornos mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas como pertencentes a esse espaço de intervenção⁷, os obstáculos encontrados foram: a ausência de informações, a omissão de e supressão de informações, quando das situações de violência e uso de drogas, e de registro dos casos. Tal circunstância reporta-se ao debate, nada recente, sobre o desafio da reformulação dos sistemas de informação da saúde, em especial da APS e inclusão de indicadores relacionados à saúde mental, como por exemplo, percentuais, por faixa etária e sexo, de pessoas com transtornos mentais, que tentaram tentativas de suicídio, que utilizam benzodiazepínicos, com problemas de uso prejudicial de álcool e outras drogas, entre outros⁷.

A negociação permanente entre as prioridades já instituídas no protocolo do processo de trabalho das ESF (puericultura, pré-natal, hipertensão e diabetes, planejamento familiar, imunização) e a saúde mental foi outro grande desafio. Circunstância igualmente vivida em outras experiências de trabalho com a saúde mental na APS¹⁵ e que exigiu a capacidade/habilidade de acolher e apoiar paralelamente às ações de saúde mental todas as outras demandas apresentadas pelas ESF, incluindo àquelas relacionadas à promoção de espaços de cuidado para com os profissionais das equipes.

Acredita-se que as práticas aqui relatadas cooperaram para o fortalecimento de iniciativas já existentes no município e em todo Brasil, voltadas para o comprometimento da saúde mental nas ações e políticas da APS e para incorporação da corresponsabilidade necessária por parte dos diferentes atores que compõem a cena do cuidado em saúde mental.

Referências

1. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa R. Cidadania e Cultura. 7a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2001
2. Amarante P. Reforma Psiquiátrica. In: Ministério da Saúde (Brasil). Memória da Loucura: apostila de monitoria. Série I história da saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Lavrador M.C.C. Atenção Psicossocial em Saúde Mental: uma perspectiva clínico-institucional. VI Simpósio Nacional de Práticas Psicológicas em Instituição: Psicologia e Políticas Públicas, 2006, Vitória, p. 44-48.
4. Bichaff R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: Ministério da Saúde (Brasil). Caderno Informativo III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 68 p.
5. Campos CMS.; Bataeiro MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2007;11(23):605-18.
6. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciên Saúde Coletiva. 1999;4(2):393-403.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes do NASF. Cadernos de Atenção Básica; n. 27, Brasília : Ministério da Saúde; 2009.
10. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2007;23(2):399-407.
11. Eckert C. Orientações para elaboração de sistematização de experiências. Porto Alegre: EMATER/RS/ASCAR; 2008.
12. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. Hygeia. 2006;2(2):47-55.
13. Corcione D. Fazendo Oficina. In: Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Textos do Projeto-Piloto VER-SUS Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. Physis (Rio J.). 2004;14(1): 67-83.
15. Lucena M. A Prática da Psicologia no NASF. In: Conselho Federal de Psicologia. A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: CFP; 2009.