

ALDA APARECIDA MARTINS

ABORDAGEM DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA-
REVISÃO DE LITERATURA

UBERABA/MINAS GERAIS
2011

ALDA APARECIDA MARTINS

ABORDAGEM DE SAUDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMARIA-
REVISÃO DE LITERATURA

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: Profª Denise Terenzi

UBERABA/MINAS GERAIS
2011

ALDA APARECIDA MARTINS

ABORDAGEM DE SAUDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMARIA-
REVISÃO DE LITERATURA

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^a Denise Terenzi

Banca Examinadora

Prof^a.Claudia Rangel_____UFMG

Prof^a. Cibele Chapadeiro_____UFMG

Aprovada em Uberaba 02/ 07/ 2011.

AGRADECIMENTOS

Obrigada!

A Deus por ter me dado sabedoria.

Aos meus Pais José Martins (*in memoriam*) e Sebastiana Martins, por todo amor.

Aos meus Filhos Aira e Kairo, pela compreensão e carinho.

Aos meus irmãos, pelo apoio e compreensão.

As minhas amigas Aline e Ângela, pela amizade, apoio e incentivo.

A minha orientadora Denise Terenzi, que contribuiu muito na realização deste trabalho e pela atenção.

A Equipe de saúde da família (PSF I Augusta Ferreira da Silva) pela grande colaboração.

Aos meus tutores e a Coordenação do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo acolhimento e por ter me concedido a oportunidade de realizar este curso tão enriquecedor.

RESUMO

O presente trabalho objetivou realizar um levantamento bibliográfico sobre abordagem do paciente com transtorno mental na Estratégia da Saúde da Família, com vistas a subsidiar o cuidado da Equipe saúde da família aos pacientes portadores de sofrimento mental. Foi feita uma revisão bibliográfica do tema nas bases de dados LILACs e SciELO, com os descritores: *Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Atenção Primária* através da análise de artigos e dissertações/ teses, livros, manuais do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, além da observação do atendimento feito pela Equipe de Saúde da Família, composta por profissionais atuantes no município. A leitura do material selecionado permitiu a construção de 3 categorias de análise: *A evolução da assistência psiquiátrica através dos tempos; O atendimento de saúde mental na Estratégia da Saúde da Família; O importante papel da família na reinserção social do paciente portador de transtorno mental*. Vimos que o atendimento a saúde mental, na atenção primária tem como atores sociais, os usuários portadores de sofrimento mental, a Equipe de Saúde da Família, as famílias e a comunidade. Acreditamos que, com um o conhecimento ampliado a cerca da reforma psiquiátrica poderemos direcionar as condutas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família e orientar suas ações na assistência, permitindo melhorias na qualidade de atendimento a esses usuários. Concluiu-se, portanto que um processo de trabalho organizado, a capacitação profissional e as ações de prevenção e promoção à saúde na atenção primária são fundamentais para o tratamento do transtorno mental, com especial ênfase no acolhimento, que se mostrou um organizador do processo de trabalho em saúde mental no serviço.

Descritores: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Atenção Primária.

SUMMARY

The present work aimed at to accomplish a bibliographical rising on the patient's approach with mental upset in the Strategy of the Health of the Family, with views to subsidize the care of the Team Health of the Family to the patients bearers of mental suffering. It was made a bibliographical revision of the theme in the bases of data LILACs, Google Acadêmico and Scielo, with the descriptors: Psychiatric reforms; Mental Health; Primary attention through it analyzes of goods and dissertations / theories, books, manuals of Ministry of Health, of the State General office of Health of Minas Gerais, besides the observation of the service done by the Team of Health of the Family, composed by active professionals in the district. The reading of the selected material allowed the construction of 3 categories of analyzes: The evolution of the psychiatric attendance through the times. The service of mental health in the strategy of the Health of the Family. The important paper of the family in the patient's bearer of mental upset social reintrgration. We saw that the service the mental health, in the attention has as social actors, the users bearers of mental suffering, the Team of Health of the Family, the families and the community. We believe that, with a the enlarged knowledge about of the psychiatric reform we can address the professionals' of the Team of Health of the Family conducts and to guide their actions in the attendance, allowing improvements in the service quality those users. It was ended, therefore that a process of organized work, the professional training and the prevention actions and promotion to the health in the primary attention are fundamental for the treatment of the mental upset, with special emphasis in the reception, that an organizer of the work process was shown in mental health in the service.

Keywords: Psychiatric Reform, Mental Health, Primare Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO GERAL	13
3 METODOLOGIA	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 A evolução da assistência psiquiátrica através dos tempos	16
4.2 Atendimento de saúde mental na Estratégia da Saúde da família.	20
4.2 O importante papel da família na reinserção social do paciente portador de transtorno mental.	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico, por sua magnitude e impacto, tem se constituído um dos principais problemas de saúde pública no mundo, implicando em sofrimento individual, familiar e social. Os transtornos neuropsiquiátricos representam aproximadamente 13% dos Anos de Vida Ajustados por Incapacidade chegando a atingir 33% e representando quatro das seis primeiras causas de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade, quando se consideram todos os transtornos mentais, comportamentais e fatores relacionados (JARDIM, 2009).

Segundo o mesmo autor Anos de Vida Ajustados por Incapacidade é a medida de anos de vida ajustados em função de incapacidades e significa a perda de um ano de vida saudável, ou seja, se refere a tempo vivido com uma lesão ou tempo perdido por morte.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira sofreu grande influência da Reforma Democrática iniciada em Gorizia, na Itália, na década de 1960, quando foram proibidas as internações em hospitais psiquiátricos; além disso, foi preconizado que fosse organizada uma rede de serviços extra-hospitalares, para que o cuidado ao doente mental fosse oferecido de maneira inclusiva, mais próxima da comunidade e da família (ANGELINE 2007)

Minas Gerais sempre esteve presente no cenário nacional da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a partir da realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979. “Produções mineiras, como as reportagens: nos *Porões da Loucura* de Hiram Firmino, e o filme *Em nome da razão* de Helvécio Ratton, chocaram a opinião pública, divulgando as condições desumanas dos hospitais. Fortaleceu-se então a organização dos trabalhadores mineiros de Saúde Mental” (MINAS GERAIS. 2006. p 32).

Essa mudança de modelo de atenção aos portadores de sofrimento propicia um novo tipo de cuidado e garante aos usuários um atendimento mais digno e humano. Exige dos profissionais de saúde, principalmente da Equipe da Saúde da Família (ESF), a busca de novos conhecimentos para organizar, de maneira eficiente, o processo de trabalho, possibilitando assim um acolhimento adequado aos usuários com transtorno mental. O acolhimento efetivo permite aos profissionais conhecer a realidade dos pacientes, possibilitando uma abordagem mais eficaz.

O Programa Saúde da Família (PSF) é considerado um importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrando o cuidado na família e não no indivíduo doente, trabalhando com os conceitos de vigilância a saúde e com o enfoque sobre o risco, além de desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção de saúde mental, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do

adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania (NUNES, 2007).

Vale ressaltar que a inclusão do tratamento ao usuário com transtorno mental no PSF é uma das intervenções mais efetivas, pois o fato da Equipe Saúde da Família conhecer os usuários que estão sob o seu cuidado e ter estreito contato com eles, favorece a construção de vínculos terapêuticos e aumenta a responsabilidade da equipe de saúde nos respectivos tratamentos.

A abordagem psicossocial acentua o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e a promoção da saúde mental (PEREIRA & VIANNA, 2009). Daí a importância da abordagem da Equipe de Saúde para o tratamento do paciente portador de sofrimento mental.

Como descrito na Literatura, o sofrimento mental tem se constituído num dos principais problemas de saúde pública no mundo, pois, mesmo com os avanços da Reforma Psiquiátrica e com a implantação do novo modelo de atenção à saúde mental, ainda são insuficientes os serviços e a estrutura da sociedade que recebam com dignidade os portadores de sofrimento mental. Há, portanto, uma necessidade premente de mudanças e de inovações, para que sejam resolutivas as ações prestadas aos portadores de sofrimento mental.

Um das mudanças, das inovações importantes para o aperfeiçoamento do atendimento são os cursos de capacitações de profissionais, destacando-se aqui o Curso de Especialização de Atenção Básica em Saúde da Família, que qualificam os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), visando maior eficiência e eficácia no atendimento prestado a população adscrita.

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais, que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com as ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais e ambulatórios, bem como com o programa De Volta Para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, 2008).

Em municípios com menos de 20 mil habitantes é impossível a implantação de vários serviços de atenção psicossocial; o que pode ser implantado em municípios desse porte são ações de saúde mental na rede básica de atendimento.

Algumas atividades de prevenção e promoção a saúde já estão sendo realizadas em nosso município, como é o caso do projeto “Agita Varjão”, que tem como objetivo geral proporcionar à

população, especialmente à de hipertensos, diabéticos e idosos do município, conhecimentos sobre os benefícios da atividade física, chamando atenção para sua importância como fator de proteção e promoção da saúde, bem como a melhoria da qualidade de vida.

Outra atividade é o grupo de artesanato, que ainda está se organizando para obter resultados efetivos, ou seja, falta ainda uma estrutura física adequada e recursos financeiros para manter a confecção dos objetos. Mas, mesmo com a falta de recursos muitos usuários frequentam o grupo, eles levam seus próprios materiais para confecção dos objetos, lá eles trocam idéias, experiências transforma-se o momento num ambiente familiar de lazer.

Segundo Pereira; Vianna (2009), reabilitação psicossocial é oferecer ao usuário oportunidades para que ele possa aumentar suas trocas de recursos materiais afetivos, em que se estabelece como decisiva a perspectiva da negociação. Trata-se não de conduzi-lo a determinada meta estabelecida *a priori*, em um referencial da normalidade, mas de convidá-lo a exercer plenamente aquilo, seja pouco ou muito, que é capaz.

Relatam ainda que reabilitar não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda e sim trabalhar na construção de vínculos sociais possíveis. Para alguns pacientes, especialmente aqueles com alto risco de exclusão social e de prejuízo de sua autonomia, pequenas mudanças podem significar grandes avanços. Por exemplo, a simples circulação pela cidade de um paciente psicótico, que antes não saia de seu quarto, pode representar um movimento importante na construção de novas perspectivas de trocas e de inserção social (PEREIRA; VIANNA, 2009).

Diante da importância do processo de reabilitação social e do grande número de pessoas em nossa cidade com transtornos mentais diversos, além do fato que, em nosso município não existem muitas opções de entretenimento, terapia, diversão e lazer, torna-se importante a implementação destas atividades.

As oficinas terapêuticas são muito eficazes para o tratamento de doença mental. As oficinas são compreendidas como um desafio de invenção de complexas redes de negociação e de oportunidades, de novas formas de sociabilidade, de acesso e exercícios de direitos: lugares de diálogos e de produção de valores que confrontem os pré- conceitos de incapacidade, de invalidação e de anulação da experiência loucura. No entanto a oficina terapêutica objetiva prevenir uma série de problemas em nível da saúde mental (MINAS GERAIS, 2006).

Embora sabendo da eficácia dos trabalhos terapêuticos, há uma grande resistência por parte dos usuários em integrar a este tipo de terapia, pois muitos acreditam ainda que os medicamentos sejam mais resolutivos, a saída que a maioria encontra é uso de medicação, que

está aumentando indiscriminadamente, em uma busca de alívio para o sofrimento mental, sendo que entre os medicamentos mais procurados estão os benzodiazepínicos.

Os benzodiazepínicos (BDZs) são drogas que começaram a ser utilizadas na década de 60. O Clordiazepóxido foi o primeiro BDZ lançado no mercado (1960), cinco anos após a descoberta de seus efeitos ansiolíticos, hipnóticos e miorrelaxantes. Além da elevada eficácia terapêutica, os BDZs apresentaram baixos riscos de intoxicação e dependência, fatores estes que propiciaram uma rápida aderência da classe médica a esses medicamentos (ORLANDI, 2005).

Esses (BDZs), fármacos caracterizados por propriedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes e miorrelaxantes, estão entre os medicamentos mais prescritos no mundo, inúmeras vezes sem indicação adequada, constituindo, portanto, num grave problema de saúde pública. Afirma ainda que o uso continuado usualmente provoca fenômeno de tolerância, com a necessidade de doses cada vez maiores para a manutenção de efeitos terapêuticos (MINAS GERAIS, 2006).

Vale, então, ressaltar o tamanho da responsabilidade da Equipe Saúde da Família e a importância do trabalho da Equipe para o tratamento efetivo do usuário, pois não basta simplesmente o médico clínico prescrever a medicação; é necessário o acompanhamento, a presença da Equipe de saúde na residência do usuário, oferecendo apoio aos familiares e avaliando a resolubilidade do tratamento. A relação entre os profissionais e o paciente deve ser baseada em respeito mútuo e dignidade. Os membros da Equipe devem ter consciência da responsabilidade em se indicar o tratamento adequado, bem como reconhecer as próprias limitações e realizar encaminhamentos para outros profissionais, sempre que necessário.

O processo de trabalho da Equipe de Saúde é organizado de forma que permite o acompanhamento dos usuários de transtorno mental mensalmente, através de visitas domiciliares e atendimento com o médico clínico na unidade de saúde. Nos casos de transtornos mais severos, os usuários são encaminhados para o serviço de saúde mental de referência do Município. Os medicamentos para os usuários são disponibilizados mensalmente na farmácia básica e, àqueles impossibilitados de buscar os medicamentos, as agentes comunitárias se responsabilizam por levá-los à residência do usuário. Além do acompanhamento, são realizados pelos profissionais de saúde outros atendimentos alternativos, como as oficinas de artesanatos uma vez por semana, caminhadas duas vezes por semana e encontros com a Equipe “Agita Varjão” uma vez por mês. Todas essas práticas atuam na prevenção de agravos, na promoção e na recuperação de saúde, baseadas em um modelo de atenção humanizado.

A equipe recebe os usuários com muito carinho, quando vão a unidade para consulta médica é sempre atendidos, e mensalmente são agendados as consultas para acompanhamento e controle da medicação. Os objetos confeccionados nas oficinas de artesanatos são criações das Agentes Comunitárias de Saúde, voluntárias da comunidade e pelo próprio usuário.

Ao esboçar o plano de tratamento, é importante ainda dispor de algum tempo para informar-se sobre a natureza do transtorno, o uso racional dos medicamentos, as evidências de sua eficácia, o que se espera com seu uso, o tempo necessário para se observar o efeito, os possíveis efeitos colaterais e as medidas que podem ser adotadas para reduzi-los. Dissipar as dúvidas, além de fortalecer a relação com o usuário é indispensável para a adesão e para evitar interrupções precoces do tratamento.

Portanto o atendimento a saúde mental é uma tarefa coletiva e contínua. Envolve ações para preservar e recuperar aquilo que torna as pessoas humanas. Requer também um ambiente saudável e calmo no qual todos possam prosperar, onde a tolerância seja generalizada e onde a violência seja menor (OPS/OMS, 2001).

Dentro desse contexto, acreditamos que o aprofundamento do conhecimento acerca da reforma psiquiátrica, poderá propor diretrizes, bem como direcionar as condutas dos profissionais de saúde e orientar suas ações na assistência ao portador de sofrimento mental, melhorando, assim a qualidade de vida desses usuários do município de Varjão de Minas.

Em consideração ao aumento dos usuários na unidade básica de saúde à procura de atendimento psiquiátrico e do aumento desses fazendo uso de benzodiazepínicos no município de Varjão de Minas, que surgiu o interesse em elaborar o presente trabalho, visando ajudar os profissionais de saúde a abordar com eficácia o usuário com transtorno mental e sua família.

2 OBJETIVO GERAL

Realizar um levantamento bibliográfico sobre a abordagem do paciente com transtorno mental na Estratégia da Saúde da Família

3 METODOLOGIA

A metodologia segundo Marcus (2001) tem um papel importante como um norteador de uma pesquisa, pois ela define instrumentos e procedimentos para análise dos dados, descreve as etapas orientadoras do processo de investigação, evitando quaisquer erros ou interferências subjetivas do pesquisador.

A elaboração do presente trabalho adotou como metodologia a revisão bibliográfica da literatura nacional, a fim de encontrar referenciais teóricos versando sobre a saúde mental na atenção primária, para subsidiar as discussões da ESF e posteriormente a elaboração de uma proposta de organização do serviço de saúde para melhorar o atendimento do paciente com transtorno mental pela equipe na Estratégia de Saúde da Família em Varjão de Minas, visto que esta revisão possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse (Gil 2004). Será considerado um recorte temporal da publicação nos últimos 10 anos (2000-2009).

Segundo Trentini; Paim, (1999); Martins, (2001) a revisão bibliográfica, ou revisão da literatura, é a análise crítica, meticulosa e ampla das publicações correntes em uma determinada área do conhecimento que procura explicar e discutir um tema com base em referências teóricas publicadas em livros, revistas, periódicos e outros.

Levando-se em conta a gama de abordagens dentro da revisão de literatura, optou-se por utilizar a revisão narrativa.

A revisão da literatura narrativa ou tradicional, segundo Cordeiro *et al.* (2007, p. 430), “apresenta uma temática mais aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica”.

Para Rother (2007.sp)

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos. Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor

O Levantamento dos dados foi realizado na base de dados, da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACs, no Scientific Electronic Library Online – SCIELO, e também Google acadêmico, além dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, de Minas Gerais e também a observação do atendimento feito da Equipe de Saúde, composta por profissionais atuantes no município.

A busca dos artigos e teses se deu através dos descritores: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Atenção Primária. Com o descritor “saúde mental” localizamos artigos no SCIELO, com o qualificador *atenção primária*, selecionamos outros artigos no Google através de leitura exploratória, artigos esses que se adequaram ao objeto de estudo. Alguns artigos foram impressos pelo SCIELO para análise.

A partir da leitura criteriosa das publicações encontradas foram selecionadas, somente aquelas que responderam à questão do estudo. Posteriormente as principais informações foram compiladas, e feita uma análise descritiva das mesmas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de esquematizar a apresentação da revisão da literatura, definiu-se eixos temáticos, a saber:

4.1 A evolução da assistência psiquiátrica através dos tempos

Na Antiguidade, as pessoas com distúrbios mentais eram tratados por membros de instituições religiosas que cultuavam ASCLÉPIOS (deus da medicina na mitologia grega) e, embora também nesta época existissem formas de encarceramento destes, os chamados loucos gozavam de certo grau de liberdade, muitas vezes circulando e fazendo parte do cenário e das linguagens sociais, variando a predominância da relação entre a sociedade e a loucura, conforme as épocas e os lugares (LOPES 2008).

Já na Idade Média, a doença mental passou a ser considerada uma obsessão causada por demônios. As mulheres eram vistas como bruxas e os procedimentos curativos iam desde o exorcismo, tortura e até a fogueira (MINAS GERAIS, 2006).

No final do século XVIII, entendia-se que os loucos não podiam circular no espaço social como os outros cidadãos, tendo em vista sua alegada periculosidade; assim, visando curá-los, uma vez que aqui não eram mais vistos como pecadores e sim como doentes, passaram a ser internados em instituições destinadas especificamente a eles; surgem então os manicômios, onde as técnicas de tratamento do doente variavam, desde duchas frias, chicotadas, sangrias, contenções físicas e choques elétricos (MINAS GERAIS, 2006).

Nas primeiras décadas do século XX, os manicômios não só cresceram em números, como se tornaram mais repressivos. No final da Segunda Guerra Mundial era dramática a situação dos hospitais psiquiátricos. Foi quando surgiram os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica. (MINAS GERAIS, 2006).

Esse modelo de reforma psiquiátrica inspirou mudanças no modelo de atenção à saúde mental no Brasil e possibilitou a revisão dos paradigmas que norteavam a assistência psiquiátrica do país. Do mesmo modo como ocorria na Itália, no Brasil, os hospitais psiquiátricos eram utilizados como dispositivo de exclusão social e paradigma de organização da sociedade (ANGELINE, 2007).

Apesar da influência italiana ter se iniciado na década de 1960, a reestruturação oficial da atenção a saúde mental no Brasil só foi iniciada, em 29 de janeiro de 1992, com a portaria 224 do Ministério da Saúde e aprovação da Lei nº 10216 da Reforma Psiquiátrica, conhecida como Lei

Paulo Delgado, aprovada em 6 de abril de 2001 no Congresso Nacional Brasileiro Essa nova legislação passou a ter o apoio das leis estaduais que dispõem sobre a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares existentes na comunidade (JUNQUEIRA, 2009).

Essa movimentação ganhou impulso com a aprovação da Lei Paulo Delgado, por meio de intensa mobilização dos segmentos envolvidos. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada e formada por núcleos de atendimentos, como redes de apoio e hospitais-dia (BRASIL, 2004).

Nos anos de 1970 a 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a magnitude dos problemas de saúde mental e admite a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza, então, a descentralização dos serviços existentes e a integração dos serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, assim como a formação de cuidadores não especializados e a participação da comunidade (NUNES, 2007).

Assim, com essa nova legislação, os hospitais psiquiátricos do Brasil foram se adaptando a um processo de desospitalização que, ao longo do tempo, deveria tornar menor sua importância dentro do sistema de saúde, enquanto ocorria a estruturação de uma rede de serviços extra-hospitalares.

Este cenário, na medida em que deixava de oferecer internações longas, passa a exigir outras intervenções em saúde mental que dêem conta da crescente parcela da população com problemas mentais.

Frente a este contexto, Jardim, (2009) aborda que são crescentes as preocupações e as discussões acerca dos saberes e fazeres em saúde mental, dada a sua magnitude e seus avanços teóricos e filosóficos, no sentido de se romper com o modelo clássico de exclusão.

A psiquiatria traz, ao longo da sua história, alguns marcos que nortearam o atendimento ao doente mental como, por exemplo, a revolução de Pinel, a introdução dos psicofármacos, o uso da psicoterapia e o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros. Atualmente estamos vivendo um período de mudanças ideológicas, estruturais e políticas nas ações de saúde mental, mais especificamente em relação à institucionalização da assistência (ESPERIDIÃO, 2001).

Segundo Bielemann (2009), o modelo hospitalocêntrico vem sendo cada vez mais questionado na atenção à saúde mental no Brasil e, gradativamente, vem sendo substituído por uma nova forma de cuidado ao indivíduo portador de sofrimento psíquico, na qual a inclusão e a

reabilitação social são os eixos que orientam as ações dos profissionais na vertente da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta forma de atuação é um movimento que busca substituir a assistência excludente e inadequada, que promovia o abandono e a marginalização, por uma rede de atenção integral à saúde mental, que favorece a integração social dos portadores de sofrimento psíquico e qualifica a sua existência, dando-lhes o real direito ao cuidado para que, assim, possam receber ajuda em seu sofrimento, levando em consideração suas potencialidades e possibilidades como sujeito de desejos e de planos.

Conforme a reforma psiquiátrica e dentre os questionamentos dos modelos, vale ressaltar o percurso do fechamento dos leitos psiquiátricos. Inicialmente, enquanto os países da Europa e os Estados Unidos vivenciavam um processo de transformação da assistência psiquiátrica, com ênfase na desospitalização, os brasileiros assistiam a uma expansão dos leitos nos hospitais privados financiados pelo Estado. Isso porque, desde seus primórdios, a tendência central da assistência aos “loucos”, no Brasil, foi a de excluí-los, em um primeiro momento, junto aos desocupados, os inadaptados e perturbadores da ordem social nas Santas Casas, onde recebiam um tratamento diferente dos demais, amontoados nos porões, sem assistência médica, com sintomas reprimidos por espancamentos ou contenção em troncos, condenados à morte por maus tratos físicos, desnutrição e doenças infecciosas (LOPES, 2008).

A partir da época da ditadura militar, compreendida entre 1964 a 1984, houve sérias transformações sociais, políticas e econômicas no país, que levaram a uma política de privatização da assistência e, conseqüentemente, a um sucateamento da saúde pública, devido à falta de investimento do governo. Com essa privatização da assistência psiquiátrica, o governo optou por contratar leitos em hospitais privados para dar continuidade ao tratamento dos pacientes com problemas mentais e, com isso, os leitos foram aumentando, pois os donos dos hospitais visavam obter o máximo lucro com essas internações (LOPES, 2008).

Para se ter uma idéia da expansão do número de leitos psiquiátricos nos hospitais privados financiados pelo Estado, basta verificar que, em vinte anos (de 1950 a 1970) a população brasileira cresceu 82 % e a população dos hospitais psiquiátricos cresceu 213%. Esse aumento resultou no agravamento da situação dos hospitais psiquiátricos, com superpopulação, deficiência de pessoal, maus tratos, péssimas condições de hotelaria e tratamentos de pouca utilidade (LOPES, 2008).

Nesta época, Minas, como outros Estados do Sudeste, mantinham um grande número de hospitais psiquiátricos, concentrados, sobretudo em Belo Horizonte, Barbacena e Juiz de Fora.

Também como em outros Estados, estes eram praticamente os únicos recursos assistenciais (MINAS GERAIS, 2006).

Assim sendo, no final da década de 1970, os profissionais que trabalhavam nesses hospitais começaram a denunciar a precariedade dos hospitais e os maus tratos sofridos pelos internos; nessa época ocorre também o movimento da reforma sanitária, que se concretizou por meio da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde tendo como lema “A saúde como direito de todos e dever do Estado” e que se baseava nos princípios da regionalização, da hierarquização, da participação comunitária, da integralidade e da equidade (LOPES, 2008).

A partir desse momento, foram realizados vários outros movimentos para efetivação do redirecionamento do modelo de assistência, como as conferências de saúde mental, criação e aprovação de leis, como a Lei nº 10.216 referente à adequação dos espaços para o tratamento psiquiátrico. Mais de 40 mil, ou seja, mais da metade dos leitos em hospitais psiquiátricos foram fechados. A criação de uma rede substitutiva, para o cuidado em liberdade, foi uma diretriz aprovada na III Conferência Nacional de Saúde Mental e assumida, ao menos em tese, pelo Estado brasileiro (LOBOSQUE, 2009).

Ocorreram, a partir de então, uma série de debates e seminários sobre a realidade do que se passava dentro dessas instituições. Era preciso humanizar os hospitais psiquiátricos e ao mesmo tempo, criar novas modalidades de cuidado que gradativamente nos permitissem prescindir da sua existência (MINAS GERAIS, 2006).

Durante os anos 80, os hospitais psiquiátricos do Estado, principalmente os públicos, deram início a um processo de humanização da assistência. Ao mesmo tempo, no contexto de uma Reforma Sanitária que já incentivava as ações de saúde em nível básico, promoveu-se a locação de equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde, por meio da implantação do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado de Saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Vale ressaltar que no início dos anos 90, os usuários e os familiares passaram a participar ativamente da luta antimanicomial, juntamente com os trabalhadores da saúde mental, constituindo suas próprias associações, e também atuando no Fórum Mineiro de Saúde Mental, núcleo mineiro do Movimento da Luta Antimanicomial. Dando início a implantação de um modelo assistencial em Saúde Mental. A partir de então, várias cidades, em ritmos diversos, vêm implantando serviços e ações substitutivas ao hospital psiquiátrico (CAMPOS, 1998; MINAS GERAIS, 2006).

A organização independente dos trabalhadores de Saúde Mental, que passaram a realizar encontros estaduais em diferentes municípios mineiro para discutir a reforma psiquiátrica,

favoreceu em muito a transformação da situação da Saúde Mental no Estado. A Associação Mineira de Psiquiatria, então assumida por setores progressistas da área, mostrou-se solidária com as novas propostas a serem implantadas (MINAS GERAIS, 2006).

O fechamento dos leitos dos hospitais psiquiátricos foram ocorrendo gradativamente, e os serviços substitutivos CAPS em suas várias modalidades e outros serviços estão sendo implantados (BRASIL,2008).

Atualmente, respeitando as diretrizes e as propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Secretaria de Estado de Saúde vem construindo, juntamente com os municípios, a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

4.2 Atendimento de saúde mental na Estratégia da Saúde da família.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são expressivas no sentido de demonstrar a potencialidade da incursão de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF. Alguns autores apontam para algumas destas potencialidades: fortalecimento do processo de mudança do modelo médico-privatista, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários do sistema e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde (SILVEIRA, 2009).

O conceito de território presente na ESF estabelece uma forte interface com princípios caros à reforma psiquiátrica brasileira, como as noções de territorialidade e responsabilização pela demanda, além de conferir um novo sentido e ordenamento às ações de saúde mental no contexto da atenção básica, tornando possível migrar do modelo das psicoterapias tradicionais para um modelo onde o usuário seja considerado como sujeito-social, numa abordagem relacional na qual o sujeito é concebido como participante de suas redes sociais e ambiente ecológico (SILVEIRA, 2009).

A atenção básica traz na sua filosofia ações articuladas, como a visita domiciliar, a potencialização de recursos comunitários, ações intersetoriais, oferta de atividades tais como esportes comunitários, grupos de mães, de mulheres, de idosos, oficinas de artes, grupos educativos, de apoio, lazer, entre outros, garantindo o atendimento integral ao paciente e a sua família (AMARANTE *et AL.*,2011).

Desse modo, a ESF tem com meta principal a promoção da saúde. Um dos grandes desafios do cuidado da promoção da saúde é a de mudança nas condições de vida. A construção da qualidade e o desenvolvimento humano envolvem a solidariedade, interdisciplinaridade, articulação e comunicação entre os atores sociais, para que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população (AMARANTE *et al.*, 2011).

Entre os desafios a serem enfrentados pela ESF estão à formação de competências e habilidades com base nas relações partilhadas, como as tecnologias leves de acolhimento, vínculo e responsabilização, e assim, ampliar o acesso às ações da saúde oferecidas à população em busca da integralidade da assistência. É preciso envolver os trabalhadores para que usem seus arsenais tecnológicos na busca de serviços eficientes e satisfação das necessidades da população. Desse modo, é preciso investir na formação de profissionais, seja na graduação, na educação continuada ou permanente (AMARANTE *et al.*, 2011).

A necessidade de se inserir questões sobre a saúde mental na dinâmica na ESF se evidencia diariamente, nas práticas de saúde, uma vez que a chegada de usuários com sofrimento psíquico nas unidades de saúde é bastante frequente. As queixas são as mais variadas e, por essa razão, é importante a equipe estar preparada para oferecer maior resolubilidade aos problemas destes usuários.

Segundo Coimbra (2007, p. 19):

A atenção primária à saúde poderia resolver, de forma eficaz e humanizada, 90 % dos problemas dos usuários. O SUS optou por organizar a Atenção Primária a Saúde (APS) através do modelo de saúde familiar. Para ser de fato resolutiva, a Estratégia Saúde da Família necessita qualificar os profissionais da Saúde da Família no que se refere aos problemas frequentemente encontrados na USF e a saúde mental seria um deles pois, muitas vezes, alguns transtornos leves não são identificados e são tratados como queixas pontuais. Sendo assim, é de real importância que os profissionais estejam qualificados para prestar assistência humanizada e de qualidade à população assistida.

Cabe, portanto, entender a importância da qualificação do trabalho da equipe para abordar os usuários e resolver, de forma eficaz e humanizada, os problemas. Vale ressaltar que o acolhimento é a primeira etapa de uma série de intervenções, ou seja, é uma estratégia valiosa para a organização do serviço de saúde, beneficiando principalmente o usuário. Ele pode ser realizado por todos os profissionais da Unidade, do porteiro ao motorista, do auxiliar administrativo ao funcionário da limpeza e pela equipe técnica. Para todos que participam do processo de trabalho em um serviço de Saúde, acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido (MINAS GERAIS, 2006).

Acolher se refere à humanização, escuta qualificada, resolubilidade e responsabilização frente às necessidades em saúde do usuário. O acolhimento não pode ser confundido com uma triagem (JARDIM, 2009).

Entende-se ainda que o acolhimento implica em uma orientação política que traz para dentro dos serviços e do sistema de saúde, a tensão e os conflitos gerados pelas necessidades em saúde, modificando estruturas e processos da atenção em saúde (JARDIM, 2009).

Conclui-se que, através de uma escuta qualificada e de uma boa organização do processo de trabalho da equipe, muitos dos problemas que os usuários enfrentam no dia a dia podem ser amenizados.

Segundo Vieira (2009), a incorporação do acolhimento e do vínculo no cotidiano do cuidado em saúde também tem contribuído para desvelar e problematizar a (des) humanização do atendimento, determinada, principalmente pela tecnificação do cuidado à saúde.

No entanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo principal prestar assistência em saúde em nível de atenção primária, exercendo seu papel pautado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); universalidade, integralidade da assistência, equidade, com participação social a todos os usuários de uma população adstrita em sua área de abrangência. Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico. Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa (BRASIL, 2005).

Um aspecto que não pode ser esquecido é o monitoramento dos medicamentos usados pelos pacientes visto que o tratamento medicamentoso causa muitos efeitos colaterais, o que pode dificultar na eficácia do tratamento; cabe, portanto, à equipe de saúde acompanhar sistematicamente o usuário, conscientizando-o da importância da continuidade do tratamento, do acompanhamento clínico para ajuste da dosagem, buscando assim minimizar os efeitos colaterais, a fim de garantir maior resolubilidade do problema.

O retorno do paciente ao médico, periodicamente, é um fator de importância para o monitoramento da dose, avaliação dos efeitos colaterais e da resposta terapêutica. A prescrição racional de benzodiazepínico deve ser encorajada e feita em condições apropriadas, com monitoramento cuidadoso, sempre objetivando estabelecer um bom vínculo com o paciente. Com esse tipo de abordagem, é possível minimizar os efeitos colaterais e evitar o desenvolvimento de dependência.

A dependência química é um fenômeno potencialmente grave e relativamente comum nas unidades básicas de saúde. Muitos usuários dependentes experimentam grande dificuldade até mesmo em considerar a necessidade de uma retirada gradual, alegando principalmente exacerbação de insônia e da ansiedade.

O sucesso da abordagem farmacoterápica está relacionado à capacidade de construir soluções que venham a efetivar um contato adequado entre o paciente e o psicofármaco, uma tarefa que cabe a toda a equipe de saúde e não apenas ao prescritor (SOUZA, 2007).

Há muitas ações que os profissionais de saúde, em especial do Programa Saúde da Família (PSF) podem desenvolver, envolvendo a participação dos familiares:

- Aconselhamentos, diálogos, desenvolvimento de trabalhos grupais, não somente na prevenção de doenças, mas também para inventar e reinventar a prática da atenção em saúde.
- Ampliação dos referenciais de escuta e do atendimento não diretivo.
- Busca, em outros setores sociais, de ajuda para o que se percebe impotente.
- Desenvolvimento do poder criativo em todas as direções, não se restringindo à rotina de um trabalho meramente instrumental.

Como descreve Kalache (1990), *apud*, Chaimowics (1998), cabe aos profissionais de saúde não apenas prover cuidados, mas atuar como mediadores, facilitadores, defensores e treinadores da saúde.

4.3 O importante papel da família na reinserção social do paciente portador de transtorno mental.

O conceito de família consiste na base da sociedade, união, amor divino, solidariedade e as relações se caracterizam por atitudes de cooperação, união e sentimentos positivos. As funções de socialização, e a crença de que a sociedade é um reflexo da formação familiar estão implícitas na família (RANDERMARK, 2004).

A assistência a doença mental, em sua história, sempre apontou para a impossibilidade de a família estar junto, conviver, cuidar do doente mental. Durante muitas décadas o afastamento do convívio social e familiar marcou significativamente o tratamento que era dado ao doente mental: reclusão. A desospitalização veio devolver a família o seu paciente, possibilitando a aproximação, a convivência dando-lhe a responsabilidade do cuidar (VIANA, 2004).

Com o processo da desinstitucionalização psiquiátrica, a conseqüente ênfase em serviços comunitários de saúde mental e períodos mais curtos de hospitalização, as famílias dos pacientes têm participado cada vez mais como as principais provedoras de cuidados e apoio aos pacientes. Entretanto, apenas nos últimos anos tem havido maiores conscientização e valorização do importante papel exercido por essas famílias. Esse processo contribuiu, por um lado, para uma mudança positiva de atitude em relação às famílias, que são atualmente consideradas aliadas potenciais no cuidado às pessoas que sofrem de distúrbios psiquiátricos severos, diminuindo assim o estigma a que estas estiveram submetidas durante muitos anos e conseqüentemente, o seu distanciamento em relação aos profissionais de saúde mental que, no passado, estiveram embebidos em teorias culpabilizantes das famílias (BANDEIRA; BARROSO, 2005).

A família é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Além disso, cabe a esta elaborar e redimensionar valores e expectativas relacionadas ao cotidiano e ao futuro de seu familiar com sofrimento psíquico. No entanto, existe também a necessidade dos profissionais da área de saúde mental de não centrar sua atenção apenas na pessoa doente, mas em toda a estrutura da sociedade na qual esta se insere. Destaca-se neste contexto, especialmente, a família, pois esta constitui o sistema social dentro do qual evoluem as fases de crescimento e de desenvolvimento do ser humano (BIELEMANN, 2009).

Outra mudança importante na reforma psiquiátrica é, portanto, a inclusão da família no tratamento do usuário, pois, anteriormente, ela se mantinha afastada, como simples observadora dos acontecimentos; hoje, o serviço precisa estar com as portas abertas à inserção desta família, integrando-a e incentivando sua participação frente às atividades desenvolvidas pelo serviço e, ao mesmo tempo, dar suporte para que esta possa contribuir também para a manutenção da saúde do usuário do serviço. A família passa a ser então incorporada ao processo terapêutico, contribuindo com a reabilitação psicossocial do usuário (BIELEMANN, 2009).

A concepção de ressocialização para as famílias do portador de transtorno mental representa uma nova forma de vida que o possibilita a associação a outras pessoas estabelecendo uma relação mais solidária. Embora seja encarada como um novo caminho, a idéia de ressocialização restringe-se ainda a um aumento da tolerância social, o que não significa o crescimento da contratualidade social, inserção no mercado de trabalho e utilização das potencialidades do portador, pois ainda ele é visto como alguém incapaz de viver na sociedade (RANDERMARK, 2004).

Neste sentido Bielemann (2009) relata, a necessidade de um sistema de atenção em saúde que contemple a abordagem integral dos indivíduos e de seus familiares, a partir de ações e

estratégias que promovam não somente a inserção do usuário no seu grupo familiar e comunidade, mas também a inserção da família nas práticas dos trabalhadores em saúde mental, pois esta é uma das dimensões fundamentais no cotidiano do serviço.

É importante o trabalho com as famílias dos usuários, para que estas não os excluam do convívio familiar e compreendam que o apoio familiar pode ser muito efetivo na recuperação de saúde do usuário com o transtorno mental e que, juntos, podem lutar contra o preconceito ainda existente na comunidade em relação ao portador de sofrimento psíquico.

A família tem uma participação importante na luta contra a exclusão social e econômica do paciente, com o apoio dos serviços substitutivos e das Unidades Básicas de Saúde visto que existe o marco da economia solidária, surge assim parceiro natural para a discussão das pessoas com transtorno mental do mercado de trabalho (BRASIL, 2005).

È no dia a dia dos serviços da rede de atenção à saúde mental e nos movimentos sociais, por uma sociedade sem manicômios, é que os usuários e familiares vêm garantindo seus direitos e o seu lugar. Afinal, o grande desafio da Reforma Psiquiátrica é construir um novo lugar social para os “loucos” (BRASIL, 2005). A Reforma psiquiátrica privilegia a cidadania, o direito de ir e vir do sujeito.

A convivência com o paciente com transtorno mental no ambiente familiar provoca muitas mudanças nos costumes, hábitos e rotinas da família. Gerando conflitos, sentimento de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste (RANDERMARK, 2004).

A família, muitas vezes, dedicada ao seu familiar doente, precisa se reorganizar e, assim, sobrecargas lhes são acarretadas devido às mudanças em suas rotinas, gastos financeiros além dos orçamentos previstos, e ocorre um grande desgaste físico e emocional no cuidado ao doente (SPADINI, 2004).

Ela deve ser inserida no processo terapêutico a fim de contribuir na manutenção da saúde do usuário do serviço, bem como pela necessidade que esta possui de partilhar seus anseios, frustrações, experiências, visto que é responsável por suprir grande parte da demanda do paciente.

Neste sentido Bielleman (2009) enfatiza que, a necessidade de um sistema de atenção em saúde que contemple a abordagem integral dos indivíduos e também de seus familiares, a partir de ações e estratégias que promovam não somente a inserção do usuário no seu grupo familiar e comunidade, mas também a inserção da família nas práticas dos trabalhadores, pois esta é uma das dimensões fundamentais no cotidiano do serviço.

O cuidado à saúde mental na ESF possibilita aos usuários e seus familiares a oportunidade de assumirem o papel de agente transformador da realidade, o indivíduo portador de transtorno mental deixa de ser objeto de intervenção para tornar-se agente de mudanças de uma nova realidade, para edificar sentido e cidadania. Com isso, abrem-se importantes portas para aproximação da família ao serviço e do serviço à família.

A forma como o serviço se organiza para responder às necessidades do usuário está diretamente relacionada à sua qualidade. Pereira;Vianna (2009, p. 32) definem um serviço de alta qualidade como aquele “que se ocupa de todos os pacientes que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os pacientes que dele possam se beneficiar.

Severo (2007) a reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos são ferramentas imprescindíveis na concretização dos objetivos da Reforma, se tiver a participação afetiva e efetiva da família nesse processo, conseqüentemente ocorrerão mudanças na realidade concreta dos sujeitos.

Outras melhorias nos cuidados prestados as pessoas que sofrem transtornos mentais, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), dependem de uma melhor educação dos trabalhadores em saúde, do público em geral e de um compromisso mais efetivo dos governos quanto ao desenvolvimento de serviços de atendimento aos doentes mentais e às suas comunidades (LIMA, 2003).

Na maioria das vezes, os pacientes portadores de sofrimento mental participam das atividades terapêuticas para buscar melhorias na difícil tarefa que é viver em sociedade. Assim, no mínimo, esperam encontrar um local que os acolha, permitindo que tenham uma vivência diferenciada daquela que experimentaram anteriormente, permeada de frustrações e negações.

Portanto, é possível perceber a importância da família no sucesso da terapêutica adotada pelo serviço, visto que esta é, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo; a família deve ser, portanto, considerada como parceira no tratamento. Entende-se também que não basta tratar um único membro da família, mas necessita-se oferecer cuidado a todos os familiares envolvidos com o sofrimento psíquico (BIELEMANN, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família é uma estratégia que torna viável a efetivação de ações que envolvam acolhimento, cuidado e trocas sociais, visando um organizador do sistema de saúde nos municípios, com vistas a garantir o cuidado efetivo e com qualidade, sustentado na autonomia e na habilidade do portador de sofrimento mental.

Sendo assim, se a equipe do PSF trabalhar na busca de um melhor atendimento ao doente mental, juntamente com os Gestores, familiares e buscar, ainda, compreender, o processo da reforma psiquiátrica, a importância da inserção social, possivelmente ele terá melhor qualidade de vida.

Dessa forma, pensando na colaboração para a melhoria da atenção básica a saúde mental pode-se comentar sobre a necessidade de continuar capacitando profissionais de saúde, na perspectiva da compreensão do modelo a atenção a saúde mental, principalmente através de cursos sequenciais e de Especialização em Saúde da Família. Vale destacar importantes iniciativas direcionadas à qualificação dos profissionais da atenção básica desencadeadas pelo Ministério da Saúde em parceria com os gestores estaduais e municipais, tanto quanto com diversas instituições de ensino superior.

Acreditamos que o conhecimento ampliado a cerca da reforma psiquiátrica poderemos direcionar as condutas dos profissionais da Equipe de Saúde da Família e orientar suas ações na assistência, permitindo melhorias na qualidade de atendimento a esses usuários. Concluiu-se, portanto que um processo de trabalho organizado, a capacitação profissional e as ações de prevenção e promoção à saúde na atenção primária são fundamentais para o tratamento do transtorno mental, com especial ênfase no acolhimento, que se mostrou um organizador do processo de trabalho em saúde mental no serviço.

E com o apoio dos profissionais, dos familiares, de um atendimento qualificado e acolhedor, e com a inserção desses usuários nas atividades terapêuticas existentes no município, como as atividades físicas, grupo de artesanatos, se possam amenizar o sofrimento mental e, com isso, possivelmente reduzir o uso de medicamentos.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Aline Lage et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. Revista **Texto contexto – enfermagem** v 13, n.1, p.85-93, mar 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/>. Acesso em: 28/05/2011.
- ANGELINI, C.F.R. **O Sentido Construído a cerca do Cuidado ao Portador de Transtorno Mental Grave por uma Equipe de Saúde da Família da Cidade de Araraquara - SP**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto (SP), 2007. AUCHEWSK, L; *et al.* Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26 n.1 São Paulo mar. 2004.
- BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das Famílias de Pacientes Psiquiátricos: Artigo de Revisão. **J.bras.psiquiatr.** v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental**. Brasília.2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Institui o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm> Acesso em: 28/06/2010.
- BRASIL.Ministério da Saúde. Saúde Mental passo a passo: Como organizar a rede de saúde no seu município. Coordenação Geral de Saúde Mental /DAPE/SAS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rede_de_saude_mental_revisado_6_11_2008.pdf Acesso em 05/11/2010.
- BENEDETTI, T. R B. *et al* . Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Programas de Pós-Graduação em Educação Física e Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, São Paulo abr. 2008. Epub 29-Fev-2008.
- BIELEMANN, V. L. M. *et al.* A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.18,

n.1, Florianópolis jan/mar 2009. Disponível <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>. Acesso em 16/11/2010.

CAÇAPAVA, J. R. *et al.* Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, São Paulo, dez. 2009.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. Cidadania, Sujeito, CERSAMS e Manicômios. In: **Metipolá Revista do CERSAM-Leste**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.

COIMBRA, V.C.C. Avaliação do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2007.

CORDIOLI ,A.V. Psicofármacos nos transtornos Mentais. Porto Alegre, 2000. Disponível no site: www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf. Acesso em: 13/07/2010.

DEMETRIO,F.N. Psicofarmacologia aplicada: manejo prático dos transtornos mentais/São Paulo: Atheneu, p.364,2006.

ESPERIDIÃO, E. - Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 16/09/2010.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: atlas, 2004.

JARDIM,V. M. R. *et al.* Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. **Texto contexto - enferm.** v.18, n. 2, Florianópolis abr/jun 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em 16/11/2010.

JUNQUEIRA, S.A.E. Perfil Sócio – **Demográfico e Clínico de Pacientes Psiquiátricos tratado em Hospital Dia**. Universidade de São Paulo, Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Programa de Pós- Graduação em Saúde Mental . Ribeirão Preto, 2009.

LIMA, A.B. D. *et al.* Projeto Porto Nacional (Tocantins): uma proposta de atuação em saúde mental na comunidade. **Rev. Psiq. Clín.** São Paulo, v.30, n.3, p.108-111, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n3/v30n3a11.pdf>. Acesso em 16/11/2010

LOBOSQUE, A. M. Caderno Saúde Mental 2 Universidade e Reforma Psiquiátrica Interrogando a distância. A Prática teórica-Clínica dos Serviços da Reforma Psiquiátrica e o Discurso Universitário: Qual a Distância?. Universidade e Reforma Psiquiátrica: um encontro a construir. ESP/MG Belo Horizonte, 2009. p. 104.

LOPES, A. *et al.* Hospital das Forças Armadas, **Especialistas em Atividades Hospitalares** especialidade enfermagem geral. Brasília: Vestcon,2008.

MARCUS, M. T.; LIHER, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDOWOOD, G., HABER, J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliações críticas e utilização. 4. Ed., Rio de Janeiro.: Guanabara Koogan, 2001.

MARTINS, G.A. & PINTO, R.L. Manual para **elaboração de trabalhos acadêmicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em saúde mental: Linha Guia da Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2006. 238 p.

NUNES, M. *et al*, Ações de Saúde Mental no Programa saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAUDE (OPS/OMS). SAUDE MENTAL: Cuidar, sim. Excluir, não. 07 Abr. 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/hpp/MentalPOR.pdf>. Acesso em 25/05/2010.

ORLANDI, P.; NOTO, A.R. Uso indevido de benzodiazepínicos: um estudo com informantes-chave no município de São Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v.13 n.spe Ribeirão Preto out. 2005. Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea18.pdf>. Acesso em 25/11/2010.

PEREIRA, A. A; VIANNA P. C. M. Saúde Mental. Nescon, UFMG Belo Horizonte: coopomed, 2009. 76 p.

RANDERMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci de Oliveira. A reforma Psiquiátrica no Olhar das famílias. **Revista Texto e Contexto Enfermagem** v. 13, n. 4, p. 543 – 550, Out – Dez 2004. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/714/71413406.pdf>. Acesso em 25/05/2011.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paul. Enferm. Vol. 20 n°2. São Paulo. Abril/Junho, 2007. Editorial.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza; DIMENSTEIN, Magda; BRITO, Monique; CABRAL, Clariana; ALVERGA, Alex Reinecke. A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. Arquivos **Brasileiros de Psicologia**, V. 59, n. 02, 2007. Disponível em: <http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=104&layout=html&locale=fr#end>. Acesso em 25/05/2011.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stibler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e saúde coletiva**, v 14 n. 1 Rio de Janeiro jan./fev. 2009. Disponível em: [http:// www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?). Acesso em 28/05/2011.

SPADINI, Luciene Simões; CONCEIÇÃO, Maria; SOUZA, Bernardo de Mello e – A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, V. 40, n. 1, p. 123 – 127. 2006. Acesso em 25/05/2011.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

VIANA. P,C.M e BARROS.S. O significado do cuidado para a família na reabilitação psicossocial do doente mental: uma revisão teórica. **Reme-Rev.Min.Enf.** 8(1).165-252.,jan/mar.2004.