

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA  
PERSPECTIVA PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA  
ESPERANÇA – MG**

**JOSIANE CANDIDA RODRIGUES**

**CAMPOS GERAIS**

**2010**

**JOSIANE CANDIDA RODRIGUES**

**A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA  
PERSPECTIVA PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA  
ESPERANÇA – MG**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família Universidade Federal de Minas  
Gerais para obtenção do Certificado de  
Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Rezende da  
Silveira

**CAMPOS GERAIS**

**SETEMBRO**

**2010**

**JOSIANE CANDIDA RODRIGUES**

**A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: UMA  
PERSPECTIVA PARA O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOA  
ESPERANÇA – MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de  
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do  
certificado de Especialista.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Rezende da Silveira

Banca Examinadora

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Campos Gerais - MG  
2010

*Dedico este trabalho ao meu filho Matheus, razão e  
alegria da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus que me deu forças, sabedoria e tranquilidade para superar este desafio;

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marília Rezende Silveira, minha orientadora, pela paciência, dedicação e ensinamentos na realização deste trabalho;

À minha querida família mãe Ernestina, pai José, irmãos Alexandre, Amanda, Fernanda, minha sobrinha Ana Clara e em especial á tia Luzia que são meu alicerce e incentivo em todos os momentos;

Ao meu esposo Daniel pela cumplicidade, amizade e companheirismo e pelo meu filho Matheus, razão da minha vida e estímulo de todo meu esforço e dedicação;

À Enf<sup>a</sup> Aline pelo apoio, colaboração e amizade que tanto contribuíram para que tudo acontecesse;

Aos professores e funcionários do Curso de Especialização em Atenção Básica á Saúde da Família (CEABESF) do pólo de Campos Gerais, em especial professora Érica pela compreensão e amparo nos momentos difíceis e acima de tudo por não me deixar desistir;

As companheiras do curso de especialização Francislane e Maria Aparecida pelo companheirismo e carinho;

Aos funcionários do PSF Nova Era fonte de inspiração e contribuição para realização deste projeto;

Ao amigo Enf<sup>o</sup> João Batista pelo auxílio e amparo imprescindíveis para concretização deste curso;

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, fizeram-se presentes contribuindo e participando desta trajetória.

*"Não fiz o melhor, mas fiz tudo para que o melhor fosse feito.*

*Não sou o que deveria ser, mas não sou o que era antes."*

**Marthin Luther King**

## RESUMO

Este estudo nasce da minha experiência como enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Boa Esperança - MG através das atividades desempenhadas no cuidado direto aos usuários com transtornos mentais e suas famílias, principalmente nas dificuldades em oferecer-lhes um atendimento mais humanizado. Esta monografia tem por objetivo buscar evidências científicas na literatura nacional sobre a humanização da assistência ao usuário com transtornos mentais acompanhados pelo Programa de Saúde da Família. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica realizado nos periódicos nacionais através de revisão nas bases de dados Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SCIELO), Biblioteca Virtual de Enfermagem e livros pertinentes ao tema. A consulta às bases de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2009 a maio 2010 considerando os trabalhos publicados nos anos de 2000 a 2010 em português com textos completos. Sabe-se que a política de saúde mental é fruto de formulações e reformulações, com sucessivas contradições, e nesse cenário assiste-se a subseqüentes mudanças na prática assistencial. Atualmente a Reforma Psiquiátrica, tendo como premissa o cuidado integral ao portador de transtorno mental, prevê a inserção da saúde mental na atenção básica especialmente por meio das equipes de saúde da família. Existem instrumentos que favorecem a inclusão das ações de saúde mental no programa de saúde da família como o acolhimento, vínculo e responsabilização, o domicílio como espaço terapêutico e intervenções através da visitas dos profissionais do programa de saúde da família. Em contrapartida existem também fatores que dificultam a inclusão dessas ações como: a falta de referência e contra-referência entre o programa de saúde da família e serviços de saúde mental; a relutância dos profissionais do PSF em assumir os problemas mentais dentro de seu território de atuação; a dificuldade dos usuários em reconhecer a atenção primária como porta de entrada para o tratamento e principalmente a ausência de um processo educativo permanente para toda ESF. Percebe-se assim que é fundamental para garantir a implementação da assistência humanizada de saúde mental no programa de saúde da família à capacitação e educação permanentes para estes profissionais, pois o caminho para a humanização da assistência é a qualificação profissional onde as velhas práticas são substituídas e reinventadas. Dentro dessa ótica, este trabalho propõe uma análise de como a educação em saúde poderá contribuir para implementação da assistência humanizada de saúde mental no programa de saúde da família.

**Palavras chaves:** Humanização em Saúde mental, Programa de saúde da família.

## ABSTRACT

This study stems from my experience as a nurse of the family health Programme (PSF) in the municipality of Boa Esperança-mg through activities performed on direct users with mental disorders and their families, especially in difficult to offer them a more participatory. This monograph is intended to seek scientific evidence in the literature on humanizing of user assistance with mental disorders accompanied by the family health Programme. It is a bibliographic review study carried out in national journals through revision in Latin American Literature databases and Caribbean Health Sciences (LILACS), electronic library of Brazilian scientific journals (SCIELO), virtual library of Nursing and books relevant to the theme. The query to databases was conducted between the months of October 2009 may 2010 whereas paper published in the 2000 on 2010 in Portuguese with complete texts. The mental health policy is the result of formulations and reformulations, with successive contradictions, and in this scenario the subsequent changes in practice hospitalized. Currently the deinstitutionalisation having as premise integral care of mental disorder bearer provides for the insertion of mental health in primary especially through family health teams. There are instruments that encourage the inclusion of mental health in the family health programme as the host, link and accountability, the domicile as therapeutic space and interventions through visits of professionals in the family health programme. On the other hand there are also tools which make it difficult to include such actions as the lack of reference and against-reference between the programme of family health and mental health services, the reluctance of people family health in assume the mental problems within its territory, the difficulty of users recognize the family health programme as input port for the treatment and mainly be the absence of a permanent educational process for all professionals in the family health programme. Realizes that it is essential to ensure the implementation of assistance think of mental health in the family health programme for the training and continuous education for these professionals, because the path to the humanizing of assistance is the professional qualification where old practices are overwritten and re-invented. Inside this optics, this work proposes an analysis of how education on health can contribute to the implementation of assistance think of mental health in the family health programme.

**Key words:** Humanizing in mental health, family health Programme.



## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes comunitários de saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Equipes de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latinoamericana e do Caribe
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan americana da Saúde
PACS	Programa de agentes comunitários de saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Reforma Sanitária
SCIELO	Biblioteca Eletrônica de Periódicos científicos Brasileiros
SIAB	Sistema Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SM	Saúde Mental
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Reforma psiquiatria .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Legislação em saúde mental.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Rede de cuidados em saúde mental.....</b>	<b>19</b>
<b>2.3.1 As residências terapêuticas .....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.2 O Programa de volta para casa .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.3 O CAPS .....</b>	<b>22</b>
<b>3 HUMANIZAÇÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Conceito .....</b>	<b>24</b>
<b>3.2 Política de humanização.....</b>	<b>27</b>
<b>3.3 Humanização em saúde mental.....</b>	<b>28</b>
<b>4 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>32</b>
<b>4.1 Conceito .....</b>	<b>32</b>
<b>4.2 Saúde Mental no PSF .....</b>	<b>34</b>
<b>5 OBJETIVOS .....</b>	<b>46</b>
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
<b>6.1 Abordagem teórico metodológica .....</b>	<b>47</b>
<b>6.2 CENÁRIO .....</b>	<b>48</b>
<b>6.2.1 Caracterizando o lugar da pesquisa .....</b>	<b>48</b>
<b>6.2.2 Comunidade Nova Era - campo de estudo .....</b>	<b>49</b>
<b>7 RESULTADO E DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>55</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO A Consulta de acolhimento em saúde mental.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO B Planilha de programação local 2 – saúde mental .....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO C Fluxograma de Saúde Mental:PSF Nova Era .....</b>	<b>70</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo nasce da minha experiência como enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Boa Esperança - MG, através das atividades desempenhadas no cuidado direto aos usuários<sup>1</sup> com transtornos mentais e suas famílias, principalmente nas dificuldades em oferecer-lhes um atendimento mais humanizado.

Realizei minha graduação em enfermagem na Universidade Federal de Alfenas no período de 2001 á 2004. Durante a graduação tive a oportunidade de conhecer um hospital psiquiátrico onde realizei 15 dias de estágios e constatei as condições precárias desse espaço, que excluía o doente mental de seu meio social. Estes eram mantidos em condições desumanas, no que se refere á alimentação, higiene e relações interpessoais. Presenciei muitas vezes, cenas de agressões entre os próprios internos, conseqüência da falta de organização na estrutura física e funcional local e da aglomeração de várias pessoas com transtornos mentais diferentes que necessitavam de cuidados individualizados.

Em contrapartida, estagiei no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por 1 mês onde conheci o outro lado da saúde mental, voltado para a reinserção social do indivíduo, sua reabilitação, a humanização e integralidade da assistência, continuidade do tratamento e o envolvimento da família. Posso afirmar que se tratou de uma experiência maravilhosa e indescritível, que me acrescentou muito como profissional e também como pessoa. Diria que foi uma superação de preconceitos que até então faziam parte da minha experiência de vida.

Atualmente trabalho em uma equipe de Saúde da Família (ESF) como enfermeira responsável e curso a pós-graduação à distância em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais, onde estudei mais profundamente a disciplina de saúde mental e percebi como os profissionais da atenção básica em minha cidade, Boa Esperança - MG estão despreparados para oferecer um cuidado humanizado aos portadores de transtornos mentais, principalmente os egressos de instituições psiquiátricas e este foi um dos principais motivos que me levaram á optar pelo estudo na área referida.

---

<sup>1</sup> Esta terminologia passou a ser adotado para designar os beneficiários do sistema SUS, mas assumiu um valor muito particular no âmbito da Saúde Mental, por possibilitar o abandono da expressão “paciente”, entendido como um objeto, passivo, de ações técnicas ou terapêuticas. Agora, a pretensão é de que esses sujeitos existam na condição de cidadãos, demandando e usufruindo desses serviços (AMARANTE, 2008).

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, famílias e comunidades, sendo que, atualmente estima-se que 12% da população mundial sofrem de alguma doença mental (TOCANTIS, 2007). E segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 07/03/2006 a população brasileira era de 185.770.630 de habitantes, dentro desta estimativa, o Ministério da Saúde (MS) informa que 21% da população brasileira, ou seja, 39 milhões de pessoas necessitam ou vão necessitar de atenção e atendimento em algum tipo de serviço de saúde mental (SM) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2006).

Já o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2001 aponta que os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população até o ano de 2020. Para a OMS e do MS, 3% da população necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e 9% precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves), portanto, 12% da população, em algum momento de suas vidas, terão algum transtorno mental (TOCANTIS, 2007).

O MS informa ainda que as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica, sendo as queixas mais comuns a depressão, a ansiedade, as fobias e o alcoolismo (TOCANTIS, 2007). Esses transtornos e os de comportamento respondem por 12% da carga mundial de doenças e as verbas orçamentárias para a saúde mental, na maioria dos países, representam menos de 1% dos gastos totais em saúde, além do que 40% dos países carecem de políticas de SM (BARRETO; BUCHELE; COELHO, 2008).

Sabe-se que a política de SM é fruto de formulações e reformulações, com sucessivas contradições, e nesse cenário assiste-se a subseqüentes mudanças na prática assistencial (SILVEIRA, 2009).

Nas últimas décadas vimos que os cuidados em SM no Brasil e no Mundo sofreram grandes transformações sendo que nos meados dos anos setenta, com movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), que se começou a questionar o modelo hospitalocêntrico.

A RP tem como premissa o cuidado integral ao portador de transtorno psíquico, reforçando a idéia que o mesmo não pode se afastar do seu espaço e convívio social. Neste movimento vemos que a interface entre família e o portador de transtorno mental são uma das estratégias mais importantes do cuidado psicossocial.

Desse modo, a inserção da SM na atenção básica, especialmente por meio das ESF se mostra como um desafio, porém este programa se constitui em um espaço privilegiado

de atendimento devido à sua inserção na comunidade e de ter a família como foco de atenção.

O PSF foi criado em 1994 pelo MS como estratégia de reorganização da saúde no Brasil trabalha com equipes multiprofissionais responsáveis por um número de pessoas de uma região delimitada (adscrita). Este programa prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua.

Desse modo o PSF visa à reestruturação da atenção básica (AB) em substituição ao modelo biomédico e curativo. O foco da assistência passa a ser a família, entendida e reconhecida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas médicas e curativas, ou seja, uma visão holística com tratamento humanizado.

Muito se tem discutido a respeito da humanização no atendimento hospitalar devido, principalmente, à vulnerabilidade do paciente e ao confronto entre tecnologia e humanização. No entanto, os estudos têm dado pouca ênfase a essa temática nos atendimentos na AB, principalmente no que se refere à assistência ao portador de transtornos mentais.

O transtorno mental é talvez a doença que mais exige solidariedade humana, capacidade de produção de sentimentos de cooperação, integração social, sensibilidade, observação, escuta e, portanto necessita de um tratamento humanizado para o qual o PSF tem características únicas de assistência.

O estudo da temática humanização da assistência ao portador de transtorno mental é de essencial relevância, uma vez que a constituição de um atendimento calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, demanda a revisão das práticas cotidianas, de modo a valorizar a dignidade, singularidade, cidadania e subjetividade do usuário (SIMÕES *et al.*, 2007).

A relevância deste estudo reside, na necessidade de organizar, através do conhecimento adquirido pela pesquisa, o atendimento em saúde mental no PSF em Boa Esperança-MG, e desta forma contribuir para redução das dificuldades relacionadas à compreensão do usuário com transtorno mental e seu tratamento, promovendo um atendimento humanizado, singular e multiprofissional dentro do contexto social que o mesmo está inserido.

O presente trabalho foi desenvolvido a partir da seguinte estrutura: No primeiro momento promove-se uma revisão teórica sobre SM, posteriormente sobre Humanização da assistência e finalizando discorre-se sobre o PSF. A seguir apresenta-se a metodologia proposta para o estudo seguida da discussão dos dados. Finalmente, conclusões são apontadas a partir do conteúdo trabalhado na discussão e no referencial teórico buscando contribuições para a melhoria no atendimento e reinserção social do usuário com transtorno mental particularmente para a equipe estudada.

## 2 SAÚDE MENTAL

Embora o objetivo principal deste estudo seja discorrer sobre a humanização da assistência ao usuário com transtornos mentais acompanhados pelo PSF far-se-á aqui um breve resumo dos principais tópicos que compõem a saúde mental, uma vez que os saberes e as práticas acumuladas na área são imprescindíveis para compreensão do tema abordado.

O transtorno psíquico sempre foi observado como um desvio em relação a um padrão de comportamento pré-estabelecido, do que seja normalidade, tanto pela sociedade em geral, como pela ciência (REINALDO; ROCHA, 2002).

Foucault (2005) reconstitui a história da loucura na Europa, o nascimento da psiquiatria, com críticas contundentes aos dispositivos médico-psiquiátrico, às instituições asilares e às terapêuticas a eles relacionadas. Afirmava que a loucura representava um mal a ser expurgado do meio social e que foram as práticas e os saberes psiquiátricos que deram sustentação à institucionalização da loucura.

Para este grande pensador, durante a Antiguidade e a Idade Média a loucura era revestida de um poder sobrenatural, chegando a ser entendida entre os antigos como uma forma de ligação entre os homens e os deuses, não podendo, portanto, ser capturada. O autor argumenta suas idéias declarando que antes de ser dominada, por volta da metade do século XVII, a loucura aparece atrelada a todas as experiências da Renascença (FOUCAULT, 2005).

Ao final do século XVIII instala-se na sociedade ocidental uma forma universal e uniforme de abordagem dos transtornos mentais sua internação em instituições psiquiátricas, os chamados manicômios (MINAS GERAIS, 2006).

Segundo Pereira e Vianna (2009, p.20) “a criação do hospital psiquiátrico teve como funções essenciais o tratamento médico que reorganizaria o louco como sujeito da razão o enquadrando em um padrão de conduta que era socialmente aceito”.

Nos hospitais psiquiátricos era realizado tratamento moral. O doente mental teria perdido a distinção entre o bem e o mal, para ser curado ele deveria reaprendê-lo. Portanto, a cada vez que o doente mental cometesse um ato indevido devia ser advertido e punido, para vir a reconhecer seus erros, e conseqüentemente quando se arrependia deles e não os cometia mais, era considerado curado (MINAS GERAIS, 2006).

A reclusão dos loucos nos manicômios possibilitou o nascimento da psiquiatria dando início a todo o trabalho de descrição e agrupamento dos diferentes tipos dos

sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtorno psíquico que fundamentam a psiquiatria moderna. No campo da terapêutica não houve qualquer progresso, os doentes mentais passaram a permanecer toda a sua vida dentro dos hospitais psiquiátricos (MINAS GERAIS, 2006).

Nas primeiras décadas do século XX, os manicômios não apenas cresceram enormemente em número, como em seu caráter repressivo. O isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e de hospedagem, agravaram-se progressivamente. Ao final da II Guerra Mundial, era dramática situação dos hospitais psiquiátricos e dentro deste contexto surgiu os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica (MINAS GERAIS, 2006).

## **2.1 Reforma Psiquiátrica**

A reforma psiquiátrica (RP) é um processo político e social complexo composto por diversos segmentos sociais, também pode ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, porém marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

O surgimento dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica ocorreu sempre em momentos de certa efervescência política e cultural. Assim, seu nascimento deu-se no contexto dos projetos de reconstrução social pós-II Guerra e seus momentos mais ousados ligam-se a mobilizações sociais dos anos 60 e 70 (MINAS GERAIS, 2006).

O percurso dos movimentos operados durante o pós-guerra na Inglaterra (as comunidades terapêuticas), na França (a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor), nos Estados Unidos (psiquiatria comunitária), e mais tardiamente na Itália (a psiquiatria democrática) marcam sócio-historicamente os referenciais teóricos práticos deste movimento, fundamentados em transformações das instituições, recuos e conquistas, saberes e dispositivo jurídico, em resumo na cultura manicomial (COSTA, 2002).

Nos Estados Unidos, a desospitalização gerou desassistência, pois o atendimento sanitário baseia-se nos seguros-saúde fazendo da doença responsabilidade do indivíduo. E na França a reforma avançou pouco com a sobrevivência de grandes hospitais psiquiátricos, em condições precárias devidas ao sistema liberal de saúde implantado neste



país. Na Itália, onde a reforma sanitária avançou, a reforma psiquiátrica se sustenta com maior firmeza apesar de momentos de retrocessos e de dificuldades (MINAS GERAIS, 2006).

No Brasil no fim da década de 50, a situação nos hospitais psiquiátricos era grave, havia superlotação, falta de profissionais, vestuário e alimentação, péssimas condições físicas e de cuidados técnicos além do uso da violência. A iniciativa privada entra neste contexto devido às precárias condições dos hospícios públicos sendo que a partir de 1964, com o golpe militar proliferam rapidamente criando assim a “indústria da loucura” (MINAS GERAIS, 2006).

No fim da década de 70 surgem diversas denúncias e críticas a essa situação. No ano de 1978 vários segmentos sociais se organizam e nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTMS) sendo sua fonte inspiradora o modelo de reforma psiquiátrica italiano (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Este movimento passa a protagonizar e a construir a partir, desta época a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

As idéias incorporadas e veiculadas pelo movimento da reforma psiquiátrica brasileira (RPB) resguardam consigo os princípios e diretrizes da reforma sanitária, sendo eles, universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007).

As diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica visam à melhoria da qualidade de vida ao portador de transtorno mental na forma do resgate de sua cidadania. Esta qualidade de vida pode ser ofertada através de um melhor atendimento, redução das internações e período da mesma, e sempre que possível manutenção do portador de transtorno mental no meio familiar através de uma rede de saúde que ofereça suporte para esta família (REINALDO; ROCHA, 2002).

## **2.2 Legislação em saúde mental**

O documento norteador das políticas adotadas na área de saúde mental pelos governos dos países da América Latina e Caribe foi a Declaração de Caracas, que resultou

da conferência regional para a reestruturação da assistência psiquiátrica no continente, organizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em novembro de 1990. Este documento representa um marco fundamental na história da saúde mental nas Américas. Seus signatários se comprometeram a promover a superação do modelo hospitalocêntrico e lutar contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental (BRASIL, 2002).

Na legislação federal temos a lei nº 10.216 de 06/04/01 (lei Paulo Delgado ou lei da reforma psiquiátrica) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais sem qualquer discriminação; preconiza cuidado especial com a clientela internada por longos anos e prevê a possibilidade de punição para a internação involuntária arbitrária e/ou desnecessária (BRASIL, 2005).

Segundo Costa (2002) esse novo modelo prevê assistência ambulatorial e um enfoque hospitalar voltado para os hospitais gerais, com internações de curta permanência, combatendo desta forma a discriminação e a segregação social. Inicia-se a partir desta lei, uma política fundamentada em ideais antimanicomiais, contrariando toda uma história exclusão da psiquiatria clássica.

A lei nº 10.708 de 31/7/2003 instituiu o Programa de volta para casa que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações (COSTA, 2002).

Esta lei prevê a alta e a reinserção social de pessoas internadas há mais de dois anos em hospitais psiquiátricos. Recebendo uma bolsa-auxílio reabilitação estas pessoas podem retornar para o próprio lar, ou para lares substitutos, ou para moradias protegidas. A cada alta hospitalar sucede-se o fechamento do respectivo leito (MINAS GERAIS, 2006).

Na legislação estadual mineira temos a lei nº 11.802 de 18/01/95 (lei Carlão) modificada pela lei nº 12.684 de 01/12/97, ambas regulamentadas pelo decreto nº 42.910, de 26/09/02 que dispõe sobre a promoção da saúde e da reintegração social do portador de transtorno mental; determina as ações e serviços de saúde mental substitutivo aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva dos mesmos; regulamenta as internações, especialmente a involuntária e dá ainda outras providências (MINAS GERAIS, 2006).

Em Minas Gerais podemos destacar a resolução nº 068/2001 que aprova a desospitalização progressiva em saúde mental no Estado por meio da implantação de

serviço residencial terapêutico e a resolução nº 088/2004, que trata da regulação das internações psiquiátricas no sistema único de saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2006).

No Código Penal Brasileiro contém nos artigos 26, 27 e 28; art.83 e artigos 96, 97, 98 e 99 disposições a respeito dos atos infracionais praticados por pessoas portadoras de transtornos mentais (MINAS GERAIS, 2006).

Das portarias ministeriais podemos destacar nº 336 que estabeleceu a tipologia dos centros de atenção psicossocial (CAPS) distinguindo-os pelo porte (I, II, III) e pela finalidade (atendimento a transtornos mentais graves e persistentes em clientela adulta, infanto-juvenis e usuários de álcool e outras drogas) (MINAS GERAIS, 2006).

Esta portaria também normatiza o atendimento ambulatorial nas unidades básicas de saúde, sendo responsabilidade de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou não (médico generalista, enfermeira, auxiliares de enfermagem, outros agentes de saúde), prestando assistência e prevenção (BRASIL, 2002).

A portaria acima citada descreve ainda as seguintes estratégias de intervenção: atendimento individual; atendimento grupal (grupo operativo, grupo terapêutico, grupos de orientação, atividades socioterápicas, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, etc.); visitas domiciliares, que podem ser realizadas por técnicos de nível médio e/ou superior e atividades comunitárias na área de referência do serviço (BRASIL, 2002).

Temos ainda a portaria nº 251 de 31/02/02 que estabelecem diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificam os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS (MINAS GERAIS, 2006).

### **2.3 Rede de cuidados em saúde mental**

A rede de cuidados em saúde mental no SUS define-se como de base comunitária. É, portanto, fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca de autonomia das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A construção de uma rede comunitária de cuidados é essencial para a consolidação da reforma psiquiátrica. A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao

hospital psiquiátrico é fundamental para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em transtorno mental (BRASIL, 2005).

A rede de cuidados em saúde mental brasileira é parte integrante do SUS, rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no país por lei federal na década de 90. Esta rede é composta por CAPS, serviços residenciais terapêuticos (SRT), centros de convivência, ambulatórios de saúde mental e hospitais gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2005).

### **2.3.1 As residências terapêuticas**

A implementação e o financiamento de SRT surgem no processo de desinstitucionalização como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo hospitalocêntrico. Assim as residências terapêuticas são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, vindas de hospitais psiquiátricos ou não (BRASIL, 2005).

A residência terapêutica deve acolher, no máximo, oito moradores. De forma geral, um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do co-habitar e do circular na cidade, em busca da autonomia do usuário. De fato, a inclusão de um portador de transtorno mental em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve estar referenciada a um CAPS e operar junto à rede de atenção à saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL, 2005).

O processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Ultimamente, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com os diversos setores da comunidade (BRASIL, 2005).

Suiyama, Rolim e Colvero (2007) procuram contextualizar o surgimento de projetos de moradia para pessoas com transtornos mentais no Brasil a partir da implantação da Reforma Psiquiátrica e da problemática dos moradores de hospitais psiquiátricos. A partir de resultados de um levantamento bibliográfico sobre o tema, encontraram diferentes

abordagens no período das três diferentes décadas sobre as quais o levantamento ocorreu: década de 1980: busca da humanização do espaço asilar por meio dos lares abrigados; década de 1990: construção dos parâmetros para moradias, que começam a ocupar os espaços urbanos; a partir de 2000: busca do ator principal das moradias, ou seja, quem nelas reside.

As autoras acima consideraram, no entanto, que a construção desses espaços não garante a mudança na lógica das relações institucionais em pessoas com transtornos mentais, permanecendo como um dos desafios o resgate da subjetividade dos sujeitos por meio da ampliação dos espaços de troca e participação dos sujeitos que nela residem. (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Portanto, é fundamental a condução de um processo responsável de trabalho terapêutico com os portadores de transtornos mentais egressos de hospitais psiquiátricos, o respeito por cada caso, e ao ritmo de readaptação de cada pessoa à vida em sociedade. Desta forma, a expansão destes serviços, embora permanente, tem ritmo próprio e acompanha o processo de desativação de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2005).

### **2.3.2 O Programa de volta para Casa**

O programa de volta para casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtornos mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela lei federal 10.708 o programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da reforma psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

O programa tem como objetivo contribuir efetivamente para o processo de inclusão social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do programa de volta para casa, a pessoa deve ser egressa de hospital psiquiátrico ou de hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, 2005).

O programa possibilita a ampliação do relacionamento interpessoal dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação

diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o MS e a Caixa Econômica Federal. A cada ano o benefício pode ser renovado, caso o beneficiário e a equipe de saúde que o acompanha entendam ser esta uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação (BRASIL, 2005).

De acordo com a literatura mundial trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas vindas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. Porém, a implementação do programa não se dá sem dificuldades (BRASIL, 2005).

### **2.3.3 O CAPS**

Os CAPS dentre todos os instrumentos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. Com surgimento destes serviços tem-se a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Os CAPS começaram a surgir nas cidades brasileiras na década de 80 e no ano de 2002 estes serviços experimentam grande expansão. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento clínico em regime de atenção diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através de ações intersetoriais (BRASIL, 2005).

Dentro da atual política de saúde mental do MS os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Para tanto, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2004a).

Nas portarias do MS, estes serviços recebem o nome de CAPS, porém, em diferentes locais do país, os CAPS recebem terminologia diferente, em vários municípios mineiros, por exemplo, são chamados de CERSAMs, ou centros de referência em saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

Os CAPS se distinguem pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, sendo o perfil populacional dos municípios um critério orientador para a sua organização no país. Portanto, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (BRASIL, 2005).

É incontestável o fato de que a expansão do CAPS foi fundamental para as notáveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais sendo que nos últimos quatro anos a rede CAPS duplicou o número de serviços no país (BRASIL, 2005).

A implantação deste serviço de atenção diária tem mudado drasticamente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública no país. A cobertura assistencial vem melhorando continuamente, porém, ainda está aquém do parâmetro preconizado pelo MS. Embora esteja clara a tendência de ampliação igualitária da cobertura, a distribuição espacial dos CAPS ainda reflete as desigualdades estruturais entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2005).

## 3 HUMANIZAÇÃO

### 3.1 Conceito

Segundo Simões *et al.* (2007), dicionários da língua portuguesa definem a palavra ou termo humanizar como tornar-se humano, dar condição humana, civilizar, tornar afável e tratável. Assistir o cliente holisticamente se desfazendo da visão cartesiana.

Para o autor supracitado humanização é uma palavra de difícil conceituação, tendo em vista seu caráter subjetivo, complexo e multidimensional. Dentro do contexto da saúde, a humanização é muito mais que qualidade clínica dos profissionais, exige qualidade de comportamento. Portanto, é possível dizer que a humanização é um processo que se encontra em constante transformação e sofre influências do contexto no qual está inserida, só sendo promovida e submetida pelo próprio homem.

Hoga (2004) acrescenta que a humanização pode ser entendida como ato ou efeito de tornar humanas as relações, ou seja, levar em consideração tudo que é do homem ou próprio dele. Já o trecho abaixo traduz outro conceito para palavra:

A humanização é entendida como valor, à medida que resgata o respeito á vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade, e a especialização do saber (BRASIL, 2000 *apud* MACIAK, 2008, p.18)

O humanizar em assistência de saúde seria de uma forma simplificada unir os avanços científicos em sua área com os relacionamentos humanos e afetivos, ou seja, ter uma visão holística do cliente (MURTA, 2006).

Humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano, as percepções de dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro. É preciso, ainda, que esse sujeito ouça do outro palavras de seu reconhecimento. É pela linguagem que fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro. Sem isso, nos desumanizamos reciprocamente. Sem comunicação, não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com nossos semelhantes (BRASIL, 2000 *apud* MACIAK, 2008, p.31).

O MS afirma que humanizar o atendimento não é somente saber o nome do paciente para chamá-lo, nem ter um sorriso nos lábios frequentemente, é ir além, compreendendo seus medos, angústias, incertezas, dando-lhe apoio e atenção constantes.



Humanizar também é, além do amparo fraterno e humano, procurar aperfeiçoar os permanentemente, e valorizar no sentido antropológico e emocional todos os elementos implicados no evento assistencial. Na realidade, a humanização do atendimento, seja em saúde ou não, deve valorizar o respeito afetivo ao outro, deve prestigiar a melhoria na vida de relacionamento entre as pessoas (MACIAK, 2008).

Takemoto e Silva (2007) ressaltam a importância em "humanizar" as relações entre usuários e trabalhadores do SUS, conseqüentemente "humanizando" o processo de produção de serviços de saúde, reconhecendo os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. A finalidade principal do processo de trabalho em saúde é justamente a produção de alguma ação que corresponda às necessidades de saúde dos usuários. Reconhecê-los como sujeito significa comprometer-se com a satisfação destas necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização.

Oliveira; Collet e Vieira (2006) relatam que se tivessem que resumir a missão de humanizar num sentido amplo, além da melhora do tratamento intersubjetivo dir-se-ia que se trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas "amenizar" a convivência, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra a inumanidade, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote.

Segundo Simões *et al.* (2007) uma sociedade violenta, iníqua e excludente interfere no contexto das instituições de saúde e dentro deste contexto destaca que a humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo.

Para Martins (2003), muitos problemas de saúde dos clientes podem ser resolvidos, atenuados, quando estes se sentem compreendidos e respeitados pelos profissionais, sendo que a falta de acolhimento e de continência de seus aspectos emocionais podem conduzir ao abandono e rejeição do tratamento.

Segundo Teixeira (2005), frente ao acelerado processo de desenvolvimento tecnológico na área da saúde, a singularidade do paciente, emoções, crenças e valores ficaram em segundo plano; sua patologia passou a ser objetivo maior das assistências, deixando assim essa assistência com uma decadência humanizada.

Maciak (2008) salienta que com o avanço do racionalismo tecnicista perdeu-se de vista o ser humano, a assistência a saúde tornou-se fragmentada e mecanizada, baseada em protocolos e rotinas que são aplicados a todos os usuários dos serviços, abandonando-se desta forma os valores humanos. E Leite; Nunes e Beltrame (2005) completam dizendo que quanto mais técnico se torna o homem menos humano ele se sente.

Conseqüentemente, falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área pode soar irônico, à medida que tem sido retirada e impedida a humanidade dos mesmos com sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de trabalho, dificuldade da conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional (SIMÕES *et al.*, 2007).

As instituições não oferecem um ambiente adequado, recursos humanos e materiais qualiquantitativos suficientes, o que desmotiva o profissional para uma mudança de atuação além de poder induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). Deve-se salientar que humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado (SIMÕES *et al.*, 2007).

Nesse sentido, humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

Para tanto, se impõe a necessidade de construir um novo paradigma de atenção à saúde, que considera o sofrimento e a dor dos sujeitos e grupos indissociável da forma como vivem a vida, produzindo novas respostas e não mais centrados no modelo hospitalar. Neste contexto, as enfermidades, transtornos, distúrbios, doenças, enfim, de quaisquer processos mórbidos devem ser abordados não apenas através do órgão da pessoa, mas também e principalmente, através daquilo que ela tem de mais humano, seu componente afetivo e emocional (BALLONE, 2005).

É fundamental, sobretudo, que o profissional de saúde deixe de considerar apenas a doença e se aplique em cuidar do doente, da pessoa que, circunstancialmente, está

sofrendo. Além da dimensão física, a pessoa deve ser atendida também em seu componente biopsicossocial (BALLONE, 2005).

Segundo Costa (2002) um dos caminhos para a desumanização é a ausência de um processo educativo permanente e que por este motivo apesar do progresso e das leis, a humanização não atinge os setores, se nestes, não existirem profissionais comprometidos com o ser humano e com a educação.

Vilênia (2007) ressalta ainda a importância de assegurar qualidade, humanização e resolutividade aos serviços na rede do SUS, que funcionam mediante as práticas realizadas pelos trabalhadores da saúde. Relatos de sua pesquisa demonstram ser fundamental a participação política de vários segmentos e atores sociais visando construir mecanismos de solução e normas compatíveis com os interesses coletivos e institucionais que permeiam os processos de educação permanente.

Vemos que existe grande necessidade de rehumanizar a saúde, de desenvolver e fornecer recursos humanos para formação e atuação dos profissionais nesta área. Desta forma, só pode-se falar em verdadeira evolução do conhecimento bioclínico, quando se busca a integração dos saberes que extrapolam o campo físico experimental (GALLIAN, 2000 *apud* MACIAK, 2008).

### **3.2 Política de humanização**

O MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH) ou Política de Humanização da Atenção da Gestão em Saúde no SUS (Humaniza SUS) frente à necessidade de mudanças na forma de atendimento aos usuários do SUS. A partir dessa proposta, a humanização passa a ser definida como uma política e não mais programa, norteando princípios e modos de operar no conjunto das relações dos diferentes atores da rede SUS (SIMÕES *et al.*, 2007).

O objetivo da PNH é sensibilizar profissionais e usuários para a importância e os benefícios do atendimento e trabalho humanizado e desta forma, conduzir um processo permanente de mudanças da cultura do atendimento à saúde, promovendo o respeito e a dignidade humana (MACIAK, 2008).

No caso dos serviços que prestam o primeiro atendimento, ou seja, atenção básica, a PNH propõe à elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social, formas de acolhimento e inclusão de clientela, práticas que

incentivem a diminuição do consumo de medicação, fortalecimento das relações entre as equipes de saúde, os usuários, além do estabelecimento de ambiente acolhedor (SIMOES *et al.*, 2007).

Para Brasil (2004b) a PNH não é apenas um conjunto de propostas a ser arquivadas e sim algo criado para ser implantado em todas as áreas de saúde, iniciando logo no acolhimento do cliente no serviço de saúde.

Retomando a questão da humanização em saúde, entende-se pelos autores a seguir, que uma política de humanização efetiva, só pode funcionar se compreendida como uma real intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde, e assim como nos diferentes níveis de efeitos que ela comporta. Para isto, essa intervenção não pode ser menos que uma política, isto é, um dispositivo de amplo alcance sustentado pela maior instância de gestão do Estado. O fato de a humanização ter sido apresentada, até recentemente, como um programa e não como uma política, limitava suas possibilidades de autorização e, portanto de intervenção nos espaços onde era proposta. (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

### **3. 3 Humanização em saúde mental**

O processo de humanização no setor da Saúde Mental se deu através da luta antimanicomial, pelo fim dos castigos corporais e mentais disfarçados em técnicas terapêuticas, e do abuso medicamentoso, pelo diálogo, e conquistas dos direitos dos pacientes e, sobretudo, pela reorganização das relações dos profissionais de saúde entre si e de suas relações com os portadores de transtornos mentais (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004).

Como lidar com a pessoa acometida por transtorno mental tem sido uma preocupação contínua, a resposta para estas questões, mediada pelo desconhecimento, incerteza, medo e cultura reinante, tem sido a de descartar, asilar e aniquilar sua existência (COSTA, 2002).

Moraes (2008) em estudos apontou resquícios de modelos de atenção que ainda não foram colocados em prática a partir da reforma psiquiátrica e que interferem na humanização da assistência. Discorreu também, que a reinserção social foi percebida como o maior obstáculo para atenção integral à saúde sendo imprescindível a reorientação da

prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença através de modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica.

Em relação á humanização, a autora supracitada, destaca ser necessário ir além da ampliação da rede de serviços, visto que esta não é suficiente para se ter uma atenção integral à saúde dos usuários. É preciso envolver e formar profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial e, principalmente, dispostos a romper com princípios de controle e exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade (MORAES, 2008).

Segundo Costa (2002) o cuidado humanizado ao portador de transtorno mental é desafiante, politizado e corajoso e requer um processo educativo emergencial. É uma ação interativa, criativa e dinâmica, que está em constante movimento em direção à conquista da cidadania buscando superar a prática do modelo hospitalocêntrico e ao mesmo tempo inventar novas formas de atenção, sem necessidade de exclusão, de violência, mas que produza novas subjetividades e qualidade de vida.

Já para Dimenstein (2004) a idéia de humanização em saúde mental está diretamente relacionada com a de desinstitucionalização ao passo que essa pressupõe a desmontagem do dispositivo psiquiátrico, modelo hospitalocêntrico, da cultura manicomial, da lógica e da dinâmica que regem as rotinas dos serviços de atenção em saúde mental e as relações entre profissionais, usuários e seus familiares.

É preciso compreender as manifestações dos pacientes com transtorno mental como os vários mecanismos mentais que o mesmo emprega na forma de se relacionar e lidar com as emoções, formas de tratamento e condutas a serem adotadas para que os profissionais saibam como cuidar dos mesmos, sendo este cuidado feito de forma humanizada (COSTA, 2002).

Ballarin, Carvalho e Ferigato (2009) em estudo sobre os diferentes sentidos do cuidado em saúde mental, observaram que o redirecionamento do modelo assistencial, com vista ao resgate da cidadania dos sujeitos com transtornos mentais, possibilita a construção de novas práticas. Os autores pressupõem que, cuidar da saúde de alguém, é mais que construir um objeto e intervir sobre ele é, sobretudo, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos. Ressaltam ainda, que a compreensão do sentido do cuidado, seja capaz de ajudar os sujeitos envolvidos a construírem projetos singulares que efetivamente contribuem para a melhoria da qualidade de vida e de saúde.

Segundo Ballone (2005) as dificuldades de humanização em saúde mental começam pelo lado do paciente. É fundamental considerar, para a humanização do atendimento, se o paciente está inserido em um contexto pessoal, familiar e social satisfatório. Esse contexto é indispensável até para a adesão ao tratamento, para a procura do serviço de saúde e acompanhamento do tratamento.

Contudo, nem sempre a atenção básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa. Às vezes, a falta de recursos de pessoal e a falta de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes. Além disso, atender às pessoas com problemas de saúde mental é de fato uma tarefa muito complexa (BALLONE, 2005).

Humanizar, portanto, não se restringe somente à melhoria das condições dos locais onde os portadores de transtorno mental são assistidos, seja ambulatório, hospital-dia ou CAPS (DIMENSTEIN, 2004). E Costa (2002) ressalta que o amor, solidariedade, escuta, observação e o respeito às subjetividades do cliente são pré-requisitos fundamentais do cuidado humanizado para portadores de transtorno psíquico.

A busca de uma integração dos serviços de saúde mental à rede de atenção integral do SUS e ao ideário da produção social da saúde implica em um projeto político que envolve todos os profissionais da área, dessa forma, qualidade e humanização encontram-se, principalmente, na esfera da ética, e de forma alguma, restringem-se às individualidades. (DIMENSTEIN, 2004).

Neste sentido, a horizontalidade, inclui que as diferentes categorias de trabalhadores em saúde mental superem o cooperativismo institucional e busque construir um novo modelo assistencial, contemplando o portador de transtorno psíquico como cidadão (COSTA, 2002).

Esta nova relação nos serviços de saúde mental, visando à humanização da assistência, demanda que se estabeleçam novas relações, possibilitando a participação ativa de todos os envolvidos, criando condições para as mudanças e incluindo novas práticas, em que os sujeitos, em seus diversos papéis profissionais, aliem o saber específico à sensibilidade, amor e respeito ao próximo (COSTA, 2002).

Para Brasil (2004b) o acolhimento também é parte fundamental da assistência humanizada ao portador de transtorno mental à medida que propõe mudanças na interface profissional e o usuário reconhecendo o mesmo como sujeito participante no processo de produção da saúde.

Segundo o autor a supracitado o acolhimento não é apenas um local, mas uma postura ética, não possui hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidade, angústia e invenções sendo uma ação necessária e indispensável em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2004b).

Para o mesmo autor colocar em ação um acolhimento humanizado ao portador de transtorno mental requer reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo portador de transtorno mental (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido o acolhimento deixa de ser uma ação isolada e fragmentada e se multiplica em inúmeras ações, a humanização das relações em serviço, o ato de escuta e a produção de vínculo, compartilhamento do conhecimento, uso ou não dos saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde mental (BRASIL, 2004b).

Conseqüentemente, a assistência ao portador de transtorno psíquico pode se tornar mais digna e humana à medida que acolhermos e compreendermos a história da doença mental e toda sua cultura, podendo desta forma transformar uma prática psiquiátrica secularmente estigmatizante. Porém, esta estratégia não tem resultado mágico ou instantâneo, pois os profissionais não desmontam suas crenças adquiridas ao longo da vida profissional de um momento para outro (COSTA, 2002).

## 4 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### 4.1 Conceito

A estratégia do PSF iniciou-se no ano de 1991 com o lançamento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo que no ano de 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (MARTINS *et al.*; 2006).

A implantação do PACS, em 1991, surge na tentativa de enfrentar os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna no Nordeste brasileiro, vinculando indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde. As primeiras diretrizes do PACS e PSF foram concebidas em 1993, entre secretarias estaduais, municipais, consultores nacionais e internacionais em atenção primária da UNICEF e incorporadas por técnicos do PACS de regiões brasileiras com experiência acumulada, porém somente foram divulgadas em 1994 (CURY; GALERA, 2006).

Para Cury e Galera (2006) o PSF é uma reordenação do modelo assistencial em saúde e de consolidação do SUS e faz parte de uma estratégia que visa recuperar uma série de iniciativas e de movimentos inseparáveis do Movimento Sanitário sendo uma das maiores do MS.

A dinâmica proposta pelo PSF para a estruturação dos serviços de saúde envolve a sua relação com a comunidade e com os diversos níveis de complexidade assistencial. Fazendo parte da reorganização do SUS e da municipalização, o PSF é mantido por convênio entre o Ministério da Saúde, Estados e Municípios, e deveria ser implantado, primeiramente, nas áreas de risco, onde os indicadores de morbimortalidade demonstrem preocupação (CURY; GALERA, 2006).

No início de sua implantação, o PSF tratou-se de uma política setorial, sendo, no decorrer da mesma, foi tomado também como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em relação à atenção primária em saúde. Desta forma, o PSF se inseriu no SUS como uma política de atenção básica que busca superar as dificuldades que se referem à equidade e integralidade das ações (MARTINS *et al.*; 2006).

Segundo as ações pautadas pela estratégia do PSF, a reorganização das práticas de saúde refere-se ao desenvolvimento de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como espaços, o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e ainda o acompanhamento dos serviços de referência, se necessário (CURY; GALERA, 2006).



Cury e Galera (2006) afirmam que o PSF tem como característica valorizar os princípios de territorialização, o trabalho em equipe e vínculo com a comunidade através da participação democrática, ativa e solidária dos mesmos e de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário. Além disso, assume o compromisso de prestar uma assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva para a população, na unidade.

Para Pereira, Machado e Nascimento (2008) o PSF oferece a possibilidade de uma assistência universalizada, com descentralização das decisões por conhecer a estrutura ou o sistema que organiza a vida da comunidade. Ele tem bases territoriais definidas para a atuação, vendo a família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

No PSF, o estreitamento do relacionamento entre profissionais envolvidos e comunidade atendida favorece a humanização das práticas de saúde e pode promover a satisfação do usuário visto que, as pessoas e grupos familiares são conhecidos pelo nome e por sua história, da mesma forma que conhecem os integrantes da equipe (CURY; GALERA, 2006).

Para os autores supracitados, à medida que o PSF passou a ser implantado nos grandes centros urbanos, a agenda de trabalho dos profissionais se alterou rapidamente, haja visto que, desafios gerados pela realidade urbana requerem uma ação intersectorial mais efetiva, aparecem situações de abuso de álcool e drogas, violência intrafamiliar, inclusão do doente mental, entre outras, surgindo assim uma nova agenda básica de trabalho.

O PSF tem como uma de suas propostas, que os profissionais, através das trocas existentes em seus relacionamentos com as famílias e comunidade, busquem humanizar e adequar à assistência prestada em suas práticas diárias de saúde, objetivando a satisfação dos usuários e conscientizando-os de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce da qualidade de vida (SOUZA *et al.*, 2007).

A equipe do PSF geralmente conta com um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), sendo critério para contratação deste último que o mesmo resida na área de abrangência da equipe por pelo menos dois anos. É exigido também pelo MS, que o ACS realize um curso de formação básica com aproveitamento e tenha concluído o nível fundamental. Outros

profissionais podem ser incorporados às equipes dependendo da demanda da comunidade e dos gestores (BRASIL, 2002 *apud* MARTINS *et al.*; 2006).

Tendo em vista sua atuação no nível básico de atenção ao qual se integra o PSF existem atribuições específicas para os profissionais integrantes da equipe (MARTINS *et al.*; 2006).

O médico é responsável por desenvolver práticas de trabalho em equipe, visando integrar todos seus componentes e coordenando suas atividades, com enfoque para a promoção de hábitos saudáveis de vida, discutindo com os demais membros da equipe modos de promoção, manutenção e recuperação da saúde da população da área de abrangência (MARTINS *et al.*; 2006).

A função do enfermeiro é supervisionar o trabalho dos ACS e dos auxiliares de enfermagem, além de realizar consultas e atender o paciente com necessidades de enfermagem em domicílio, realizando também tais visitas de modo a conhecer de perto as condições de vida de famílias em situação de maior vulnerabilidade do ponto de vista biológico, cultural ou sócio-econômico da área adscrita (MARTINS *et al.*; 2006).

Ao auxiliar de enfermagem compete realizar procedimentos de enfermagem na unidade e no domicílio, agindo no sentido do controle de infecções na unidade e na busca ativa de casos de interesse epidemiológico na comunidade, realizando também ações de educação em saúde (BRASIL, 1994 *apud* MARTINS *et al.*; 2006).

O ACS é o profissional responsável por orientar as famílias sob sua responsabilidade para a utilização adequada dos serviços de saúde e também por informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998 *apud* MARTINS *et al.*; 2006).

## **4. 2 Saúde Mental no PSF**

A finalidade do cuidado psicossocial é a reconstrução das pessoas como sujeitos sociais em suas múltiplas dimensões existenciais e não mais somente a remoção dos sintomas. A emancipação, a ampliação do poder de trocas sociais do portador de transtorno mental e o fortalecimento dos laços de sociabilidade na família são objetivos do cuidado psicossocial que se constrói cotidianamente. Neste contexto evidencia-se a importância do PSF no cuidado ao portador de transtorno mental, pois ele pressupõe a integralidade nas

práticas de cuidado valorizando a singularidade dos sujeitos (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008).

Lancetti (2000, p. 117) afirma que:

“As pessoas não padecem de sofrimento físico e mental separadamente. As condições ambientais, sociais e mentais formam parte de ecologias inter-relacionadas.” Especificamente no campo da saúde mental, a reorientação da assistência psiquiátrica, ao avançar de um modelo hospitalocêntrico para um modelo de atenção extra-hospitalar, fez emergir um cenário que possibilitou a constituição de tecnologias psicossociais interdisciplinares, as quais revertem em um cuidado diferenciado.

No Brasil, a orientação das políticas de atenção à saúde mental ao redirecionar a assistência para os serviços extra-hospitalares e territoriais, tem em vista que novas estratégias sejam consolidadas e antigos padrões assistenciais sejam superados. Portanto, a interação entre os CAPS e as ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modelos de cuidado, que possam realmente dispensar a internação hospitalar (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Portanto, partindo do pressuposto de que os pacientes com transtornos psíquicos necessitam de cuidados básicos de saúde e que o SUS preconiza a desinstitucionalização e assistência humanizada, o PSF torna-se, dessa maneira, uma importante estratégia para a (re) inserção do doente mental na sociedade. Este fato tem ainda maior relevância quando as comunidades não contam com uma rede de serviços extra-hospitalares de saúde mental, suficientes para os atendimentos necessários (SOUZA *et al.*, 2007).

Desta forma, o PSF aponta como uma de suas premissas humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida. O mesmo faculta possuir características favoráveis ao atendimento às famílias por oferecerem um espaço adequado à saúde mental (SOUZA *et al.*, 2007).

Assim, o PSF constitui uma estratégia adequada para trabalhar a saúde mental, pois suas equipes apresentam-se engajadas na vivência da comunidade, com a perspectiva de melhorar as condições de vida da população, incorporando ações de promoção, prevenção e educação para a saúde (SOUZA *et al.*, 2007).

Segundo estudo realizado por Munari *et al.* (2008) a humanização da assistência, o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, entre outros, são conceitos que vinculados às tecnologias humanas proporcionam a individualização do sujeito e de sua família, o que qualifica o cuidado podendo mudar a perspectiva da atenção em saúde mental no PSF.

Além disso, o PSF possui uma característica fundamental para o atendimento às famílias que é ter o domicílio como espaço terapêutico e a assistência humanizada como instrumento facilitador para criação de vínculos e aproximação dos profissionais com o cotidiano das famílias. Desta maneira, o PSF pode se tornar uma adequada estratégia para atender o paciente com transtorno mental, visto que o atendimento está inserido no convívio social do paciente (SOUZA *et al.*, 2007).

Para Pereira; Machado e Nascimento (2008) o PSF vem se mostrando como instrumento do processo de transformação da assistência em saúde mental, à medida que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais de saúde. Essa proximidade é um importante instrumento, principalmente no que se refere ao enfrentamento dos agravos vinculados ao sofrimento psíquico, que vêm se mostrando freqüentes, e ainda pouco tratados.

Para Souza e Escatena (2005), os sentidos produzidos pelos profissionais da equipe de saúde da família em relação à saúde mental são variados. Alguns contribuem para reforçar a exclusão do doente mental e de sua família, outros, no entanto, possibilitam romper com essa prática e promover aproximação dos profissionais com esta nova clientela. Essa aproximação é relevante e deve ser motivada, tendo em vista a promoção da saúde mental da população assistida por profissionais que integram o PSF sendo estas conclusões frutos de uma pesquisa realizada por estes autores.

A Saúde Mental, se bem conduzida e trabalhada com as equipes de PSF, poderia contribuir decisivamente para redução das internações hospitalares psiquiátricas. Assim, chama-se a atenção para que os enfermeiros reflitam juntamente com toda sua equipe sobre o importante papel que podem desempenhar na promoção da desinstitucionalização do paciente com transtorno mental (SOUZA *et al.*, 2007).

E em Camaragibe, um município de Pernambuco, partindo-se do fato de que os ACS não tratavam da questão da saúde mental em seu curso de formação básica, delimitou-se uma pesquisa e estudo de campo em uma área piloto. A questão de saúde mental foi abordada através de oficinas de sensibilização, procurando desta maneira monitorar e supervisionar as ações das equipes do PSF na área o que culminou em uma ampla redução do número de internações psiquiátricas (CASÉ, 2000 *apud* VECCHIA, 2006).

Segundo Nunes; Jucá e Valentim (2007), o PSF, é um importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico pelo cuidado

comunitário, centrar o cuidado na família, e não no portador de transtorno psíquico, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco. Isso se torna possível através de atividades que incluem a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizam as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizando práticas intersetoriais e desenvolvendo o exercício da cidadania e os mecanismos de descentralização de poderes pelos vários níveis hierárquicos da organização.

Souza *et al.* (2007) relata que este programa, utiliza-se como estratégia as ações de prevenção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Tal estratégia favorece o atendimento domiciliar, propiciando uma assistência mais humanizada, o que possibilita a promoção da saúde e redução das internações, contrapondo-se aos trabalhos desenvolvidos em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de saúde voltadas para atividades técnicas.

Scóz; Fenili (2003) salientam a importância do conjunto de esforços entre PSF e serviços substitutivos, pois se acredita que a saúde mental é imprescindível ao PSF visto que a saúde mental não ocorre separada da saúde física. Outro ponto importante é a singularização do atendimento no PSF já que o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano.

Segundo Rodrigues *et al.*, (2009) a proposta é que os profissionais do PSF encaminhem para os CAPS apenas os casos de portadores de transtorno mental que realmente precisam de uma atenção mais especializada por certo tempo. Para tanto, é necessário que haja uma capacitação adequada dos profissionais de ambos os serviços, principalmente no sentido de desenvolver habilidades para realizar parcerias e construir uma rede que surge como a base para uma mudança estrutural no cuidado com a saúde mental auxiliando esses profissionais a desenvolverem um idioma comum que lhes possibilitasse compartilhar algumas percepções.

As afirmativas anteriores podem ser comprovadas com dados da pesquisa de Gonçalves, Kantorski e Heck (2003) que buscaram em seus estudos identificar junto à equipe do programa de saúde da família os princípios que norteiam sua intervenção junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. Os resultados obtidos revelaram que os profissionais da equipe percebem a importância do cuidado aos familiares e que este é fator terapêutico para os indivíduos com transtorno mental. Sua relação, quase inevitável,

com estas famílias devido à forma de atuação das equipes de PSF, lhes favorece o levantamento de várias necessidades de saúde destes grupos relacionadas ao convívio com o ente com transtorno psíquico.

Como instrumento para o cuidado ao paciente com transtorno mental a equipe se vale do vínculo e comunicação com os grupos familiares e dos recursos comunitários existentes para pautar suas intervenções. Contudo toda a equipe refere insegurança, falta de conhecimento e afirmam a necessidade de maior interlocução e proximidade com serviços especializados, para terem suporte técnico e até mesmo psicológico. Podendo assim, propiciar atuação mais sistematizada, coesa e significativa (GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003).

A inserção das ações de saúde mental no PSF depende de uma política de saúde nacional, estadual e municipal que garanta formas de financiamento capaz de manter a integração e a operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas modalidades de serviços substitutivos. Depende, também, da disponibilidade para a mudança da organização dos processos de trabalho. Considera-se que todas as pessoas envolvidas no planejamento, implantação, execução e avaliação da construção de uma rede de atenção básica de saúde estão constantemente no processo dinâmico do ensinar-aprender, ou seja, no processo contínuo de trocas em que o relacionamento interpessoal permita assistir (SCÓZ; FENILI, 2003).

Os dados de uma pesquisa feita por SOUZA (2003) apontam que embora exista a preocupação do Ministério da Saúde em promover uma articulação entre as ações de saúde mental e o PSF, esta parece não está se dando de forma efetiva e igualmente distribuída no país. Tal conclusão se baseia na baixa e heterogênea capacidade de registro de transtornos mentais pelo PSF, deixando evidente a incipiente interação entre psf e saúde mental. Tal situação leva a uma invisibilidade dos transtornos mentais, que ao não serem registrados não passam a compor o quadro de agravos à saúde da população cadastrada pela equipe, o que acaba por dificultar as atividades de gestão e monitoramento das ações de saúde nesta articulação entre saúde mental e PSF.

Lucchese *et al.* (2009) verificou os caminhos e impasses necessários para inclusão da saúde mental no PSF em Cuiabá, Mato Grosso. Concluiu em sua pesquisa que a demanda de atendimento às pessoas com sofrimento mental não era registrada nos prontuários nem integrava projeto de intervenção individual ou familiar; algumas ações eram realizadas numa concepção leiga de doença mental e tratamento, e o recurso do

encaminhamento para a rede especializada era habitualmente acionado, apesar da delicada situação desta rede. Desta forma os autores ressaltam a importância de se refletir na continuidade do processo de capacitação em saúde mental para todos os profissionais do PSF.

Para Tocantins (2007) a relação das equipes da saúde da família com a saúde mental pode ser operada através de discussão de casos clínicos baseado em informações do prontuário familiar; avaliação de casos clínicos na unidade básica de saúde (UBS) com a presença dos técnicos, usuários e familiares, sendo o atendimento compartilhado; realização de visitas domiciliares em conjunto entre a saúde mental e a atenção básica e educação permanente dos profissionais envolvidos na assistência, manejo adequado de psicofármacos e dinâmica de atendimento de pacientes portadores destes transtornos.

Para Reinaldo e Rocha (2002) as visitas domiciliares de enfermagem realizadas pelo enfermeiro o PSF são instrumento facilitador da assistência aos portadores de transtorno mental na medida em que interagem com o usuário em seu ambiente familiar, orientando a família, contribuindo para que ambos possam conquistar condições de viver, trabalhar, e produzir, convivendo com o transtorno mental de forma mais positiva.

Souza *et al.* (2007) fizeram uma pesquisa em Teresina, no Piauí, com o objetivo de identificar a formação e as ações do enfermeiro em saúde mental no PSF. Os resultados demonstraram que 95,5% dos enfermeiros não possuem formação específica em saúde mental. Dos entrevistados, 97% referem que existem pacientes em sua área de abrangência, que necessitam deste tipo de atendimento. As ações referidas pelos enfermeiros foram visitas domiciliares, consultas, encaminhamentos, entrega de medicação, sem atividade, atendimento ambulatorial, terapia comunitária e levantamento de casos.

Segundo os autores deste estudo os enfermeiros entrevistados demonstram reconhecer a existência de uma população com necessidade de atendimento em saúde mental, contudo, relatam que comumente não exercem atividades específicas voltadas para a esta área, sendo a visita domiciliar a ação mais referida. Os autores concluem a partir desses dados que treinamentos e atualizações, não só para os profissionais de enfermagem, mais para toda a equipe de saúde da família são de fundamental importância para superar as dificuldades para desenvolver ações nesta área, bem como para acompanhar mudanças propostas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira (SOUZA *et al.*, 2007).

Já Nascimento e Braga (2004) ao pesquisarem a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia, no Ceará, constataram que estes profissionais

desenvolvem as ações de saúde mental dentro da lógica da programação em saúde, cumprindo o protocolo proposto e, orientados pela prática da psiquiatria tradicional, onde a medicalização e o encaminhamento são os instrumentos de escolha.

Na observação feita pelos pesquisadores descrevem que estes profissionais sentem muita dificuldade de lidar adequadamente com as demandas de saúde mental da comunidade assistida, condição que pode ser confirmada com o modo confuso como definem o que seja saúde mental. Com este estudo percebeu-se que é necessário sensibilizar e qualificar os enfermeiros e médicos do PSF para a atuação na área de saúde mental, a fim de evitar o uso rotineiro de práticas psiquiátricas tradicionais evitando assim internações psiquiátricas desnecessárias (NASCIMENTO; BRAGA, 2004).

Silva *et al.* (2005) em sua pesquisa verificou que os enfermeiros do PSF, reconhecem a importância dos princípios do SUS que orientam a construção de um novo modelo de assistência à saúde, no qual a assistência à saúde mental pode ser contemplada. Para tanto, os enfermeiros afirmam como uma das necessidades imediatas das equipes do PSF, a importância da educação permanente para capacitar os profissionais da equipe a abranger a complexidade e a dinâmica que as questões da saúde mental envolvem e requerem atualmente.

Para Tocantins (2007) temos também fatores que interferem negativamente na integração entre equipe de saúde da família e saúde mental como: à distância e a falta de vínculo dos serviços de saúde mental e a atenção básica; relutância dos profissionais da ESF em assumir os problemas de saúde mental no seu território; a falta de conscientização da população de que a ESF é principal porta de entrada no serviço público de saúde; pensar que saúde mental não é prioridade nas ações básicas de saúde e a resistência dos profissionais da saúde mental e da atenção básica quanto às possibilidades de integração de ambos os serviços.

Ribeiro *et al.* (2009) em seu trabalho comparou o perfil de assistência em saúde mental realizado por unidade básica de saúde com PSF e sem equipe de PSF e chegou a conclusão que a UBS com equipe de PSF não apresentou resultados condizentes com o que se esperaria em função de sua hipotética melhor qualidade de estrutura. Segundo os autores os resultados confirmam a hipótese de que a qualidade da estrutura não se correlaciona diretamente com a qualidade do processo ou dos resultados e reforçam a importância de sistemas estruturados em que o funcionamento da interação entre nível primário e



secundário esteja apoiado em um sólido processo de supervisão e educação permanente dos profissionais envolvidos.

Já Rodrigues *et al.* (2009) salienta que os problemas encontrados na organização das equipes de PSF para captação dos usuários portadores de transtornos mentais são potencializados pela incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde. As deficiências estão presentes desde a formação básica á acadêmica visto que os aspectos psicológicos e os valores sociais e culturais da prática em saúde ficam para segundo plano.

Tocantins (2007) descreve ainda fatores que interferem positivamente na integração entre equipe de saúde da família e saúde mental como a equipe de atenção primária tem contato com a comunidade e são bem aceitos; a equipe provê um elo vital entre a comunidade e o sistema de saúde; em lugares onde os serviços de saúde mental não estão estruturados, o profissional de atenção primária é o primeiro recurso de atenção à saúde; o seu conhecimento da comunidade permite-lhe reunir o apoio dos familiares, amigos e organizações além de ser a porta de entrada aos serviços de saúde para os que deles necessitam. Resumindo, os profissionais destas equipes de trabalho são disponíveis, acessíveis, detentores de conhecimento e comprometidos com a promoção de saúde.

Delfini *et al.* (2009) avaliou em sua pesquisa a parceria entre CAPS e PSF no desafio da construção de um novo saber. Ressalta em seu trabalho que o olhar voltado ao grupo familiar e ao contexto social tem resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito à sua doença. Segundo o autor o trabalho em conjunto, e principalmente com o agente comunitário, enriquece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios. Para os autores é possível e necessário que a atenção básica encarregue-se da saúde mental.

Para Delfini *et al.* (2009) compreender o território onde as pessoas vivem requer mudanças de olhares, ações, investimentos. O agente comunitário tem papel primordial nas equipes e no trabalho territorial conjunto com a saúde mental, pois ele tem poder de entrada e vínculo, contribui para a elaboração de projetos terapêuticos singulares pautados na cidadania, no local de adoecimento e sofrimento das pessoas, na busca de novos caminhos descentralizando o foco na doença, no modelo biomédico e na instituição. Transitar pelo território subjetivo das pessoas e transformá-lo é também formar relações de confiança e vínculo, cuidado, disponibilidade, afetividade e humanização.

Segundo um estudo realizado em 2001 os ACS foram os únicos membros da equipe que visitaram os portadores de transtorno mental em seu domicílio e, sua atitude se

diferenciava do restante dos membros da equipe por ser mais cordial compreensiva e afetuosa (RODRIGUES *et al.*, 2009).

Vecchia (2006) discorre sobre o projeto Qualis/PSF, implantado no município de São Paulo. O programa de saúde mental foi estruturado com duas equipes volantes, contando com psiquiatra, psicólogo e assistente social atendendo as equipes locais do PSF. Entre as ações desenvolvidas são relatadas: a realização de cursos voltados para a formação em saúde mental destes profissionais e para o uso racional de psicofármacos, além de uma abordagem que implica em tratar a família como grupo familiar, instrumentalizando-a a tratar da pessoa com transtorno mental de forma mais edificante. Porém dificuldades para implantação efetiva do programa são apontadas como a disponibilidade de profissionais que aceitem atuar em áreas de favelização.

Já em Cabo de Santo Agostinho, outro município de Pernambuco, por sua vez, ações de capacitação e sensibilização das equipes do PSF para a questão da saúde mental são relatadas, com a realização de encontros sistemáticos e pactuação para a efetivação de ações integradas ao programa (CABRAL *et al.*, 2000 *apud* VECCHIA, 2006)

Percebemos que em ambas as experiências, apontam que supervisões sistemáticas foram importantes para se superar a tendência de restrição ao contexto ambulatorial da saúde mental pelos profissionais e as resistências por parte dos agentes comunitários pela pressuposição de periculosidade no cuidado com a pessoa com transtorno mental (VECCHIA, 2006).

Em sua pesquisa, Maciel (2008) constatou que ao prestar assistência a um paciente com transtornos mentais, houve a superação do medo e do preconceito da equipe em relação ao paciente, e que o compartilhamento dessa experiência pode contribuir diretamente para o incremento das ações de saúde mental naquela equipe.

O trabalho de Maciel (2008) é o relato de uma experiência da equipe de saúde da família do município de Vicentina, Mato Grosso do Sul, cujo objetivo foi relatar a contribuição da equipe de saúde da família na promoção da saúde mental através da reintegração sócio-familiar do portador de transtorno mental. Segundo a autora da pesquisa, os profissionais de saúde também estigmatizam o doente mental. Essa estigmatização, que é de base histórica, precisa ser trabalhada e discutida com a equipe e a comunidade, objetivando a inserção social do portador de doença mental, para que seja aceito e acolhido com e apesar de suas limitações.

Machado (2003) em sua pesquisa procurou descobrir quais os desafios para inclusão da saúde mental no PSF. Os desafios e limites apontados pelos profissionais das equipes centram-se na falta de capacitação específica na área de saúde mental e na ausência de uma política municipal de atenção integral ao portador de transtorno mental e a seus familiares.

Segundo o autor a supracitado, o grande desafio do PSF será buscar e conquistar a cidadania dos portadores de transtorno mental, com ações conjuntas das equipes de saúde, dos familiares e da comunidade. Isto implica na construção de um novo modelo assistencial, com diversas modalidades de atendimento, voltado à comunidade e às necessidades do cidadão portador de transtorno mental, em um tratamento mais humanizado, socializante, solidário e eficaz (MACHADO, 2003).

Para Souza e Escatena (2005), os sentidos produzidos pelos profissionais da equipe de saúde da família em relação à saúde mental são variados. Alguns contribuem para reforçar a exclusão do doente mental e de sua família, outros, no entanto, possibilitam romper com essa prática e promover aproximação dos profissionais com esta nova clientela. Essa aproximação é relevante e deve ser motivada, tendo em vista a promoção da saúde mental da população assistida por profissionais que integram o PSF sendo estas conclusões frutos de uma pesquisa realizada por estes autores.

Esta duas pesquisas confirmam a hipótese de que a dificuldade de se deparar com um problema que não sabem abordar ou não têm instrumentos claros de intervenção para desenvolver faz com que as equipes do PSF se mantenham longe das questões relacionadas à saúde mental, desvalorizando-as na prática clínica diária (TANAKA, 2009).

A afirmativa acima descrita ainda pode ser reforçada por uma recente pesquisa de Jucá, Nunes e Barreto (2009) que analisou os impasses e desafios necessários a construção da rede de atenção em saúde mental. Entre os impasses, observou-se o despreparo dos profissionais para manejar as situações em que o transtorno mental aparece e perante as quais eles não se sentem suficientemente capacitados para atuar. Segundo os autores, foi possível verificar também que, em alguns momentos, os profissionais se incomodavam particularmente com os sujeitos dependentes do álcool e com os que se mostravam violentos.

Conforme relatório da OMS/OPAS muitas vezes os profissionais da atenção primária vêem angústia emocional, mas nem sempre dispõem da formação necessária para reconhecê-la. Ainda no mesmo relatório, destaca-se que o reconhecimento e manejo

precoce de transtornos mentais podem reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários (VECCHIA, 2006).

Os dados deste relatório podem ser confirmados por uma recente pesquisa feita por Gonçalves e Pedrosa (2009) que verificou o perfil e habilidades dos enfermeiros da estratégia de saúde da família do município de Uberaba, MG, para atuar na atenção em saúde mental. Contatou-se nesta pesquisa que a maioria dos enfermeiros é generalista, 60% afirmaram não possuir formação específica em saúde mental; nenhum possui título de especialista ou cursa especialização em saúde mental; e 68,9% sentem-se despreparados para lidar com a saúde mental na estratégia saúde da família. Os motivos destacados foram à inexperiência, insegurança, falta de conhecimento adequado, formação ineficiente, ausência de cursos de aperfeiçoamento, capacitação e protocolos de atendimentos em saúde mental e falta de apoio de outros profissionais e serviços especializados.

Gonçalves e Pedrosa (2009) concluíram que é fundamental para a integralidade da atenção básica o estabelecimento de uma interface com as ações de saúde mental e reforça a importância de desenvolver aperfeiçoamento nesta área enquanto prática de educação continuada aos enfermeiros, bem como aos outros profissionais que compõem a equipe de saúde da família.

Em outro estudo também, Oliveira, Conciani e Marcon (2008) fizeram uma pesquisa com intuito de analisar o grau de incorporação da assistência à saúde mental no processo de trabalho das equipes de PSF e nos processos de gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) após capacitação nesta área. Os resultados demonstraram que a construção da rede de atenção psicossocial que inclui o PSF é possibilitada por processos indissociáveis de trabalho e gestão e requer capacitação continuada com enfoque crítico às práticas médico - curativas, para tanto, deve ser responsabilidade de trabalhadores, gestores e instituições formadoras.

Maragno *et al.* (2006) fez uma pesquisa em áreas periféricas do município de São Paulo, com objetivo de investigar a prevalência de transtornos mentais comuns segundo a cobertura PSF e certos fatores de risco sócio-demográficos, visto que vários países do mundo apresentam crescimento da prevalência dos transtornos mentais comuns e, poucos casos são diagnosticados e tratados adequadamente porque a atenção básica de saúde raramente está preparada para lidar com esse problema. Os resultados demonstraram que a prevalência foi significativamente maior nas mulheres, idosos e nas categorias de menor renda ou de menor escolaridade.

Podemos dizer então que esta pesquisa nos mostra que os fatores de risco estão associados a indicadores de desvantagem social, implicando assim na necessidade de focalização do problema e dos grupos de risco específicos para maior impacto da atenção (MARAGNO *et al.*, 2006).

Conforme Ribeiro, Ribeiro e Oliveira (2008) vários estudos apontam uma alta prevalência de transtornos mentais não psicóticos que acometem a população e que acarretam sofrimento, incapacidade funcional e implicações socioeconômicas para os quais o PSF tem grande potencial resolutivo.

Tocantins (2007) salienta que as equipes de saúde da família devem atuar na sua área de abrangência na busca ativa de pessoas com possibilidades de desenvolverem transtornos mentais, antecipando assim a detecção de casos e interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento destas pessoas, além de realizar oficinas terapêuticas, atividades em grupo, com o objetivo de socialização, expressão e reinserção social. E ainda, a equipe de saúde da família deve realizar assistência domiciliar no intuito de humanizar e garantir maior qualidade e conforto ao paciente. Portanto, deve ser realizada quando as condições clínicas e familiares do paciente exigir, sendo a hospitalização a última alternativa a ser feita e só se necessária, mas com acompanhamento por parte da equipe.

Contudo, como afirma Silveira e Vieira (2009) à acessibilidade às demandas em saúde mental na atenção básica é um problema a ser considerado quando se pensa no planejamento, reorganização e inclusão das ações desta linha de cuidado no PSF. A interação entre os CAPS e as ESF amplia o potencial desses serviços como agenciadores de novos modos de cuidado, que possa realmente dispensar a internação hospitalar. A orientação das políticas de atenção à saúde mental, no Brasil, ao redirecionar as ações para os serviços extra-hospitalares e territoriais, tem em vista que novas estratégias sejam consolidadas e antigos modelos assistenciais sejam superados.

Portanto, o distanciamento existente entre o que se propõe e o que se executa são atribuídos, em parte, ao fato de que tanto o programa saúde da família quanto a reforma psiquiátrica e mais ainda sua integração são realidades novas, mesmo sendo resultantes de um longo caminho de lutas sociais. Porém, há muito a ser feito para que as ações do programa saúde da família sejam relevantes na saúde mental para familiares e pacientes com transtornos mentais (GONÇALVES; KANTORSKI; HECK, 2003).

## **5 OBJETIVOS**

### **Geral**

Buscar evidências científicas na literatura nacional sobre a humanização da assistência ao usuário com transtornos mentais acompanhados pelo Programa de Saúde da Família.

### **Específicos**

- Conhecer metodologias de instrumentalização das equipes de saúde da família (ESF) que facilitem, através da busca de experiências descritas neste estudo, a humanização da assistência ao portador de transtornos mentais e sua família, assim como o reconhecimento de suas necessidades, limites e possibilidades.
- Elaborar um plano de intervenção com ênfase na capacitação e qualificação da ESF Nova Era, voltado para humanização na assistência ao usuário de transtornos mentais.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 Procedimentos Metodológicos

O levantamento da produção científica sobre o tema humanização em saúde mental foi realizado nos periódicos nacionais por meio de revisão bibliográfica nas bases de dados Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SCIELO), Biblioteca Virtual de Enfermagem e livros pertinentes ao tema.

Para verificar a frequência de produções relativas ao tema humanização em saúde mental foi necessária a utilização de descritores visando garantir uma amplitude do seu panorama. Utilizaram-se, para a busca, os seguintes termos (palavras-chave e delimitadores): humanização, saúde mental e programa saúde da família, com a finalidade de selecionarmos a bibliografia potencial levando em consideração toda produção científica.

Primeiramente realizou-se a pesquisa com os descritores individualmente e notou ser indispensável um refinamento e, desta forma optou-se pelo refinamento dos descritores em dupla da seguinte maneira: humanização+saúde mental, humanização+psf, saúde mental+psf e obteve-se o seguinte resultado: foram encontrados 167 resultados, humanização+saúde mental 48 artigos; humanização+psf 29 artigos e saúde mental+psf 90 artigos.

Considerou-se neste levantamento bibliográfico os trabalhos publicados no período de 2000 a 2010, escritos na língua portuguesa, com textos completos sendo que a consulta às bases de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2009 a maio 2010.

Assim procedeu-se, então, à análise dos resumos das publicações científicas referentes aos descritores adotados seguindo-se as etapas: leitura exploratória a fim de conhecer todo o material, nesta fase constatou-se duplicação de publicações nas três bases de dados pesquisadas; após leitura seletiva através da qual foram selecionados os artigos pertinentes aos propósitos da pesquisa e finalizando leitura analítica dos textos, momento de apreciação e julgamento das informações evidenciando-se os principais aspectos abordados sobre o tema. Complementando o referencial teórico foram utilizados livros e monografias referentes ao tema.

Após foi elaborado e está sendo implantado junto a ESF Nova Era um plano de intervenção composto de instrumentos que organizam e facilitam a humanização da assistência em saúde mental na ESF, com base nos principais pontos abordados no referencial teórico levantou-se as dificuldades e soluções para implementação da assistência.

## **6.2 Cenário**

### **6.2.1 Caracterizando o lugar da pesquisa**

O Município de Boa Esperança uma cidade de aproximadamente 39.000 habitantes, e nas últimas décadas, a população de Boa Esperança teve uma taxa média de crescimento anual de 1,35%, a taxa de urbanização cresceu 7,11%, passando de 76,53% em 1991 para 81,98% em 2000. Sua economia, assim como a parte dos municípios da região é voltada pra agricultura com destaque para monocultura do café e pecuária. Temos a Cooperativa Agropecuária de Boa Esperança que emprega parte da população e indústrias que se dedicam ao ramo de vestuário, artefatos de tecidos, calçados, imobiliário, vestuário, produtos alimentares, indústria editorial e gráfica. Boa Esperança comporta 44 estabelecimentos industriais.

Além disso, a cidade tem grande potencial turístico devido sua localização às margens do lago formado por um dique da represa de Furnas e por ser cortada pela Serra da Boa Esperança, com belas cachoeiras, porém este potencial ainda é pouco explorado e valorizado pelos próprios habitantes da cidade. O aumento da violência, do tráfico de drogas e latrocínios, já pode ser mensurado nos dados policiais da cidade.

Na área da saúde faz parte da macrorregião de Varginha, temos 1 hospital filantrópico, 1 Pronto Atendimento Municipal (PAM), 1 CAPS em implantação, 6 Equipes de Saúde da Família que cobrem 58% da população, 1 Policlínica, 1 Laboratório de Análise Clínica Municipal, somos ainda referência para pequenas cidades vizinhas como Ilícínia e Coqueiral para atendimento de urgência e emergência, e cuidados hospitalares. Há cerca de 10 anos o município adotou a estratégia de saúde da família para reorganização da atenção básica e conta hoje com 05 equipes de saúde da família urbanas, 01 na zona rural e 01 PACS cobrindo aproximadamente 58% da população. Grandes problemas das ESF são a falta de perfil de alguns profissionais, principalmente os médicos



e alguns ACS (que estão no programa devido indicação política) e a cobertura que não beneficia a toda população.

Em relação á saúde mental conforme dados obtidos do DATASUS no período de novembro de 2008 á outubro de 2009 ocorreram 2.347 de internações, destas 138 em hospitais psiquiátricos um percentual 5,88% considerado elevado visto que o processo de desinstitucionalização vem instalando-se de forma gradativa há um bom tempo. O município tem características culturais e religiosas interioranas, onde grande parte da população se conhece, participam dos movimentos religiosos e comunitários, como o Rotary e Lions Clube, SOS, vicentinos, Samaritanas e outras organizações que incluimos na rede social das equipes de PSF.

### **6.2.2 Comunidade Nova Era - campo de estudo**

È uma comunidade de cerca de 6.800 habitantes, que se inicia no centro de Boa Esperança e parte para periferia, vem crescendo rapidamente devido a formação de novos bairros e abrange grande parte do comércio da cidade que emprega a maior parte da comunidade, a outra parte vive basicamente de trabalhos rurais, principalmente da cafeicultura. Toda comunidade tem saneamento básico (água tratada, esgoto e coleta de lixo) e a maioria tem boas condições de moradia e de vida, porém há um grande índice de desemprego. O analfabetismo é relevante entre os maiores de 40 anos, porém não há muita evasão escolar entre os menores de 14 anos.

Nesta comunidade existem duas importantes escolas, uma grande igreja, uma creche municipal e a ESF Nova Era que é composta por uma médica generalista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e 9 ACS. A situação da saúde mental nesta comunidade é bastante crítica, pois segundo dados do Sistema Informação da atenção Básica (SIAB) no ano de 2008 ocorreram um total de 8 internações psiquiátricas por transtornos mentais graves(esquizofrenia, abuso de álcool), 10 tentativas de suicídio ocasionando 3 óbito.Estes dados são relevantes quando comparados com as demais ESF atuantes na cidade.

São atendidas pela ESF Nova Era uma média de 50 pessoas ao mês que fazem uso problemático de álcool e drogas e recebem consulta individual e acompanhamento em grupos como tabagismo, além de visitas domiciliares. Existe uma dispensa mensal de 40 receitas em média de medicamentos controlados, geralmente benzodiazepínicos,

previamente prescritos por psiquiatras, e acompanhados posteriormente pelo período de 1 ano pela médica da ESF. Esta encaminha uma média de 12 pessoas ao mês ao serviço do CAPS e saúde mental que não mantém relação matricial e não faz referência e contra-referência com a ESF, que estabelece relação somente de busca ativa de casos graves que abandonam o tratamento.

Como recursos comunitários podem ser citados os seguintes: grupos de apoio Narcóticos Anônimos, grupo de Tabagismo (em implantação), oficina terapêutica com colaboração do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que é composto por psicóloga, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico e fisioterapeuta e desenvolvem atividades lúdicas, artesanais e de lazer com a comunidade, grupos religiosos e próprios voluntários integrantes da área de abrangência.

## **7 RESULTADO E DISCUSSÃO**

Tendo como referencial as diretrizes propostas no primeiro módulo: Processo de trabalho em saúde apresentado no curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi proposto junto à ESF Nova Era a elaboração de um plano de intervenção voltado para humanização da assistência em saúde mental.

Primeiramente foi exposto à equipe os principais pontos abordados no referencial teórico enfatizando as dificuldades e soluções para abordagem do tema. Em grande parte das pesquisas foram mencionados os principais fatores que dificultam o trabalho da ESF em saúde mental a saber: a ausência de um processo educativo permanente para todos os profissionais do PSF, a falta de referência e contra-referência entre o PSF e serviços de saúde mental, a relutância dos profissionais da ESF em assumir os problemas mentais dentro de seu território de atuação e a dificuldade dos usuários em reconhecer o PSF como porta de entrada para o tratamento.

Em contrapartida foram levantados vários instrumentos que favorecem esta abordagem, são eles: o acolhimento, vínculo e responsabilização do PSF em relação aos usuários com transtornos mentais e sua família, o domicílio como espaço terapêutico para intervenções através das visitas dos profissionais do PSF, a comunicação terapêutica através de atendimentos individuais e em grupos e a existência de recursos comunitários que beneficiam a construção da rede de cuidados em saúde mental.

Realizou-se análise da realidade na área de abrangência do PSF Nova Era de Boa Esperança através da técnica de Planejamento e Elaboração da Planilha de Programação Local em Saúde. Após identificou-se como principais problemas o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para humanizar o cuidado ao usuário com transtornos mentais e ausência de um processo educativo permanente em saúde mental para todos os profissionais da ESF. Valeu-se de abordagem integrada de ações educativas, mobilização social e incentivo ao uso de recursos locais. Depois de priorizados os problemas, foram estabelecidas metas, definidas ações e responsabilidades de todos os integrantes da ESF, conforme demonstra a Planilha de Programação Local em Saúde-1 abaixo.

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL DE SAÚDE MENTAL- 1						
Problema	Metas	Prazo	Ações	Responsável	Recursos necessários	Resultados esperados
<b>Ausência de um processo educativo permanente em saúde mental</b>	Aumentar o nível de informação da ESF Nova Era sobre a humanização da assistência ao portador de transtornos mentais	<b>Em implantação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Capacitação periódica para ESF através de oficinas de saúde.</li> <li>° Avaliação do nível de conhecimento da ESF sobre saúde mental</li> <li>° Elaborar campanhas e encontros educativos com ESF, CAPS, NASF e usuários com transtornos mentais e seus familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Secretaria Municipal de Saúde</li> <li>° Equipe de Saúde da Família</li> <li>° Equipe de Saúde Mental (CAPS, ambulatório)</li> <li>° Núcleo de Apoio à Saúde da Família</li> </ul>	<p><b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação pedagógica</p> <p><b>Financeiros:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, apostilas e folhetos educativos</p> <p><b>Organizacionais:</b> organização da agenda</p> <p><b>Políticos:</b> articulação intersetorial (PSF+NASF+SMS + CAPS)</p>	ESF mais informada sobre saúde mental Efetividade da humanização do atendimento em saúde mental
<b>Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para humanizar o cuidado ao usuário com transtornos mentais</b>	Implantar a linha de cuidado em saúde mental, incluindo referência e contra-referência	<b>3 meses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Implantar fluxograma de saúde mental (anexo1)</li> <li>° Implantar protocolo de atendimento ao portador de transtorno mental</li> <li>° Estabelecer referência e contra-referência</li> <li>° Elaborar o projeto terapêutico individual</li> </ul>	ESF NOVA ERA  SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL  SMS	<p><b>Cognitivos:</b> elaborar instrumentos de linha de humanização em Saúde mental</p> <p><b>Organizacionais:</b> Articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p><b>Políticos:</b> Adequação de fluxos (referência e contra-referência)</p>	Acompanhamento humanizado de todos os usuários com transtornos mentais

Paralelamente o grupo adaptou e implantou um protocolo de acolhimento em saúde mental, a Planilha de Programação Local em Saúde-2 e o Fluxograma de atendimento em saúde mental (anexos A, B e C) na tentativa de propor ações que qualifiquem a ESF para promover um atendimento mais humanizado ao usuário com transtornos mentais e sua família.

Os resultados deste estudo são confirmados por Tavares (2006) que através de pesquisa exploratória, analisou a necessidade de educação permanente da equipe de enfermagem nos serviços de saúde mental e verificou que estes profissionais demandam de qualificação de amplo espectro e que a educação permanente exige, além de programas educacionais baseados em definição de competências específicas, processos educativos críticos que visem desenvolvimento de conhecimentos de caráter interdisciplinar.

A organização do processo de trabalho em equipe é um instrumento que facilita a superação do modelo assistencial biomédico, ainda bastante predominante, uma vez que adota o caráter multidisciplinar, ampliando competências comuns, e reorganizando poderes e saberes estabelecidos.

Silveira (2009) em pesquisa sobre saúde mental na atenção primária afirma que no contexto de transição do modelo de assistência em saúde mental, o apoio ao processo de educação permanente é fundamental ao processo de viabilização da construção de outros saberes e fazeres no campo da assistência ao portador de transtornos mentais. Ressalta ainda que a participação da universidade e de órgãos formadores dos profissionais da área da Saúde, em parceria com os serviços de saúde, torna-se imprescindível na discussão sobre as propostas de otimização da Reforma Psiquiátrica, que envolve uma mudança de paradigma, ainda não presente na formação básica dos profissionais de saúde.

Deste modo, para que haja humanização do atendimento ao portador de transtornos mentais é necessário que o saber científico esteja agregado também ao acolhimento e este por sua vez facilitará um acesso de qualidade e resolutividade e conseqüentemente maior adesão ao serviço prestado.

Outro instrumento imprescindível para humanização em saúde mental no PSF segundo mostra a pesquisa são as oficinas terapêuticas que, de acordo com Minas Gerais (2006), apresentam-se como um desafio de invenção de complexas redes de negociação e oportunidades de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercício de direitos: onde o diálogo confronta-se com os preconceitos de incapacidade, invalidação e anulação da experiência da loucura, tornando-se um recurso no processo de singularização,

emancipação e construção de cidadania na vida social dos portadores de transtornos mentais

Para Minas Gerais (2006), no tratamento dos portadores de transtornos mentais são comuns as interrupções e recusa em comparecer ao atendimento programado, mesmo que familiares e amigos julguem necessário. Diante deste fato é preciso encontrar outras formas de buscá-los. Contudo as visitas domiciliares tornam-se grandes aliadas, estas devem ser realizadas com cautela respeitando sempre o espaço, costumes e valores culturais da família e do usuário.

A abordagem farmacoterápica bem sucedida é instrumento importante e está relacionada à capacidade de construir soluções que venham efetivar um contato adequado entre usuário e medicação, uma tarefa que cabe á toda equipe de saúde e não apenas ao prescritor (médico). Tendo em vista que maior parte do tratamento ocorrerá dentro dos espaços de convivência do portador de transtornos mentais, a investigação dos recursos pessoais, familiares e comunitários deve fazer parte da abordagem inicial de cada caso. Por isso torna-se necessário a implantação de um projeto terapêutico que aborde o usuário individualmente, defina a frequência ao serviço de saúde segundo suas necessidades e conte com uma rede de apoio interdisciplinar e intersetorial (MINAS GERAIS,2006).

Para Silveira (2009) a prática dos profissionais que compõem as equipe de saúde mental e a lógica do trabalho deverá ser guiada de modo a construir espaço na atenção primária, não apenas como a da porta de entrada do usuário, mas também como um espaço de acolhimento. Onde as ações devem incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada que contemple, para além do tratamento dos agravos, a inserção social, a conquista da cidadania e de ampliação de espaços de sociabilidade.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo alguns pontos relevantes sobre a temática humanização em saúde mental no PSF fazem-se necessários ao passo que se trata de um projeto antigo, mas de recente implantação nestes serviços e na ESF Nova Era.

Em relação ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira ora em implantação no país podemos destacar que apesar das influências este movimento adquiriu características únicas. Suas propostas de intervenção baseadas nas transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais apontam para a construção e reconstrução de novos modelos de atenção a saúde mental, onde o portador de transtorno mental é contemplado e não sua doença.

Dentro deste contexto a Reforma Psiquiátrica ganha respaldo com a legislação em saúde mental que através de diversas leis dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental sem qualquer tipo de discriminação. Desta forma a assistência passa a ter um enfoque humanizado e descentralizado contrariando um passado de exclusão psiquiátrica.

Observamos que a legislação em saúde mental legaliza a rede de cuidados para a consolidação da reforma psiquiátrica. Esta rede de cuidados composta por CAPS, SRT, centros de convivência, ambulatórios de saúde mental, hospitais gerais e atenção básica se organiza para assistência de base comunitária com objetivo de reinserção social.

Segundo as propostas da RPB a inserção da SM na atenção básica, especialmente por meio das ESF, se mostra como um desafio, porém com grande potencial de resolução visto que este programa se constitui em um espaço privilegiado de assistência.

Ressalta-se que a análise da temática em estudo apontou o PSF como uma importante estratégia para a (re) inserção do doente mental na sociedade, visto que este programa tem o domicílio como espaço terapêutico para intervenções através das visitas dos profissionais do PSF incorporando assim em suas atividades diárias ações de promoção, prevenção e educação para a saúde.

O estudo revelou que o acolhimento, vínculo e responsabilização do PSF em relação aos usuários com transtornos mentais e sua família favorecem a abordagem da saúde mental pelo PSF, pois possibilita que se estabeleçam novas relações com a

participação ativa de todos os envolvidos aliando o saber específico da clínica à sensibilidade, amor e respeito ao próximo.

Observa-se que a comunicação terapêutica através de atendimentos individuais e em grupos, oficinas de sensibilização e a existência de recursos comunitários que beneficiam a construção da rede de cuidados em saúde mental são recursos que podem ser incorporados nas atividades da ESF facilitando desta forma a assistência humanizada.

Constata-se que grande parte dos estudos dirige sua atenção especial para o atendimento domiciliar que é característico do PSF e o qualifica propiciando uma assistência mais humanizada de forma integral e contínua o que pode mudar a perspectiva do cuidado em saúde mental.

No entanto, também foram destacados nas pesquisas fatores que dificultam o trabalho da ESF em saúde mental: a ausência de um processo educativo permanente para todos os profissionais do PSF, a falta de referência e contra-referência entre o PSF e serviços de saúde mental, a relutância dos profissionais da ESF em assumir os problemas mentais dentro de seu território de atuação e a dificuldade dos usuários em reconhecer o PSF como porta de entrada para o tratamento.

E já outras pesquisas apontaram a reinserção social e falta de profissionais habilitados, sensíveis e dispostos a romper com princípios de controle e exclusão como os principais obstáculos para assistência humanizada ao portador de transtorno mental.

É relevante destacar que a literatura oficial propõe o PSF como ideal para assistir ao portador de transtorno mental e sua família, o que segundo grande parte dos estudos na realidade não está acontecendo devido à falta de capacitação e atualização destes profissionais.

Percebe-se assim que é fundamental para garantir a efetiva implementação da assistência humanizada de saúde mental no PSF à capacitação e educação permanente para estes profissionais contemplando tanto aspectos técnicos como os relativos à promoção da saúde, assistência, reabilitação social, abordagem da família, cuidado psicossocial quanto àqueles relativos à humanização das práticas para acompanhar mudanças propostas nas diretrizes da RPB.

Concluimos que só com o desenvolvimento de ações conjuntas, qualificadas e multiprofissionais, com suporte familiar, atividades em grupo, disponibilidade de serviços de referência e contra-referência, poderemos almejar reinserção na sociedade do portador de transtorno mental e a inclusão das ações de saúde mental na ESF. Para humanização das



ações em saúde mental é necessário que estas ações sejam iniciadas precocemente ou poderemos nos deparar com uma atenção básica feita somente de procedimentos pré-estabelecidos que não vise a desinstitucionalização.

Desta forma, entendemos que a criatividade, a sensibilidade e a renovação do conhecimento são necessárias para os profissionais do PSF, pois o caminho para a humanização da assistência é a qualificação profissional onde as velhas práticas são substituídas e reinventadas.

A construção de novos caminhos bem como a perspectiva de se terem novas práticas assistenciais exigem a reconstrução de conceitos antigos e o traçar de novas trajetórias. À medida que compreendermos a história da doença mental e toda sua cultura a assistência ao portador de transtorno mental pode se tornar mais digna e humana.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. 1, p. 735-759.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil**. 2006. p. 27-28.

BALLARIN, Maria L. G. S.; CARVALHO, Fábio B.; FERIGATO, Sabrina H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **Mundo saúde**, [S.l], v. 33, n. 2, p. 218-224, abr./jun. 2009. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/67/218a224.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/218a224.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

BALLONE, Geraldo J. **Humanização do Atendimento em Saúde**. [S. l.: s.n.], 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=251>>. Acesso em: Acesso em 22 fev. 2010.

BARRETO, Marcelo S; BÜCHELE, Fátima; COELHO, Elza B. S. O cuidado com o sofredor psíquico institucionalizado. **Revista Cogitare Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v. 13, n. 4, p. 607-611, out/dez. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. In: **Legislação em Saúde Mental**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 56-64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica. **O vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da saúde, 2004b.

COSTA, Eliani. **Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica**. 2002, 200p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2002. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0409.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

CURY, Camila F. M. R; GALERA, Sueli A. F. O psf como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. **Revista Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 273-278,

set./dez.2006.Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/viewFile/7983/5628>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

DELFINI, Patrícia S. S et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 1483-1492. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2010.

DIMENSTEIN, Magda. A reorientação da atenção em saúde mental: sobre a qualidade e humanização da assistência. **Psicologia ciência profissão**, [S. l], v. 24, n. 4, p.112-117, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000400013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 abr. 2010.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na Idade Clássica**. 8. ed. São Paulo:Perspectiva, 2005.

GONÇALVES, Rejane M. D. A; PEDROSA, Leila A. K. Perfil dos enfermeiros da estratégia saúde da família e suas habilidades para atuar na saúde mental. **Revista Ciência Cuidado Saúde**, [S. l], v.8, n. 3, p. 345-351, jul./set 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9015/5000>>. Acesso em: 27 abr. 2010.

GONÇALVES, Sérgio E; KANTORSKI, Luciane P; HECK, Rita M. Princípios que norteiam a prática em saúde mental de uma equipe do programa de saúde da família junto a familiares de indivíduos com transtorno mental severo. **Família Saúde Desenvolvimento**, Curitiba, v.5, n.2, p.93-102, mai./ago. 2003.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência a saúde: uma reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem**, [S. l], v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

JUCA, Vlândia J. S; NUNES, Mônica O; BARRETO, Suely G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 173-182, 2009.

LANCETTI, A. **Saúde e loucura: saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec. 2002. p.

LEITE, Rodrigo S; NUNES, Célia V; BELTRAME, Ideraldo. **Humanização hospitalar: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem**. São Paulo: [s.n.], Disponível em: < <http://www.pdf4free.com> >. Acesso em: 22 fev. 2010.

LUCCHESI, Roselma et al. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno Saúde Pública**, [S. l], v. 25, n. 9, p. 2033-2042. set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>>. Acesso 27 abr. 2010.

MACHADO, Ana Paula C. Saúde mental: um desafio no programa saúde da família. **Boletim da saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 160-170. jul./dez. 2003.

MACIAK, Inês. **Humanização da assistência de enfermagem em uma unidade de emergência**: percepção da equipe de enfermagem e do usuário. 2008. p. 144. Dissertação (Mestrado), Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí. 2008. Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=531](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=531)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

MACIEL, Marjorie E. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. **Revista Cogitare Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v. 13, n. 3, p. 453-456, jul/set. 2008.

MARAGNO, Luciana et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/12.pdf>>. Acesso 27 abr. 2010.

MARTINS, Maria C. F. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on line Brasil**, [S. l], v. 8, n. 5, mai. 2003. Disponível em: <<http://www.psychiatryon-linebrasil.com>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

MARTINS, Sueli T. F. et al. **Saúde mental no programa de saúde da família**: integralidade, processo grupal e planejamento participativo na formação de profissionais de saúde. 2006. p. Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2006. Disponível em: <[http://descartes.upc.es/cidui\\_2006/pujades/comunicaciones\\_completas/doc939.doc](http://descartes.upc.es/cidui_2006/pujades/comunicaciones_completas/doc939.doc)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental**: saúde em casa. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. p.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./fev. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lang=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 12 mai. 2010.

MURTA, Genilda F. **Saberes e Práticas**: guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 1. ed. São Paulo: Difusão, 2006. p. 295-455.

MUNARI, Denize B. et al. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do programa saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l], v. 10, n. 3, p. 784-95, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>>. Acesso em: 22 de fev. 2010.

NASCIMENTO, Adail M; BRAGA, Violante A. B. Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia. **Revista Cogitare**

**Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v. 9, n.1, p. 84-93, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1709/1417>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

NUNES, Mônica; JUCA, Vlândia. J; VALENTIM; Carla P.B. Ações de saúde mental no programa de saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/12.pdf>> Acesso em: 22 de fev. 2010.

OLIVEIRA, Alice G B; CONCIANI, Marta E; MARCON, Samira R. A capacitação e a gestão de equipes do PSF para a atenção psicossocial: um estudo de caso. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, [S. l], v. 7, n. 3, p. 376-384, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6511>>. Acesso em: 10 mai. 2010.

OLIVEIRA, Beatriz R. G; COLLET, Neusa; VIEIRA, Cláudia S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [S. l], v.14, n.2, p. 277-284, mar./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 02 de fev. 2010.

OLIVEIRA, Márcia. A. F.; COLVERO, Luciana. A. A saúde mental no Programa Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem: Programa Saúde Família**. Brasília, DF, 2001. p. 198-201.

PEREIRA, Alexandre. A; VIANNA, Paula. C. M. **Saúde Mental**. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2009. p. 76.

PEREIRA, Maria A. O; MACHADO, Márcio P; NASCIMENTO, Suraia A. E. B G. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. **Revista Ciência Cuidado Saúde**, [S.l], v.7, n.1, p. 59-64, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4907/3210>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

REIS, Alberto O. A. MARAZINA, Isabel V. GALLO, Paulo R. A humanização na saúde como instância libertadora. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, set./dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300005&lang=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 12 mai 2010.

RIBEIRO, Carolina C; RIBEIRO, Lorena A; OLIVEIRA, Alice G. B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Revista Cogitare Enfermagem**, Mato Grosso do Sul, v. 13, n. 4, p. 548-557, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13115/8873>>. Acesso em: 05 mai. 2010.

RIBEIRO, Mário S. et al. Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. **Revista Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, p. 40-50. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a09.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2010.

REINALDO, Amanda. M. S.; ROCHA, Ruth. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l], v. 4, n. 2, p. 36-41, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

RODRIGUES, Carol et al. **Linha de cuidado: saúde mental**. Centro de Ciências da Saúde: João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, 2009. 5 p.

SCÓZ, Tânia. M. X; FENILI, Rosangela. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S.l], v. 5, n. 2, p. 71-77, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

SIMÕES, Ana Lúcia A. et al. Humanização na saúde : enfoque na atenção primária. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 439-444, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/a09v16n3.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2010.

SILVA, Ana T. M. C et al. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58 n. 4, p. 411-415, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a06v58n4.pdf>>. Acesso 27 abr. 2010.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Jan./Fev. 2009.

SILVEIRA, Marília R. **A Saúde Mental na Atenção Básica: um diálogo necessário**, 2009 146p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SOUZA, Aline. J. F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n. 4, p 391-395, jul./ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000400006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 jan. 2010.

SOUZA, Maximiliano L. P. A Invisibilidade dos transtornos mentais no programa saúde da família (psf) no Brasil. Instituto Leônidas e Maria Deane, **Fundação Oswaldo Cruz**. [S. l], v. 14, n. 3, p. mar. 2009. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0309.php>>. Acesso 27 abr. 2010.

SOUZA, Rozemere C; SCATENA, Maria C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, [S.l], v. 13, n. 2, p. 173-179, mar./abr. 2005.

SUIYAMA, Renata C. B; ROLIM, Marli A.; COLVERO, Luciana A. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos?. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, set/dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01042902007000300010&lang=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042902007000300010&lang=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

TAKEMOTO; Maíra L. S.; SILVA ; Eliete M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2007000200009&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000200009&tlng=pt)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

TANAKA, O. Y. ; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, mar./abr. 2009.

TAVARES, Cláudia M. M. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 287-95, abr./jun. 2006.

TEIXEIRA, Ricardo R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, jul./set. 2005.

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. **Saúde mental na atenção básica**. Palmas: SAPS, 2007. p. 64.

VECCHIA, Marcelo. D. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família**: estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. 106p. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2006. Disponível em: <[http://www.amc.org.br/novo\\_site/esmesc/arquivos/marcelo%20dalla%20vecchia%20%20dissertacao%20-%20a%20saude%20mental%20no%20psf%5B1%5D.pdf](http://www.amc.org.br/novo_site/esmesc/arquivos/marcelo%20dalla%20vecchia%20%20dissertacao%20-%20a%20saude%20mental%20no%20psf%5B1%5D.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

VILÊNIA, Maria G. S. Humanização nos serviços: experiência voltada à educação permanente. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, supl.1, p. 54-60, jun. 2007. Disponível em:<[http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Suplemento\\_Vol31%2054.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/P%C3%A1ginas%20de%20Suplemento_Vol31%2054.pdf)>. Acesso em: 13 mai. 2010.

**ANEXOS**



## **ANEXO A**

### **PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL**

#### **Entrevista inicial**

##### **Identificação do usuário**

- Nome – Origem do encaminhamento –DN – Idade – Sexo – Profissão – Escolaridade Filiação: Pai e Mãe – Estado Civil – Cônjuge – Endereço – Bairro – Telefone – Município – Estado – CEP – Referência Familiar ou Social: endereço e telefone.

##### **Profissional responsável pelo acolhimento**

- Nome – Categoria Profissional – Número do Registro Profissional.

##### **Descrever de forma sucinta e clara:**

- As razões para o encaminhamento.
- As características do quadro clínico.
- A impressão diagnóstica.

##### **Conduta e encaminhamento:**

- Anotar a prescrição de medicamentos, se foi feita.
- Se o paciente vai fazer seu tratamento neste serviço, abrir prontuário, registrando anamnese completa.
- Se o paciente não vai fazer seu tratamento neste serviço, anotar as orientações e o encaminhamento.
- Sempre arquivar este registro de acolhimento.

##### **Forma de chegada ao serviço**

- Por encaminhamento ou demanda espontânea?
- Em caso de encaminhamento, especificar de onde e por quê.
- O próprio paciente solicita atendimento, ou é a família quem o faz? Por quê?

##### **Queixa principal**

- Anotar e caracterizar bem a queixa principal (preferencialmente nas palavras do usuário) \* Na caracterização desta queixa, considerar também as observações da família, quando importantes.

##### **História da doença atual**

- Relato cronológico do surgimento dos sintomas.
- Caracterizar bem os principais sintomas.

- Fatores precipitantes: circunstâncias da vida do paciente na ocasião do surgimento dos sintomas.
- Evolução dos sintomas: períodos de melhora ou piora, e fatores ligados a eles.
- Tratamentos realizados até o momento e seus resultados. Registrar ocorrência ou não de internações psiquiátricas anteriores. Registrar se está em uso de medicamentos atualmente, e quais são.
- Impacto da doença: nas atividades diárias, relações pessoais, comportamento, trabalho; na memória e na capacidade cognitiva; no sono, no apetite, na sexualidade.
- Em caso de suspeita de quadro orgânico, pesquisar possível relação dos sintomas com abuso de álcool e de outras drogas, doenças orgânicas, etc.
- Registrar divergências importantes entre o relato do paciente e o dos familiares, se houver.

### **História pessoal**

- Breve esboço biográfico do paciente, incluindo infância, adolescência, idade adulta.
- Problemas difíceis enfrentados pelo paciente ao longo da vida: conflitos amorosos, familiares e outros, perdas, lutos, eventuais tentativas de suicídio.
- Atual situação de vida: relações amorosas, afetivas, familiares; situação no trabalho e no convívio social.

### **Breve história médica**

- Relatar doenças clínicas importantes, anteriores e atuais, assim como os tratamentos realizados.
- Se o paciente fez ou faz uso de psicofármacos, registrar reações e efeitos adversos (impregnação neuroléptica, sedação, etc).

### **História sociofamiliar**

- Relações atuais com os familiares (aspectos principais).
- Caracterizar com quem vive e convive o paciente e qual é sua atual situação sociofamiliar.
- Registrar episódios importantes da história da família.

### **Exame do paciente**

- Avaliar nível de consciência, atenção e orientação.
- Investigar presença de atividade delirante-alucinatória.
- Observar aparência, humor, afetividade, psicomotricidade.

**Hipótese diagnóstica**

- Trata de quadro orgânico, neurose ou psicose?
- Se for possível diagnóstico mais específico, registrá-lo (por exemplo: neurose obsessiva; esquizofrenia paranóide).
- Registrar dúvida quanto a diagnóstico diferencial, se houver.

**Avaliação da situação atual**

- Registrar impressão quanto à maior ou menor gravidade do caso.
- Avaliar possíveis riscos se houver.

**Conduta**

- Diante dos dados colhidos até então, registrar qual a conduta tomada.
- Caso se imponha qualquer medida terapêutica sem o consentimento do usuário, sempre apresentar as razões.

**Projeto terapêutico individual****Identificação do usuário**

- Nome – Registro do usuário na Unidade de Saúde Mental – CID – Data Serviço: CAPS, Unidade Básica, Outros.

**Justificativa do tratamento no serviço****Objetivos do tratamento no serviço****Previsão do tempo de tratamento no serviço (se houver)****Frequência ao serviço**

- Atendimento agendado ou espontâneo.
- Especificar o período em que é realizado o atendimento (“semanalmente”, ou “mensalmente”, e assim por diante).

**Técnico de referência**

- Nome do técnico.
- Frequência do atendimento individual com o técnico de referência: diariamente, quinzenalmente, etc.
- Principais questões abordadas no atendimento.

**Avaliação psicofarmacológica**

- Há necessidade de uso de medicação: sim ou não?

Em caso positivo:

- Nome do psiquiatra.
- Frequência das avaliações psiquiátricas: número de vezes semanais ou mensais.

- Medicamentos utilizados e dosagem.

#### **Participação de atividades no serviço**

- Oficinas.
- Passeios.
- Reuniões.
- Outros (especificar).

#### **Cuidados especiais com o paciente**

- Ajuda na higiene e autocuidado.
- Necessidade de acompanhamento próximo (ex. risco de auto-extermínio). Especificar o motivo.
- Necessidade de cuidado médico, odontológico, etc. Especificar.

#### **Abordagem familiar**

- Aspectos a abordar (ex. busca de reconstrução de laços familiares rompidos).
- Modo de abordagem (ex.atendimento regular, participação em grupos familiares, etc).

#### **Reinserção social**

- Abordagem de problemas sociais imediatos e garantia de direitos. Especificar.
- Reinserção social a médio ou a longo prazo:
- O usuário conta com laços familiares e/ou sociais capazes de auxiliá-lo no processo de reinserção social? Qual a proposta formulada para que isto possa ocorrer?
- Considerando as aspirações e as dificuldades do usuário, o que se pode fazer para promover a reinserção social?

#### **Alta**

- Justificativa da alta.
- Encaminhamento: nome do serviço e dos técnicos responsáveis pela continuidade do tratamento.
- Medidas tomadas para assegurar a continuidade do tratamento.

## ANEXO B

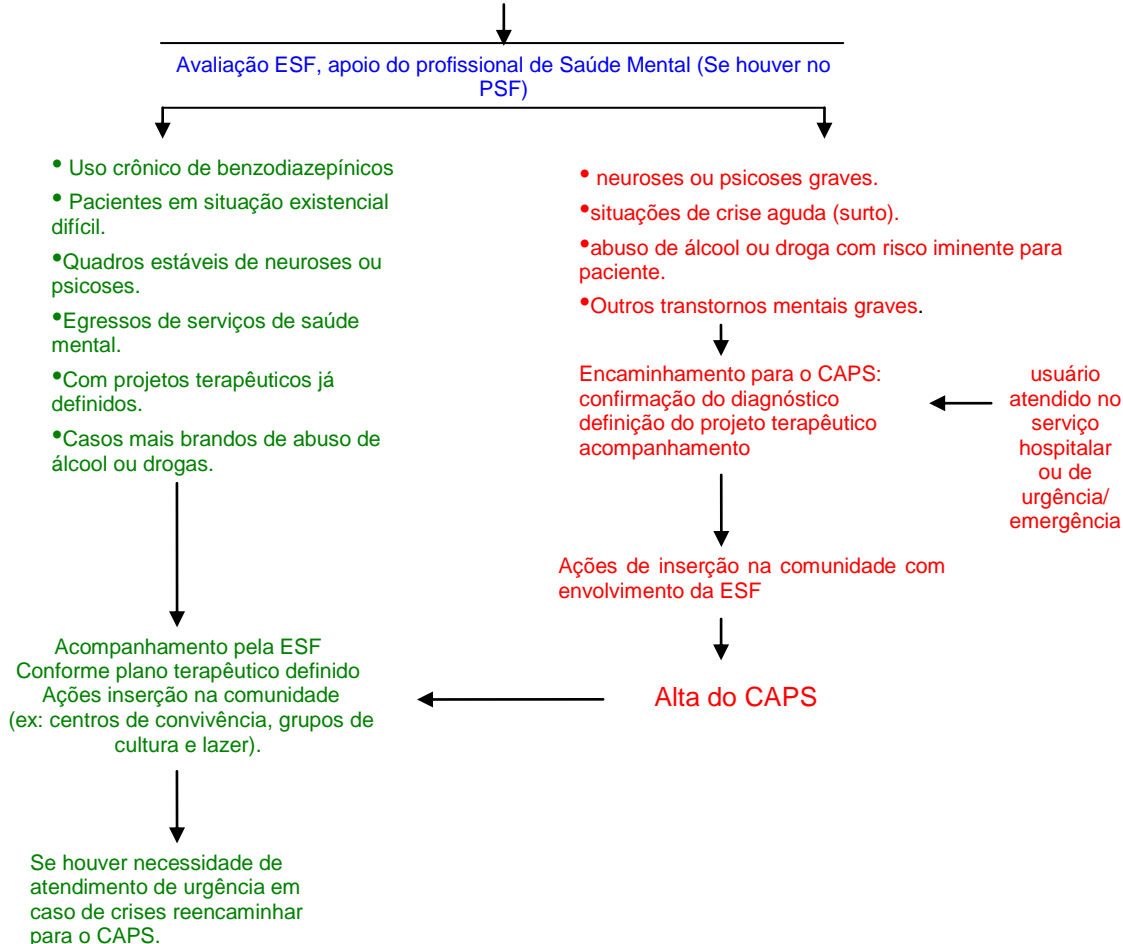
<b>PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL 2 – Saúde Mental</b>		
<b>RESULTADO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARÂMETRO</b>
<b>Acompanhamento de todos os usuários com transtornos mentais.</b>	Identificar e articular a rede de serviços de Saúde Mental, substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, para acolher e tratar todos os usuários portadores de transtornos mentais priorizando os de risco grave.	Rede de serviços identificada, articulada e em funcionamento.
	Identificar todos os usuários portadores de transtornos mentais leves, moderados, graves e persistentes.	100% dos usuários identificados
	Identificar todos os usuários em uso prejudicial de álcool e de outras drogas.	100% dos usuários em uso prejudicial de álcool e outras drogas identificados.
	Realizar consultas mensais, médicas e de enfermagem alternadas, para todos os usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados com apoio do CAPS e NASF	100% dos usuários portadores de transtornos mentais de risco grave estabilizados recebem acompanhamento mensal.
	Encaminhar anualmente todos os usuários portadores de transtornos mentais para o serviço de referência, para revisão do plano terapêutico.	100% dos usuários portadores de transtornos mentais encaminhados para o serviço de referência.
	Identificar todos os usuários egressos de serviços de Saúde Mental, com intercorrências e encaminhá-los novamente para o serviço.	100% dos usuários egressos de serviços de Saúde Mental, com intercorrências são identificados e encaminhados novamente para o serviço.
	Executar o plano de cuidados (medicamentos, participação em programas de reinserção social, etc) prescrito na alta para todos os egressos de serviços de Saúde Mental.	100% dos usuários egressos de serviços de Saúde Mental recebem plano de cuidados prescrito.
	Promover a participação de todos os usuários portadores de transtornos mentais em atividades psicossociais e/ou comunitárias.	100% dos usuários portadores de transtornos mentais participam de atividades psicossociais e/ou comunitárias
	Realizar busca ativa através de visita domiciliar de todos os portadores de transtorno mental que não comparecem aos agendamentos	100% dos usuários com transtorno mental comparecem aos agendamentos e aderem ao tratamento
<b>Prevenção de transtornos mentais entre os usuários da área de abrangência da UBS.</b>	Identificar todos os usuários com forte suspeição para transtornos mentais.	100% dos usuários com forte suspeição para transtornos mentais identificados.
	Encaminhar para o serviço de referência todos os usuários com forte suspeição para transtornos mentais de risco grave.	100% dos usuários com forte suspeição para transtornos mentais graves encaminhados para serviço de referência.

## ANEXO C

## FLUXOGRAMA DE SAÚDE MENTAL: PSF NOVA ERA

Usuário é identificado na visita domiciliar ou acolhido no PSF com seguinte perfil:

- Uso crônico de benzodiazepínicos ou antidepressivos;
- Neuroses ou psicoses;
- Uso de álcool ou droga;
- Egressos de serviços de saúde mental;
- Usuários problemáticos;
- Usuários em crise:



Todos os itens acima fazem parte da linha guia de **Atenção em Saúde Mental**: saúde em casa, desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. SAS/MG, 2006 e foram adaptados para a implantação no Programa de Saúde da Família Nova Era em Boa Esperança –MG.