

**DAIZE CARVALHO TADOKORO**

**TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
UMA REFLEXÃO SOBRE A NECESSIDADE DE  
ORGANIZAR E ACOLHER A DEMANDA DOS  
USUÁRIOS DO SUS**

**UBERABA-MG**

**2012**

**DAIZE CARVALHO TADOKORO**

**TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
UMA REFLEXÃO SOBRE A NECESSIDADE DE  
ORGANIZAR E ACOLHER A DEMANDA DOS  
USUÁRIOS DO SUS**

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

Orientador: Alexandre de Araújo Pereira

**UBERABA-MG**

**2012**

**DAIZE CARVALHO TADOKORO**

**TRANSTORNOS MENTAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:  
UMA REFLEXÃO SOBRE A NECESSIDADE DE  
ORGANIZAR E ACOLHER A DEMANDA DOS  
USUÁRIOS DO SUS**

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

Orientador: Alexandre de Araújo Pereira

Banca Examinadora

Aprovada em Uberaba \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me dar força e enfrentar todos os obstáculos no decorrer do curso e a todas as pessoas que me incentivaram e que de alguma forma ajudaram na realização desse projeto: o meu eterno carinho.

## **RESUMO**

O presente trabalho objetiva uma revisão sobre os principais transtornos mentais acometidos aos usuários da Atenção Básica. Foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o tema com o objetivo de refletir sobre a demanda da clientela portadora de algum tipo de transtorno mental, acolhendo e proporcionando novas alternativas ao tratamento. O caminho metodológico percorrido foi: levantamento bibliográfico quanto a Reforma Psiquiátrica e Transtornos Mentais Comuns na atenção primária tendo como acervo bibliográfico livros, capítulos de livros, e artigos disponíveis em sites e coletâneas organizadas. A assistência em saúde mental no Brasil tem passado por um processo de mudança, movido principalmente pela reforma psiquiátrica e é fundamental para a integralidade do serviço prestado e que a atenção básica estabeleça uma interface com as ações de saúde mental.

Palavras-chave: atenção primária, transtornos mentais, reforma psiquiátrica

## **ABSTRACT**

The present paper an overview of the main mental disorders affected users of Primary Care. We conducted a literature review on the subject in order to reflect on the carrier customer demand some kind of mental disorder, welcoming and providing new alternatives for treatment. The methodological approach was covered: literature review and the Psychiatric Reform and common mental disorders in primary care as having bibliographic books, book chapters, and articles available on sites and collections organized. The mental health care in Brazil has gone through a process of change, driven mainly by the psychiatric reform and is fundamental to the integrity of the service provided and that the primary interface with the mental health services.

Keywords: primary care, mental disorders, psychiatric reform

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	09
3. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS.....	11
4. METODOLOGIA.....	11
5. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS .....	12
5.1 DEPRESSÃO.....	13
5.2 ANSIEDADE.....	14
5.3 DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	14
5.4 SOMATIZAÇÕES.....	15
5.5 PSICOSES.....	16
6. CONCLUSÃO.....	17
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
9. APÊNDICE.....	22

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem-estar dos indivíduos. Os avanços da medicina mostram que, como muitas doenças físicas, estas perturbações resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. É evidente que a saúde mental debilitada de um indivíduo desempenha um papel significativo na diminuição do funcionamento imunitário e conseqüente desenvolvimento de certas doenças. Sabe-se que as perturbações mentais podem afetar todas as idades e causam sofrimento no indivíduo, em toda a família e comunidade.

Esses fatores na maioria das vezes são ignorados ou negligenciados no tratamento dos indivíduos, ocasionando assim o aumento do uso de psicofármacos, tratamentos inadequados e internações desnecessárias.

Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esse crescente ônus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

Visto a alta prevalência de transtornos mentais na atenção primária e o impacto considerável na vida dos indivíduos afetados, é necessária a implementação de políticas públicas na área. Para tanto é necessário dispor de informações adequadas a fim de realizar-se uma análise objetiva das situações sobre as quais se pretende atuar.

Pereira e Viana (2009) citam um estudo realizado em 1997 no Brasil sobre prevalência de transtornos psiquiátricos na comunidade de três capitais brasileiras. Esse estudo evidencia prevalência anual potencial de casos psiquiátricos, ajustada pela idade, que variou de 19% (São Paulo) a 34% (Brasília e Porto Alegre). Os transtornos de ansiedade foram os que tiveram maior incidência (chegando a 18%) e o alcoolismo, consistente em todos os locais pesquisados situou-se por volta de 8%. Os quadros depressivos apresentaram muita variação, oscilando de menos de 3% (São Paulo e Brasília) até 10% (Porto Alegre).

A cidade de Serra Azul está situada na região noroeste do estado de São Paulo, ocupando uma área de 283 Km<sup>2</sup> e possui 11.259 habitantes de acordo com censo do IBGE 2010. No município há 03 Equipes de Saúde da Família, sendo que apenas duas estão em

funcionamento e que cobrem 90% da população urbana. Para os atendimentos de urgência e emergência e especialidades, o município conta com a Unidade Mista de Saúde (UMS) que também atende à zona rural.

A ESF II “Dr. Luiz Antônio Araújo Dias” (equipe onde atuo), é composta pelos seguintes profissionais: 01 médico clínico-geral, 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem e 05 agentes comunitários de saúde. Esta equipe ainda necessita da contratação de mais um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde. Ela é responsável pelo acompanhamento de mais ou menos 1000 famílias que ainda não estão totalmente cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) devido a um impasse político que compreende a implantação da 3ª equipe de Saúde da Família. Os atendimentos médicos são divididos entre as consultas agendadas e demanda espontânea, esta última sem muitos critérios na seleção.

Na UMS, além dos atendimentos de urgência e emergência, concentra-se o atendimento das especialidades como ginecologia e obstetrícia, pediatria e cardiologia. O município dispõe também de 02 psicólogos que atendem na UMS através de carta de encaminhamento de qualquer profissional e este realiza uma triagem e posterior agendamento dos pacientes. Havia também o atendimento de um médico psiquiatra, que realizava as consultas na UMS, mas não havia a “ponte” entre essa especialidade e a atenção primária.

A prática diária e uma avaliação rápida dos prontuários nos permitem afirmar que nas ESF's não há o controle e/ou seguimento adequado dos pacientes usuários de psicofármacos, nem mesmo registro de internações ou diagnóstico nas anotações. Os pacientes são atendidos nas unidades de saúde, solicitam receitas, mas não há o controle da doença, sua evolução. A dispensação das receitas é realizada pelo clínico que não faz os registros de maneira consistente nos prontuários.

## **2. BREVE HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL**

O modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, antes dos anos 70, era predominantemente baseado na hospitalização e o asilamento do doente mental visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Com raras exceções, o tratamento institucional era caracterizado pela opressão, precárias condições de vida nos recintos e má qualidade de assistência aos internos.

No final dos anos 70, a Reforma Psiquiátrica veio para mudar o modelo de atenção em saúde mental, antes voltada para a institucionalização dos pacientes portadores de transtornos mentais. Essa reforma veio para garantir a cidadania aos pacientes respeitando seus direitos e individualidades, contrastando profundamente com o modelo antigo que preconizava a internação em manicômios e exclusão do convívio social.

Formulada como uma política pública do Estado, a Reforma Psiquiátrica brasileira é respaldada pela Lei 10.216 e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde. O projeto em expansão constitui-se pelo modelo comunitário com seus diversos dispositivos institucionais, sendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ordenadores da rede comunitária. Já no programa *De Volta para Casa*, que reinsere usuários de longa permanência internados em Hospitais psiquiátricos na sociedade, também estão previstos a expansão dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a construção de uma política pública intersetorial para álcool e drogas e também para crianças e adolescentes, a articulação com a rede básica de saúde e a conseqüente redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos.

Além da mudança no modelo de atenção à saúde mental, a reforma psiquiátrica veio também para modificar o enfoque de atendimento, diminuindo as internações, e em conseqüência disso aumentando o convívio social e incorporando a esse novo modelo a participação multidisciplinar de profissionais da saúde e o uso de dispositivos sociais como centros de atenção psicossocial (CAPS), centros de convivência e cultura assistidos, cooperativas de trabalho protegido (economia solidária), oficinas de geração de renda e residências terapêuticas.

A Reforma Psiquiátrica é uma realidade que tem despertado reações e a atenção da sociedade. Ela vem se desenvolvendo há várias décadas no Brasil, preconizando a atenção integral ao indivíduo, respeitando seus direitos e tem sido tomada como desafio, discutida e entendida com certa variedade de conceitos e conseqüências.

A reforma psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Tratada como desospitalização, sem as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete de forma negativa sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental. (Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2001).

### **3. OBJETIVO GERAL**

Este estudo tem por objetivo descrever os principais transtornos mentais que acometem os usuários da atenção primária com o intuito de subsidiar ações que melhorem o acolhimento de portadores dessas patologias no município de Serra Azul – SP.

### **4. METODOLOGIA**

A metodologia segundo Marcus (2001) tem um papel importante como norteador de uma pesquisa, pois ela define instrumentos e procedimentos para análise de 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 uma revisão bibliográfica da literatura, a fim de encontrar referenciais teóricos sobre a saúde mental na atenção primária que posteriormente subsidiar a elaboração de uma proposta de organização do serviço a fim de acolher os pacientes portadores de transtornos mentais.

As palavras chaves utilizadas foram: atenção primária, transtornos mentais e reforma psiquiátrica.

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

A busca dos artigos e teses foi realizada na base de dados LILACs – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, no Scientific Electronic Library Online – SCIELO e também nos Manuais do Ministério da Saúde. Artigos selecionados e referência dos artigos selecionados também foram considerados. Foi realizada leitura criteriosa das publicações e selecionadas de acordo com o tema em questão.

### **5. TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS**

Entende-se por transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com a angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. (Relatório Mundial da Saúde, 2001).

Os transtornos mentais e comportamentais caracterizam também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções. Nem toda deterioração humana denota distúrbio mental.

Transtornos mentais em geral causam considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores.

Os cuidados primários para a saúde mental são um componente essencial de qualquer sistema de saúde que funcione adequadamente. No entanto, para serem totalmente eficazes e eficientes, os cuidados primários para a saúde mental têm que ser complementados por outros níveis de cuidados. Estes incluem componentes de cuidados secundários aos quais os profissionais da atenção primária podem recorrer para referenciamento, apoio e supervisão.

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas sofrem algum tipo de doença mental no mundo e que este número vem sofrendo um aumento progressivo, principalmente nos países em desenvolvimento. Casos com sintomas ansiosos, depressivos ou somatoformes, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população adulta. (MENEZES, 1996; COUTINHO, 1996).

Os transtornos mentais comuns (TMC) se referem à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos.

A integração da saúde mental e atenção primária asseguram que, a população no seu todo, tenha acesso aos cuidados de saúde mental de que precisa; essa integração aumenta a probabilidade de resultados positivos, tanto para problemas de saúde mental como para problemas de saúde física e facilitam iniciativas comunitárias junto à população e a promoção da saúde mental, assim como a monitoramento e a gestão a longo-prazo dos indivíduos afetados. Desta maneira é necessário desenvolver ações conjuntas, articuladas de

acordo com o grau de complexidade que a situação exige no atendimento das reais necessidades de saúde da família.

De qualquer forma, o despreparo das ESF's é uma dificuldade real a ser solucionada. Cursos de capacitação em Saúde Mental, referências bibliográficas adequadas e Linhas-Guia são recursos necessários para tal mister e hoje todas as unidades de saúde possuem estes materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde (SOUZA et al., 2006).

A seguir, a descrição de alguns transtornos mentais mais prevalentes na atenção primária.

## **5.1 DEPRESSÃO**

A depressão ou transtorno depressivo maior é um transtorno psiquiátrico e os sintomas caracterizam-se pela perda de prazer nas atividades diárias, apatia, alterações cognitivas (diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar ou/e de tomar decisões), psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza), alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência), alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite), redução do interesse sexual, retraimento social, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (como faltar muito ao trabalho ou piorar o desempenho escolar).

A Depressão é, portanto, uma doença afetiva ou do humor e diferencia-se do “humor triste”, pois é mais duradoura e tem como consequência alterações na maneira de valorizar a realidade e a vida. Os sintomas são muito variados, e entre eles se destacam: sensações de tristeza, angústia, pensamentos negativos, ansiedade, crises de choro, baixa-auto-estima e até alterações da sensação corporal como dores no peito, falta de ar e enjôos.

As causas da depressão são inúmeras e controversas. Porém, é possível afirmar que há fatores que influenciam o aparecimento e a permanência de episódios depressivos. Por exemplo, condições de vida adversas e situações de estresse: o divórcio, a perda de um ente querido, o desemprego, a incapacidade em lidar com determinadas situações ou em ultrapassar obstáculos, etc. Algumas doenças podem provocar ou facilitar a ocorrência de episódios depressivos ou a evolução para depressão crônica.

O tratamento deve ser realizado considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do paciente. Baseia-se na mudança do estilo de vida (psicoterapia) e terapia farmacológica.

A psicoterapia ajuda o indivíduo a encontrar novas formas de lidar com seus problemas, identificar e entender um pouco mais sobre a depressão e como evitá-la no futuro.

Os antidepressivos geralmente são eficazes, bem tolerados, seguros e não causam vício ou dependência, mesmo se utilizados por muito tempo e em doses elevadas. É muito importante que o paciente e seus familiares compreendam que a depressão é uma doença médica real e que necessita de tratamento específico.

## **5.2 ANSIEDADE**

A ansiedade é caracterizada por estado emocional angustiante, acompanhado de alterações somáticas, cardíacas e/ou respiratórias em que o indivíduo prevê situações desagradáveis reais ou imaginárias (FERREIRA, 2001). Existe a ansiedade normal (quase sempre tem uma causa conhecida) e a patológica (a apreensão não tem razão, ou é mais intensa do que se justifica).

Os sintomas podem ser emocionais, comportamentais (falhas de memória, dificuldade de concentração, insegurança e medos) e físicos (falta de ar, taquicardia, cefaléia, dor no peito, entre outros).

Agentes ansiolíticos como os benzodiazepínicos associados à psicoterapia geralmente controlam os sintomas da ansiedade.

## **5.3 DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

A dependência de substâncias psicoativas (álcool, opiáceos, tais como ópio ou heroína, canabinóides como *cannabis*, sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinógenos, tabaco e solventes voláteis) se define pela perda de controle no uso de tais substâncias em razão da necessidade fisiológica e psicológica.

Hoje a dependência de qualquer substância química, lícita ou ilícita, é considerada como um transtorno mental. Uma vez estabelecido o hábito do uso de drogas, este pode gerar outros transtornos mentais, devido às alterações neuronais promovidas pelo uso

nocivo. Mesmo com esta destruição e todos os prejuízos causados à vida familiar, social, de estudos, de trabalho o indivíduo afetado pela dependência não pára o uso da droga, uma vez que perdeu a liberdade de escolha. A droga mais comum em nosso país é o álcool e constitui o maior problema de saúde pública que temos. Mais da metade dos leitos dos nossos hospitais estão ocupados por alcoolistas, seja pelas conseqüências diretas ou indiretas do álcool (doenças físicas, acidentes de trabalho, acidentes automobilísticos, atropelamentos, etc.). (Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo, 2004).

As atividades sociais, ocupacionais ou recreativas podem ser seriamente prejudicadas, abandonadas ou reduzidas em virtude da dependência ou uso bastante abusivo da substância.

A causa para a dependência química é multideterminada, ou seja, multifatorial. Existem alguns fatores fortemente associados ao uso abusivo de drogas e dependência química, como por exemplo, os fatores genéticos, psicológicos, familiares e sociais.

O tratamento da dependência química não tem como único objetivo abandonar o consumo. É um processo terapêutico que implica alterações comportamentais, intervenções psicossociais e muitas vezes, o uso de drogas psicotrópicas de substituição. A dependência pode ser tratada e controlada de maneira efetiva e a baixo custo, salvando vidas, melhorando a saúde de indivíduos afetados e de suas famílias, e reduzindo o ônus para a sociedade. (Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo, 2004).

#### **5.4 SOMATIZAÇÕES**

Nos serviços de atendimento básico à saúde e de pronto-atendimento é grande a demanda de pacientes com queixas somáticas, sem uma base orgânica identificável. O fenômeno, universal, é conhecido como “somatização”, termo utilizado com frequência no meio médico e psiquiátrico que foi melhor conceituado por Lipowski em 1988:

“Somatização é definida aqui como uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles” (LIPOWISKI, 1988. p 1359).

Em outras situações, as queixas somáticas produzem uma quantidade enorme de encaminhamentos para especialidades, exames e hospitalizações desnecessárias,

acarretando custos elevados para o sistema de saúde, além de reduzir a resolutividade dos serviços, exposição dos pacientes a riscos, tratamentos equivocados, iatrogenia, cronificação e repercussões econômicas negativas, tais como ausência do trabalho, incapacitação e aposentadorias precoces.

Como processo, a somatização se manifesta como um espectro, que vai desde a expressão de sintomas leves (muito frequentes e que costumam responder à simples tranquilização) até o diagnóstico psiquiátrico dos transtornos somatoformes.

A presença de somatizações não exclui o diagnóstico de outras doenças psiquiátricas e pode ser uma pista para o diagnóstico. Depressão e ansiedade estão frequentemente associadas à somatização.

Os sintomas são os mais diversos, acometendo vários sistemas do corpo e variando a intensidade e duração. São alguns exemplos de sintomas físicos somatoformes: dores difusas (corpo inteiro dolorido), náuseas, falta de ar, dor no peito, tonturas, etc.

Na prática, a somatização costuma ser um diagnóstico de exclusão. Duas condições são necessárias para se estabelecer o diagnóstico de somatização: a primeira é a presença de vários sintomas vagos ou exagerados em sistemas orgânicos diferentes e a segunda é que essas queixas tenham uma evolução crônica de mais de dois anos.

O tratamento deve considerar a probabilidade de comorbidade com um transtorno depressivo ou de ansiedade e o uso de farmacoterapia específica, além da psicoterapia.

## **5.5 PSICOSES**

A psicose pode ser definida como uma desordem mental na qual o pensamento, a resposta afetiva e a capacidade em perceber a realidade estão comprometidas. Somado a estes sintomas, o relacionamento interpessoal costuma estar bastante prejudicado, o que interfere substancialmente no convívio social. As características clássicas da psicose são: prejuízo em perceber a realidade de forma adequada, presença de delírios, alucinações e ilusões.

Aníbal Silveira (apud Krinsky, 1977) define a psicose como o “afastamento temporário ou definitivo da realidade objetiva” e Carp (apud Krinsky, 1977) refere-se como “uma perturbação psíquica grave, eventualmente irreversível, na qual se observa uma

desintegração das funções psíquicas, e que leva, eventualmente, à desintegração na estrutura da personalidade”.

Os antipsicóticos ou neurolépticos são o tratamento de escolha. Eles atuam diminuindo os sintomas (alucinações e delírios), procurando restabelecer o contato do paciente com a realidade; entretanto, não restabelecem completamente o paciente. As medicações antipsicóticas controlam as crises e ajudam a evitar uma evolução mais desfavorável da doença. Em geral, as drogas antipsicóticas apresentam efeitos colaterais que podem ser bem controlados.

As abordagens psico-sociais, como acompanhamento psicoterápico, terapia ocupacional e familiar são também muito importantes para diminuir as recaídas e promover o ajustamento social dos portadores da doença.

## **6. CONCLUSÕES**

Este estudo possibilitou compreendermos melhor as principais patologias psiquiátricas presentes na atenção primária.

O Programa de Saúde da Família, por sua vez, serve como um importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental.

A efetiva abordagem dos problemas de saúde mental pela equipe da atenção básica, incluído aí uma escuta qualificada (acolhimento) e intervenções pertinentes neste nível de atenção, é um marcador potente que aponta a incorporação na prática cotidiana do conceito ampliado do processo saúde-doença. Dessa maneira, será possível potencializar a capacidade das equipes para sair da atuação tipo "queixa-conduta" e gerar competência para articular recursos comunitários e intersetoriais. O conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos da comunidade e da família são condições necessárias para o enfrentamento de questões que extrapolam os problemas da ordem do biológico, como os transtornos mentais e aqueles derivados das situações de violência.

Este estudo configura-se numa ferramenta de muita importância para a sensibilização dos profissionais de saúde da atenção primária, para que se reflita sobre o processo de

organização do trabalho em saúde, buscando um atendimento mais acolhedor e humanizado aos portadores de transtornos mentais.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A reflexão sobre a prática cotidiana e um maior conhecimento das complexidades dos transtornos mentais, promovidos por esse trabalho, nos permitem também sugerir as seguintes ações, considerando a realidade do nosso município:

- Adotar uma ficha de registro dos pacientes portadores de transtornos mentais;
- Propor uma qualificação das equipes de saúde da família do município em saúde mental;
- Estabelecer uma referência de saúde mental para as equipes de atenção primária no município.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRUNONI, A. R. Transtornos mentais comuns na prática clínica. *Revista Médica. Out./Dez. 2008; 87(4): 251-63.*
- CAIXETA, C. C.; MORENO V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem. [Internet]. 2008; 10(1): 179-188. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em 08 Out. 2011.*
- CASTILLO, A. R. G. L.; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.22, s.2, Dez,2000.*
- FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1993, 3ª ed.*
- GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.26 suppl. 1 Mai, 2004.*
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americano de Enfermagem. Ribeirão Preto, vol.9, n.2, Mar./Abr. 2001.*
- GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública, v.24, n.7, Jul, 2008.*
- JUCÁ, V. J. S.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Rio Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva, v.14, n., Jan./Fev. 2009.*
- KAPLAN, I.; SADOCK , B. J. *Compêndio de Psiquiatria. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.*
- KRINSKY, S. *Psicoses na Infância in Krinsky, S., Temas de Psiquiatria Infantil, Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, 1977.*
- LAZZARO, C. D. S.; LAZSLO, A. A. Somatização na Prática Médica. *Arquivos Ciências da Saúde 2004; 11(2): 2-5.*
- LUCCHESI, R.; OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIONI, M. E.; MARCON, S. R. Saúde Mental no Programa de Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.2033-2042, set, 2009.*
- 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.*

GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Atenção em Saúde Mental. Belo Horizonte, 2006

NICÁCIO, F. (org.). Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cadernos de Saúde Pública v. 23, n.10, out, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

OMS (Organização Mundial da Saúde) – Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas - resumo. Genebra: OMS, 2006.

OMS (Organização Mundial da Saúde) - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra: OMS, 2001.

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

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, M. F. (Org.) Desinstitucionalização, pp. 17-60. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção a saúde mental no programa de saúde da família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.5, n.2, p. 71 – 77, 2003.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 60, n.4, Jul./Ago. 2007

SOUZA, A. I. J.; ALTHOFF, C. R.; RIBEIRO, E. M.; ELSEN, I. O PSF como ideal para a atenção às famílias dos doentes mentais. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.8, n.3, p.273-278, set.\dez. 2006.

SOUZA, Marta Elizabeth et al. Atenção a Saúde Mental – Saúde em Casa. 1ed Belo Horizonte, 2006

SOUZA, F. G. M. Tratamento da depressão. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v.21, s.1, Mai, 1999.

TANAKA, O. Y.; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciência e Saúde Coletiva. v.14, n.2, Rio de Janeiro, Mar./Abr. 2009.

MENEZES, P. R. Princípios de epidemiologia psiquiátrica. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R, organizadores. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p. 43-55.

COUTINHO, E. S. F.; ALMEIDA FILHO, N.; MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. Revista Psiquiatria Clínica 1999; 26(5).

