

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ACOLHIMENTO AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL PELA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Alexandre Magno Monteiro Tolentino

Belo Horizonte/Minas Gerais

2012

ALEXANDRE MAGNO MONTEIRO TOLENTINO

ACOLHIMENTO AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL PELA EQUIPE DE  
ENFERMAGEM NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

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. Dra. Graziella Lage Oliveira

Belo Horizonte/Minas Gerais

2012

Banca examinadora:

Aprovada em Belo Horizonte, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## RESUMO

O presente trabalho apresenta uma revisão de literatura com o objetivo de obter informações sobre o acolhimento ao portador de sofrimento mental em Unidades Básicas de Saúde, bem como identificar qual a relação existente entre o acolhedor e o portador de sofrimento mental e quais as implicações desse acolhimento. A necessidade de conhecer as diferentes dimensões do acolhimento a estes usuários e as dificuldades que podem ser encontradas no atendimento ao portador de sofrimento mental foram os elementos que motivaram a realização deste trabalho. A escolha em se trabalhar com a equipe de Enfermagem, parte do princípio que os profissionais são considerados “linhas de frente” e suas atividades exigem o contato próximo com os portadores de sofrimento mental. Sendo assim, este estudo foi realizado no período de março a agosto de 2011, mediante pesquisa bibliográfica em artigos e livros que englobam o tema descrito, não considerando tempo ou período de publicações dos materiais pesquisados. As discussões evidenciam que profissionais de Enfermagem apresentam dificuldades em acolher o paciente, pois não se sentem preparados em razão da ausência de capacitação das equipes, da intolerância, da falta de comprometimento com o trabalho e da complexidade do atendimento em saúde mental. Em função disto, as ações de saúde mental na atenção básica devem contemplar a sensibilização, o treinamento para formação de vínculos e humanização do atendimento, atendendo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Básica; Enfermagem; Acolhimento

## **ABSTRACT**

This study conducted a literature review aiming to obtain information about psychiatric patient care in Basic Health Units and identify what is the relationship between the health professional and the psychiatric patient and the implications of this work. The need to know the different dimensions of the care of these users and the difficulties that can be found in the psychiatric patient care were the elements that has motivated this work. The choice to work with the nursing team is motivated by the thought that professionals are considered "front lines" and their activities require close contact with mental health patients. Thus, the present work is a literature review, qualitative in nature, which development has happened by literature search during the period between March and August 2011. The discussions show that nursing professionals have difficulties in accepting the patient, because they do not feel prepared due to lack of team training, intolerance, lack of commitment to the work and the complexity of mental health care. Because of this, the mental health services in primary care should include awareness, training for the formation of bonds and humanization of care, attending the principles of Brazilian Health System (SUS) and Psychiatric Reform.

**Keywords:** Mental Health; Primary Care; Nursing; Care.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS - Sistema Único de Saúde

TM - Trabalho morto

TV - Trabalho vivo

TNS- Técnico de nível superior

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>03</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>04</b>
<b>LISTA DE SIGLAS</b>	<b>05</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>08</b>
<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>10</b>
<b>OBJETIVO</b>	<b>10</b>
<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>11</b>
Contextualizando a reforma psiquiátrica	11
O portador de sofrimento mental no contexto das vulnerabilidades sociais	16
Saúde mental na atenção básica	17
<b>METODOLOGIA</b>	<b>22</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>27</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>34</b>

## 1 - INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no Brasil sofreu grandes transformações nas últimas décadas. Até recentemente, existia uma rede de amparo intimamente relacionada ao trabalho com carteira assinada, que excluía deste contexto, o desempregado e o trabalhador informal ao acesso a saúde. Em virtude do descaso das autoridades, da mercantilização do setor saúde e das precárias condições de saúde a que muitos estavam submetidos, surgiram os movimentos sociais e da Reforma Sanitária que buscavam conquistas em prol da melhoria das condições de saúde da população. Estes movimentos culminaram com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que veio substituir o modelo assistencial calcado na assistência baseada na cura, médico-centrado, de cunho sanitarista e hospitalocêntrico.

Este novo sistema de saúde (SUS) tem como princípios básicos a integralidade, que compreende o atendimento integral ao usuário considerando todos os níveis de complexidade, a equidade, que compreende o tratamento igualitário de todo cidadão e a garantia de acesso a todos os tipos de tratamento. Nesta perspectiva, em conjunto com a universalidade, tem-se buscado garantir o acesso a todos os cidadãos à assistência em saúde.

Na atenção primária, o SUS tem como estratégia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), hoje chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesta perspectiva, a ESF é considerada uma das principais estratégias voltadas à reorganização dos serviços e de reorientação das práticas assistenciais, como a prevenção de doenças, a promoção de saúde e a reabilitação. O acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é uma ferramenta assistencial entendida como uma relação de cuidado entre profissionais de saúde e usuários, dentre os quais, encontram-se os portadores de sofrimento mental.

De acordo com a linha guia “Atenção em Saúde Mental”, publicada em 2006, pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, portador de sofrimento mental é a pessoa que porta uma doença que difere da lógica dos quadros orgânicos. Possui uma realidade clínica precisa que revela um sofrimento intenso. O curso evolutivo e



os sintomas são diferenciados também das demais doenças orgânicas (MINAS GERAIS, 2006). Como exemplo, pode-se citar sintomas específicos como as alucinações visuais e auditivas, alterações do humor, presença de delírios, isolamento social, desorganização do pensamento, desorganização temporal e espacial, alteração da consciência, alteração psicomotora, tentativas de suicídio, entre outras.

Assim como a assistência a saúde sofreu transformações importantes, a assistência ao portador de sofrimento mental também foi repensada e transformada. A Reforma Psiquiátrica proporcionou um novo modelo de atenção ao portador de sofrimento mental e teve como produto a desinstitucionalização da loucura. Se antes os usuários recebiam tratamento em hospitais psiquiátricos e longe de suas famílias e da comunidade, hoje a assistência se fundamenta no tratamento em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais Terapêuticos implantados (SRT), ambulatórios de saúde mental, centros de convivência, além de outros dispositivos intersetoriais da rede.

Os CAPS foram criados pela Portaria nº 224/MS de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL,1992) e visam o atendimento especializado de urgência a portadores de sofrimento mental grave e em crise, além do acompanhamento contínuo aos casos graves de difícil estabilização e manejo. Têm como objetivo a assistência aos portadores de sofrimento mental visando à inserção social através do atendimento em equipe interdisciplinar. Este dispositivo de atenção deve ser utilizado enquanto persistir o momento de “crise” do paciente, sendo, portanto, provisório. A atenção ao paciente, seguindo os preceitos do SUS de regionalização e indo de encontro à política de humanização, deve ser feita o mais próximo de seus vínculos familiares. Neste sentido, as políticas de saúde pública preconizam que os casos de transtorno mentais leves e moderados além dos casos graves estabilizados possam ser atendidos e acompanhados na atenção primária de saúde. Por outro lado, o CAPS pode ser considerado um instrumento de apoio podendo compartilhar, não só as experiências e saberes, como a co-responsabilização dos casos com outros atores da rede de saúde. De acordo com o texto *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*, produzido pelo Ministério da Saúde em 2004, o CAPS deve buscar integração com as Unidades Básicas de Saúde, ou seja, “fornecer-lhes

*orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica” (BRASIL, 2004, p. 25)*

Sabe-se que os perfis destes dois tipos de serviços (CAPS e UBS) são bastante distintos, não apenas em termos de recursos humanos e estruturais como também em relação ao tipo de clientela que atendem e ao acolhimento que é dado a estes indivíduos. Neste sentido, torna-se fundamental identificar, na literatura nacional, como é feito o acolhimento ao portador de sofrimento mental nas Unidades Básicas de Saúde pela equipe de enfermagem, a relação existente entre o acolhedor e o portador de sofrimento mental e as implicações desse acolhimento.

A escolha em se trabalhar com a enfermagem baseia-se no fato de que esses profissionais são considerados “linhas de frente” e suas atividades exigem o contato muito próximo com pacientes portadores de sofrimento mental.

## **2 - JUSTIFICATIVA**

Estudos, como o de Caixeta & Moreno (2008) referem dificuldades e resistências encontradas ao acolher o portador de sofrimento mental. Então, vislumbra-se a necessidade de se conhecer, através da literatura, como se dá o acolhimento ao portador de sofrimento mental em Unidades Básicas de Saúde e, com isto, estabelecer uma discussão considerando a natureza da condução do atendimento.

A escolha em se trabalhar com a Enfermagem parte da necessidade de identificar dificuldades enfrentadas por esta categoria, no acolhimento ao portador de sofrimento mental, já que são os profissionais que permanecem em contato muito próximo com o usuário.

## **2 - OBJETIVO**

Obter informações sobre o acolhimento ao portador de sofrimento mental realizado pela equipe de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde, bem como conhecer a relação existente entre o acolhedor e o portador de sofrimento mental e quais as implicações desse acolhimento.

## 4 - REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1- Contextualizando a Reforma Psiquiátrica

Na Antiguidade e Idade Média, os loucos eram vistos como figuras que faziam parte do cenário das cidades. Desta forma, gozavam de certa liberdade uma vez que não existiam formas padronizadas e consolidadas para o encarceramento. Eram abordados pela medicina e por práticas mágicas e religiosas. Para muitos eram considerados bruxos (MINAS GERAIS, 2006).

A partir do final do século XVIII verificam-se, na sociedade ocidental, novas formas de abordagem da loucura. Com o advento da sociedade industrial e a queda do trabalho artesanal, as cidades encheram-se de indivíduos cuja produção para o trabalho não era valorizada. Mendigos, desocupados, vagabundos, prostitutas e loucos compunham o cenário das ruas. Para o enfrentamento desta situação criou-se o fenômeno denominado por Foucault e *Grande internação*. Essas pessoas eram internadas involuntariamente nas casas de correção e trabalho e nos Hospitais Gerais. O louco não era percebido como doente e sua internação era objeto de intervenção punitiva ligada à ociosidade que a nova ordem social impunha e por terem se distanciado da razão e do bem (MINAS GERAIS, 2006).

O manicômio, como instituição específica de tratamento, nasce a partir da condição da loucura como doença. Era então necessário encarcerar os indivíduos considerados loucos para oferecer tratamento especializado. Esta exclusão social possibilitou o nascimento da psiquiatria como ciência. Neste período houve estudos descritivos e agrupamento de sintomas, além da categorização dos diversos tipos de transtornos psíquicos observados em pacientes internados. A repreensão, o isolamento, as práticas que ferem os direitos humanos, o abandono, as péssimas condições de higiene, de alimentação e os maus-tratos eram comuns nestes estabelecimentos (MINAS GERAIS, 2006).

Ao final da II Guerra Mundial, a situação dos hospitais psiquiátricos era precária. Começaram então a surgir os primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica com o intuito de humanizar o tratamento e a abordagem da loucura. Esse movimento sofreu influência da psicoterapia institucional e das comunidades terapêuticas. Ambas, resguardadas suas individualidades teóricas, vislumbravam

reformas de humanização dentro dos hospitais psiquiátricos sem, contudo questionar a importância de dispositivos fora destas instituições. Outra influência importante foi a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva que mantinha a importância e a referência do hospital psiquiátrico, mas pensava em alternativas de tratamento na comunidade levando em consideração os aspectos psicossociais do sofrimento mental. Nestas propostas não houve participação de usuários e familiares. E por fim, a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática que previa a extinção necessária dos hospitais psiquiátricos e a criação de outros dispositivos de tratamento. Incluía também a participação dos usuários, trabalhadores e familiares nesta construção. A psicanálise e a psicopatologia também são consideradas disciplinas que contribuíram para o processo da reforma psiquiátrica no mundo (MINAS GERAIS, 2006).

No Brasil, o primeiro manicômio foi criado na cidade do Rio de Janeiro, em 1852: Hospital Psiquiátrico Pedro II. Seguiram-se instituições públicas e privadas equivalentes em outros estados alguns anos depois. Também no Brasil, a situação dentro dos hospitais era precária e desumana. A exclusão social levava a cronificação institucional, a perda dos laços familiares e o exercício da cidadania. Ao fim da década de 50, os hospitais vivenciavam uma superlotação, péssimas condições de alimentação e higiene, maus-tratos, falta de vestuário, precárias condições estruturais e limitação técnica nos cuidados ao portador de sofrimento mental, que se encontravam nestes locais (MINAS GERAIS, 2006).

Nos anos 70, essa situação foi alvo de críticas e denúncias, que culminou na necessidade de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental se organizou com novas propostas. Junta-se também, a participação dos usuários e familiares na criação e proposição de novas políticas de assistência, o que diferencia e singulariza o processo da reforma do Brasil inexistente em outros países (MINAS GERAIS, 2006)

Em 1987, foi criado um *slogan* que definiria os anseios dos diversos setores da sociedade em relação ao tratamento da loucura: *Por uma sociedade sem manicômios*. O Hospital psiquiátrico como instituição de tratamento não poderia ser reformável. A extinção era e é até os dias de hoje necessária para a reformulação de toda assistência a loucura (MINAS GERAIS, 2006).

Além da extinção dos hospitais psiquiátricos, o movimento da reforma psiquiátrica buscou promover uma reflexão que extrapola os muros dos manicômios. A representação social da loucura precisava ser modificada. O estigma da periculosidade era e ainda está presente nos dias de hoje no imaginário das pessoas. A convivência nos espaços sociais das cidades, o acesso à cultura, a convivência com os familiares e vizinhos também eram espaços de tratamento e convivência com a diferença. A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, trouxe transformações importantes no processo da reforma psiquiátrica. Garantiu os direitos essenciais do portador de sofrimento mental e entre eles o de ser tratado em serviços comunitários de saúde e próximo aos familiares e comunidade, além de instituir normas rígidas para a internação psiquiátrica.

Desta forma, para a superação gradativa dos Hospitais Psiquiátricos constituiu-se uma rede de serviços para o acolhimento dos portadores de sofrimento mental. São eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para atendimento a crises e direcionados preferencialmente a casos graves e persistentes; Serviços Residenciais Terapêuticos (moradias protegidas) para o acolhimento de usuários que perderam vínculos familiares em função de longas internações psiquiátricas; Centros de Convivências para execução de oficinas terapêuticas e de geração de renda, equipes de saúde mental na atenção básica, ambulatórios e programas de incentivo financeiro como o “De Volta Para Casa”.

Os CAPS foram criados pela Portaria nº 224/MS de 29 de janeiro de 1992 (BRASIL, 1992) e visam o atendimento especializado aos portadores de sofrimento mental grave. As políticas em saúde pública preconizam que os casos de transtorno mentais leves e moderados além dos casos graves estabilizados podem ser atendidos e acompanhados na atenção primária de saúde. Os CAPS priorizam os casos que necessitam de cuidado constante e ou atendimento em crise, não deixando do cuidado contínuo aos casos graves e de difícil estabilização e manejo. Tem como preceitos básicos a responsabilização, estabelecimento de vínculo do usuário e familiares com a equipe, elaboração de “Projeto Terapêutico Individual” que consiste em um plano de condução do tratamento para cada paciente considerando as particularidades do sujeito, além de considerar a importância da inserção social. (MINAS GERAIS, 2006). É também função dos centros de atenção psicossocial ativar e organizar os recursos para a assistência aos portadores de

sofrimento mental da rede, incluindo recursos da comunidade e ações intersetoriais que poderão ser articuladas com outros setores como assistência social, entre outros. Dados atualizados demonstram avanços nas implantações das redes de atenção psicossocial em Minas Gerais e no Brasil. Em Minas Gerais existem 155 CAPS<sup>1</sup>, 73 Serviços Residenciais Terapêuticos implantados e 25 em fase de implantação, 532 beneficiários do Programa de Volta para Casa, 89 ambulatórios de saúde mental contando com equipe mínima de quatro profissionais de saúde mental e 14 Centros de Convivência. Verifica-se ainda a permanência de 20 Hospitais Psiquiátricos com 2.702 leitos (BRASIL, 2010).

Apesar dos grandes avanços na rede de atenção extra-hospitalar<sup>2</sup>, vale ressaltar a relevância dos movimentos contrários a Reforma Psiquiátrica que lutam pela permanência dos hospitais como forma de tratamento da loucura embasada na justificativa da falta de assistência gerada nos processos de desinstitucionalização. Relatam que muitos egressos de longas internações foram para as ruas e não obtiveram nenhum tipo de tratamento passando a condição de moradores de rua.

---

<sup>1</sup> Sinônimo de CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) no Estado de Minas Gerais.

<sup>2</sup> Conforme portal da saúde ([www.Saude.gov.br](http://www.Saude.gov.br)), em 2010 foi repassado incentivo para a implantação de 54 novos CAPS.

## **4.2 - O Portador de Sofrimento Mental no Contexto das Vulnerabilidades Sociais**

As condições que vulnerabilizam os indivíduos não se restringem às questões econômicas. Outras variáveis se associam como as dificuldades impostas ao acesso aos bens e serviços e a fragilização ou ausência de vínculos afetivos. As vulnerabilidades nos remetem a problemas multidimensionais e representa um desafio às políticas sociais destinadas a proteção das famílias e grupos (CARNEIRO, 2005).

No contexto dos segregados, se situam aqueles que perderam ou nunca constituíram vínculos com o social e estão sujeitos a discriminações de toda ordem. Neste cenário, encontram-se os portadores de sofrimento mental, que devido as suas particularidades, tornam-se excluídos socialmente.

Na perspectiva social, muitas vezes o paciente em sofrimento mental é tratado como inválido e incapaz, aproximando-os de situações relacionadas às interdições sociais que os mantêm em posição de não protagonistas de sua própria história e privando-os do acesso aos meios para se desenvolverem intelectualmente e da convivência social. “Os portadores de transtorno mental grave apresentam uma contratualidade tendendo a zero, pois são pouco produtivos ou não produzem nada na sociedade, razão pela qual são discriminados, excluídos e marginalizados” (SARACENO, 1996).

Para a família, a convivência com o portador de sofrimento mental muitas vezes é frustrante em razão da falta de estrutura e conhecimento dos familiares em conviver com o paciente, além da intolerância com os sintomas demonstrados por eles como agitação psicomotora, alucinações e delírios. Não é rara a hostilidade e carência de cuidados por parte de familiares, que anseiam por uma internação psiquiátrica de longa permanência. Esta convivência torna-se ainda mais difícil quando intensificada pela carência de recursos materiais, desemprego, etc.

A exclusão também se relaciona à fragilidade dos laços afetivos, destacando-se como elementos concorrentes para esta realidade, o convívio desgastante, principalmente em situações de crise e risco, e pela limitada condição para o trabalho convencional do portador de transtorno mental, contrapondo aos valores

inerentes ao capitalismo, em que as pessoas se valorizam mediante ao que produzem. Assim, a exclusão pela internação representa um desejo de algumas famílias e dos que contrariam a Reforma Psiquiátrica, como critica Marsiglia et al., (1987):

*O direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser simplesmente jogados em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas.*

### **4.3 - Saúde Mental na Atenção Básica**

A atenção primária representa a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Apesar de estar disponível a todos os cidadãos, é geralmente a população carente de recursos materiais que procuram a saúde pública. Usuários se dirigem as Unidades Básicas de Saúde com demandas e solicitações diversas e, em função disto, criam expectativas de que seu problema possa ser resolvido da forma que se espera. No entanto, fatores identificados no processo de trabalho têm sido apontados como entraves para a excelência no atendimento. A falta de preparo técnico do profissional, falta de iniciativa, falta de recursos humanos e materiais fazem com que a demanda dos usuários não alcance uma escuta qualificada, o que torna o sofrimento do paciente passível de ser medicalizado (ONOCKO CAMPOS E GAMA, 2009).

A ESF é uma proposta de assistência primária que tem sido considerada relevante por promover a transformação do modelo conservador de atenção à saúde, por buscar conhecer e promover ações no território, criar e fortalecer vínculos da equipe com a comunidade e valorizar o trabalho em equipe multiprofissional. Caracteriza-se como uma estratégia do SUS, cujo modelo de atenção se relaciona à promoção de saúde e pela prevenção de doenças. A ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. As equipes desenvolvem suas atividades em UBS, tendo como referência o



acompanhamento de um número limitado de famílias localizadas em uma área delimitada, entendida como território (ONOCKO CAMPOS E GAMA, 2009).

É importante apontarmos os fundamentos do PSF, de acordo com a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006) que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o PACS:

*I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).*

A lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) garante os direitos dos portadores de sofrimento mental como o de ser “tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”, “ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001). Desta forma, garante o acompanhamento fora dos centros asilares e prioriza o tratamento próximo aos laços familiares e dentro do seu território.

Neste sentido, o conceito de território vai além da dimensão geográfica. É o lugar da diversidade social, da circulação de pessoas, de bens e serviços. É um

espaço diferenciado e heterogêneo onde se efetivam as trocas afetivas e vínculos sociais. É também o lugar onde se estabelecem as ações de natureza política, econômicas, sociais para promover o enfrentamento dos problemas e necessidades, possibilitando que cada indivíduo crie condições particulares de sobrevivência.

O território é também sinônimo do cotidiano, onde “se expressam não somente as experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas contextos de relações distintas que envolvem pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados” (PINHEIRO, 2001).

Tendo como referência a assistência aos portadores de sofrimento mental baseada no atendimento descentralizado, ou seja, nos dispositivos da rede que atendam os usuários no seu território e com os recursos da comunidade, em oposição à assistência hospitalar, os profissionais de saúde da atenção primária passaram a ter contato com esses cidadãos nas UBS e necessitaram propiciar o acolhimento de forma contínua, responsável e humanizada, possibilitando a formação de vínculos do usuário com o serviço de saúde. Para tal, deveriam identificar os sujeitos portadores de saúde mental levando em consideração as particularidades e complexidades do atendimento.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), 20 % da população brasileira precisa de algum cuidado relativo à saúde mental, sendo que 3% desta população apresentam doença mental persistente, merecendo cuidados contínuos, 9% poderiam receber cuidados esporádicos, pois apresentavam transtorno menos grave e 8 % representaria um grupo constituído por usuários de drogas e álcool, que precisariam de cuidados regulares (BRASIL, 2007).

Neste sentido, pode-se concluir que a maioria da população que necessita, ao longo da vida, de algum cuidado em saúde mental em função de transtornos leves a moderados, deve receber assistência da atenção básica de saúde. Os casos mais graves que necessitam de cuidados contínuos devem receber atenção da rede especializada como os Centros de Atenção Psicossocial.

Sendo assim, foram necessárias ações voltadas à saúde mental na atenção básica. Em documento produzido pelo Ministério da Saúde chamado *Saúde Mental e Atenção Básica: O Vínculo e o diálogo necessários* (BRASIL, 2007), autores

identificam princípios fundamentais na articulação entre saúde mental e atenção básica conforme princípios do SUS. Cita a noção de território, organização da atenção da saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível dos usuários e familiares como conceitos referenciais para o atendimento em saúde mental.

Uma das estratégias para a efetividade no acolhimento aos portadores de sofrimento mental na atenção básica é a capacitação através do matriciamento. Profissionais que lotam as Unidades Básicas de Saúde não se sentem preparados tecnicamente para o atendimento em saúde mental e necessitam do apoio especializado. O apoio matricial ou matriciamento definido pelo Ministério da Saúde pode ser definido como:

*O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004, p. 80).*

Apesar do apoio especializado e da tentativa de co-responsabilização pelos casos, vale ressaltar que nem sempre esta articulação é feita de forma simples e sem conflitos.

## **5 - METODOLOGIA**

Tratou-se de uma revisão narrativa, constituída a partir de uma pesquisa bibliográfica na língua portuguesa no período compreendido entre março a agosto de 2011.

Foram utilizados artigos e livros que estudam a saúde mental, como recursos para a elaboração deste estudo, priorizando as abordagens relativas a acolhimento, acolhimento em saúde mental, práticas de Enfermagem em saúde mental e saúde mental na atenção básica, políticas públicas de saúde, os modelos de atenção. Não levando em consideração o período de publicação dos materiais utilizados para o estudo, sendo analisados e organizados tendo como base a proximidade com o objetivo do trabalho.

## 6 - RESULTADOS

Algumas questões tomam relevância quando se pensa no acolhimento do portador de sofrimento mental nas UBS pelos profissionais de enfermagem. Após leitura de vários estudos e referências sobre o tema, alguns se tornaram importantes quando apontam questões que identificam as dificuldades encontradas por essa categoria no manejo do paciente da saúde mental.

Observa-se que a equipe de profissionais da atenção primária ainda não se sente confortável para acolher um paciente portador de transtorno mental que chega a Unidade Básica de Atendimento. A discriminação e o preconceito ligado à noção de periculosidade ainda é predominante na comunidade e nos profissionais de saúde. Conforme pesquisa qualitativa realizada no município de Betim<sup>3</sup> (BRAGA, 2011) quanto à experiência de matriciamento em determinada região da cidade, foi constatado que a maioria dos profissionais lotados na Unidade Básica de Saúde (técnicos de nível superior e agentes comunitário de saúde) demonstrou grande resistência no contato com os usuários da saúde mental. Muitos desconhecem as políticas ministeriais sobre matriciamento e a necessidade de inclusão dos pacientes em toda rede de saúde, além de desconhecerem também o conceito de saúde mental, principalmente os agentes comunitários de saúde (ACS). Outras dificuldades apontadas foram a falta de apropriação e responsabilização dos casos em saúde mental, falta de profissionais de referência, falta de construção do caso clínico, reuniões de equipe e prevalência no atendimento médico-centrado visando à prescrição de psicofármacos. O encaminhamento ao CAPS ainda é efetuado de forma indiscriminada.

De acordo com Avanci et al. (2002) em um estudo realizado com estudantes iniciantes de enfermagem, perceberam que eles trazem consigo estereótipos e atitudes preconceituosas, comumente encontradas na relação social com o portador de sofrimento mental, deixando transparecer o desconhecimento em relação aos aspectos inerentes a doença bem como se dá o acompanhamento terapêutico. Avanci et al. (2002) referem-se a Nunnaly J.C. Jr(1961). Que apontam os profissionais de Enfermagem, dentre outras categorias da área de saúde, como

---

<sup>3</sup> Pesquisa realizada no projeto Pró-saúde, no município de Betim, em 2010. O matriciamento em Saúde Mental na região do Cersam Teresópolis.

sendo os mais benevolentes, restritivos e discriminadores no trato com o portador de sofrimento mental.

Em um relato de experiência Pereira et al. (2008) com equipes de PSF em Botucatu, São Paulo, constataram que assistência desenvolvida com os portadores ainda traz aspectos que se referem à história da loucura, percebido a partir de um imaginário construído acerca da doença, que denotam representações pautadas em distanciamento, exclusão, periculosidade, determinismo, intolerância, conceitos esses que possibilitam o medo, o preconceito e equívocos conceituais culminando em posturas que determinam a assistência prestada nessa área.

Em outro estudo qualitativo realizado em Botucatu por Caixeta & Moreno (2008) com um grupo de enfermeiros, constatou-se resistência da equipe do PSF em realizar o acolhimento ao portador de sofrimento mental, demonstrando preconceito e despreparo na condução do atendimento. O estudo descreve que alguns dos entrevistados demonstram desinteresse pelos portadores de sofrimento mental e que apresentam poucas ações voltadas à saúde mental na atenção básica. Identificou-se que tais atendimentos são repassados imediatamente ao médico, que muitas vezes apresenta como conduta a renovação da receita.

Paes et al. (2010) verificaram, a partir de estudo qualitativo com profissionais de enfermagem, estruturado em entrevistas, que alguns dos profissionais não se sentem preparados para abordar o paciente portador de doença mental, pairando dúvidas sobre o que falar, quando falar, como se comportar e, muitas vezes, este contato predispõe o profissional ao medo relacionado a possíveis agressões.

Após estudo em uma Unidade Básica de Saúde, em que os médicos têm como conduta freqüente, qualquer que fosse o problema com relação ao adoecimento psíquico, a medicalização com benzodiazepínicos, é possível afirmar que a assistência na atenção básica ainda reflete as ações condizentes ao modelo manicomial e medicalizante para o sofrimento humano. A centralização no saber médico e na prescrição de psicofármacos é condição que possibilita uma aparente normalidade ao portador de sofrimento mental (OLIVEIRA, 1998).

Outro estudo constatou o uso abusivo de psicofármacos numa população de referência de uma Unidade Básica de Saúde, no entanto os usuários não

identificavam este serviço como espaço para enfrentamento dos seus problemas de ordem psíquica e, como refugio, optavam por outras saídas como a religião, como modo de obter explicações e tratamento para a doença, evidenciando a precariedade do serviço em tratar os sintomas, sabendo que os pacientes buscam mais que isto (DANESE, 1998).

Um documento emitido pelo Ministério da Saúde em 2003 menciona a necessidade da responsabilização dos casos com as equipes da atenção básica:

*responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe... (BRASIL, 2003)*

A atenção básica não tem contribuído para redução das internações de portadores de transtorno mental, indicando como causa a insuficiente participação das equipes nas comunidades locais, a ausência de articulação intersetorial e o não uso de recursos em saúde mental, que deveriam ser ofertados, como oficinas, grupos (AMARAL, 1997).

Neste sentido, o CAPS tem sido um instrumento de transformação, que procura compartilhar não só as experiências e saberes, como a responsabilização dos casos, buscando caminhos que visam superar o preconceito e obstáculos, como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a demanda excessiva nas Unidades Básicas e dificuldades existentes no processo de trabalho das equipes.

Marcelo Arinos Drummond Júnior em seu texto *Saúde Mental na Atenção Básica: um modelo em construção* lembra Antônio Lancetti (BRASIL, 2001), que em palestra “Radicalizando a Desinstitucionalização” afirma a importância e potencial das ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família quando esta contempla as atividades coletivas como caminhadas com hipertensos, capoeira, educação ambiental, teatro, “brinquedoteca”, acolhimento, além de outros (BRASIL, 2001, p.98). Com o desenvolvimento do PSF, ainda se observa que pouco se tem

investido em programa de capacitação em saúde mental na atenção primária. Isso muitas vezes pode revelar dificuldades na condução da assistência da equipe, que tem no território um dos seus espaços terapêuticos. Assim, há muito a ser pensado, enfrentado, ampliado e, principalmente, construído (PEREIRA et al, 2008).

A organização do trabalho em equipe nas unidades básicas de saúde faz referências ao acolhimento e a vinculação do usuário, norteado pela responsabilização e pela articulação de diversos saberes. No entanto, a limitação profissional ou falta de habilidade tem sido um entrave no modo de conduzir o cuidado. Tavares (2002) afirma que a formação dos trabalhadores em saúde é sustentada por currículos arcaicos, voltado a assistência hospitalocêntrica, havendo uma dissociação entre teoria e prática que favorece a utilização de ferramenta não-relacional, prática profissional impessoal e descontextualizada.



## 7 - DISCUSSÃO

O acolhimento é prática utilizada em todos os níveis de assistência. Todo processo de trabalho em uma unidade de saúde exige a participação de profissionais que devem assumir uma postura acolhedora como posição indispensável na produção do cuidado aos usuários do SUS. “O acolhimento não pode ser atribuição exclusiva de uma determinada categoria e sim um compromisso de todos os trabalhadores do centro de saúde” (Minas Gerais, 2006).

O acolhimento apresenta três dimensões: postura, técnica e reorientação do serviço. A postura se relaciona ao modo como o profissional recebe, escuta o usuário, que pode implicar em um estado de confiança e interesses mútuos. Como técnica, acrescenta a importância do saber profissional, o que viabiliza a condução do atendimento e a produção de respostas corretas às demandas. Quanto à reorientação do serviço, refere-se ao sistema de organização do trabalho, processo que orienta a assistência (SILVA E MASCARENHAS, 2004).

Emerson Merhy em seu texto “O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?” (1999), refere-se ao encontro entre usuário e profissional de saúde como momento do acolhimento e produção de cuidado:

*Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos interessantes, como os seguintes: momentos de falas escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1999).*

Estas considerações sobre o acolhimento nos serviços de saúde estão em conformidade com as bases do atendimento ao portador de sofrimento mental, embora se necessite de manejo clínico específico e adequado para efetivação deste encontro. Acolher a pessoa portadora de sofrimento mental é um desafio aos profissionais de saúde da atenção primária e principalmente para a categoria profissional de enfermagem, objeto de estudo deste trabalho. Para este acolhimento é necessário, além da capacitação através do matriciamento e da formação permanente que fornecerá conhecimento e abordagem adequada com este usuário, certa maneira, habilidade e capacidade de trabalhar com a saúde mental. Emerson Elias Merhy em seu texto “Desafios de desaprendizagens no trabalho em Saúde: Em busca de anômalos, de autoria de Emerson Elias Mehry e publicado no Caderno de Saúde Mental 3- Saúde Mental: os desafios da formação da Escola Saúde Pública de Minas Gerais em 2010, distingue a operação do processo de trabalho na saúde em trabalho morto (TM) e trabalho vivo (TV). Trabalho morto é o conhecimento teórico/técnico submetido às normatizações de categorias profissionais que considera o usuário dos serviços de saúde como objeto de intervenções. Já o trabalho vivo (TV) é a produção do cuidado em ato, atualizado no encontro profissional-usuário e o que se pode operar neste encontro. Identifica as possibilidades limitadas quanto ao uso dos elementos do TM em detrimento dos componentes do TV. Ressalta ainda, neste texto, a necessidade de “aprender a desaprender para aprender”. Fernanda Oton cita o termo “hospitalidade” quando se pensa no acolhimento em saúde mental. Ressalta a necessidade do profissional se abster de saberes pré-determinados quando oferta a sua escuta ao “hóspede” que chega ali para dizer algo de seu sofrimento.

*No caso da Saúde Mental, esse sujeito chega mesmo assim, desalojado do Outro. Ele é quem vai apontar, para quem lhe oferta a hospitalidade ao abrir-lhe a porta, como pode acomodar essa coisa que o levou até ali, pois ela se alojou nele de mau jeito, causando seu mal-estar. Essa coisa mal ajambrada se furta ao sentido, fura os protocolos, esburaca a burocracia e espera encontrar uma rede para sossegar o sofrimento que carrega. Faltam palavras para falar, mas o sujeito pede, com sua língua estrangeira, que ali haja vaga para alojar esse estranho hospedeiro. (Barros, 2010)*

O conhecimento sobre a manifestação dos sintomas demonstrados pelos portadores de sofrimento mental como alucinações, delírios, alterações do pensamento, alterações do humor, alteração psicomotora e identificação das situações de risco como suicídio, isolamento social e heteroagressividade são imprescindíveis para o manejo no contato com o paciente nas unidades básicas de saúde(MINAS GERAIS, 2006). É relevante identificar casos que necessitam ser encaminhados aos serviços de urgência psiquiátrica em função da necessidade da intensificação de cuidados.

Além do saber teórico e específico é necessário um modo de acolher cuja atenção se dá às singularidades. Desta forma, ressalta-se que a riqueza do atendimento fundamenta-se no encontro singular, na capacidade do profissional de escuta, na tolerância e na capacidade de atuar em equipe. Estes elementos trazem subsídios que constituem a construção de um novo olhar sobre a assistência ao portador de sofrimento mental.

Ceccim & Ferla (2006) citam três pressupostos básicos para o profissional que trabalha ou tem algum contato com pacientes portadores de sofrimento mental. É necessário “dessegregar as singularidades”, ou seja, apagar formas e fórmulas que possibilitam a segregação e exclusão. “Desinstitucionalizar serviços e profissões” é também requisito básico e define-se como capacidade em cruzar fronteiras profissionais e cruzar saberes o que possibilita o trabalho em equipe interdisciplinar. E por último, e não menos importante, a “substitutividade” como sendo a habilidade de produzir novos saberes. É necessário inventar e não reproduzir.

Algumas questões tomam relevância quando se pensa no acolhimento do portador de sofrimento mental nas UBS pelos profissionais de enfermagem. Após leitura de vários estudos e referências sobre o tema, alguns se tornaram relevantes quando apontam questões que identificam as dificuldades encontradas por essa categoria no manejo do paciente da saúde mental.

No que se referem à formação profissional, Alves & Oliveira (2010) relatam sobre uma percepção de mudanças, ainda que vagarosamente, entre uma prática

de cuidado hospitalar e a incorporação de novos princípios no currículo universitário dos profissionais de enfermagem que buscam fundamentar-se em uma prática interdisciplinar aberta às incertezas dos sujeitos, de modo a superar a cultura disciplinar de suas ações. Esta perspectiva tende a se aproximar do campo saúde mental, que se caracterizam pela assistência voltada à abertura a novas práticas e a tolerância as diferenças.

Ainda assim, percebe-se que o conhecimento inerente a formação em enfermagem não contempla vários aspectos relacionados à saúde mental, pautando suas ações no modelo biológico. De certa forma, esta perspectiva contribui para a insegurança do profissional em trabalhar com o portador de sofrimento mental. Por outro lado, a desinstitucionalização fez crescer a demanda por atendimento nas unidades básicas de saúde, o que tem contribuído para o surgimento de reflexões acerca da atuação do profissional de enfermagem.

Constatado em estudo de Caixeta & Moreno (2008) que muitas vezes os Enfermeiros não reconhece em seu trabalho as intervenções realizadas, através da escuta, pois o que transparece como sendo valorizado são os procedimentos palpáveis e objetivos. Esta postura se torna um dificultador no encontro com o paciente já que este sempre traz questões relativas ao adoecimento psíquico e, portanto subjetivo.

Tavares (2002) relaciona o despreparo profissional e o desconhecimento com a insegurança na lida do enfermeiro com o paciente, fazendo com que aquele se afaste do cuidado, limitando suas ações a atividades administrativas, que supõe ter maior domínio técnico.

Compreende-se que o distanciamento e as implicações relacionadas à escuta contribuem para a ineficácia da assistência em saúde mental quando o atendimento ao portador de sofrimento mental em determinada unidade de saúde se relacionava a medicalização do sofrimento.

O relato de experiência Pereira et al. (2008) com equipes de PSF em Botucatu, São Paulo aponta a necessidade de ações voltadas para capacitação dos profissionais.

Observa-se, conforme referências literárias sobre a relação entre enfermagem e acolhimento do portador de transtorno mental que muitas dificuldades enfrentadas pelo profissional tornam-se impedimentos no encontro com o usuário. Podemos citar a falta de capacitação que gera despreparo, preconceitos, a imposição de práticas segregativas e disciplinares, o imaginário de periculosidade, o atendimento médico-centrado com vistas à prescrição médica, a intolerância, o excesso de trabalho e a formação profissional que prioriza a relevância de aspectos observáveis e palpáveis.

Além disto, há de se considerar certa habilidade e disposição pessoal para dar “hospitalidade” aos portadores de sofrimento mental que independe da categoria profissional. Muitos profissionais demonstram grande interesse e capacidade em ultrapassar as fronteiras das categorias profissionais assumindo o cuidado ao portador de sofrimento mental em qualquer nível de assistência a saúde.

## **8 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho possibilitou conhecer um pouco sobre o acolhimento prestado ao portador de sofrimento mental pela equipe de enfermagem em unidades básicas de saúde, enfatizando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais com relação às ações de saúde mental.

Práticas assistenciais voltadas à saúde mental na atenção básica são dificultadas por diversos fatores avaliados através da pesquisa bibliográfica como: dificuldades de abordagens e manejo dos pacientes, falta de capacitação especializada, sobrecarga de trabalho nas unidades básicas de saúde, atitudes preconceituosas e disciplinares, imaginário de periculosidade, desinteresse e falta de habilidade pessoal, o que torna mais oportunas e interessantes outras atividades para as equipes, evidenciando uma assistência questionável em saúde mental no contexto da atenção primária.

A maior parte dos estudos tomados como referência revela despreparo dos profissionais no encontro com o portador de sofrimento mental. Em muitos casos, o atendimento se restringe somente à remissão dos sintomas, adotando como alternativa o encaminhamento médico e a medicalização do sofrimento muitas vezes desnecessária e com pouca implicação do sujeito.

As deficiências consideradas, dada à ausência de capacitação das equipes, a intolerância, o desinteresse compromete o trabalho, entendendo que não é fácil atender portadores de sofrimento mental devido às complexidades ocasionadas pelos sintomas em curso. Em função disto, as ações de saúde mental na atenção básica devem contemplar a sensibilização, o treinamento para formação de vínculos e a humanização do atendimento, atendendo os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Em razão da grande demanda na atenção primária de portadores de sofrimento mental que buscam atendimento e pelo despreparo dos profissionais em atender este público, urge a necessidade de programar ações voltadas à capacitação, como forma de melhorar a assistência e o cuidado a estes usuários na porta de entrada prioritária do SUS.

Entender e refletir sobre a dinâmica do acolhimento do portador de transtorno mental compreende olhares mais humanizados, multifacetados, não restringindo somente ao contexto biológico e centrado apenas na manifestação dos sintomas. Há de se considerar o sujeito que discursa sobre seu adoecimento e, desta forma, já sinaliza uma construção de saídas possíveis quando dirigidas ao profissional atento e acolhedor.

A desconstrução dos manicômios com a inserção social do portador de sofrimento mental, não deve ser entendida somente sobre a lógica de uma luta política, mas também como uma luta contra nossas próprias dificuldades em lidar com o diferente. Caso contrário, a exclusão estará sempre presente.

## 9 - REFERÊNCIAS

ALVES, M.; OLIVEIRA, R.M.P. **Enfermagem Psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real**. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem jan-mar; 14(1): 64-70, 2010.

AMARAL M.A. **Atenção a saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial**. Revista de Saúde Pública, 31(3), junho, 1997. Disponível em <http://www.scielo.org> acesso em 29 de junho 2011.

AVANCI RC, MALAGUTI SC, PEDRÃO LJ. **Autoritarismo e benevolência frente à doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem**. Ver Latino-americana enfermagem, julho-agosto; 10(4):509-15, 2002

AVANCI RC, MALAGUTI SC, PEDRÃO LJ. **Autoritarismo e benevolência frente à doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem**. Ver Latino-americana enfermagem, julho-agosto; 10(4):509-15, 2002 *apud* NUNNALLY JC Jr. Popular concepts of mentalhealth, their development and change. New York:Holt, Rinehart, Winston; 1961.

BARROS, E.O., A hospitalidade e a rede de saúde mental. Saude Mental: os desafios da formação. Caderno de Saude mental 3, novembro de 2010, Escola de saúde Publica DE Minas gerais, ESP-MG.

BRAGA, Gilsiane A.R., Matriciamento em Saúde Mental na Região do Cersam Teresópolis. Relatório técnico científico. Puc Minas. Betim, 2011.

**Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001.**Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 6 de abril de 2001.

Brasil, **Portaria n 224/MS**, de 29 de janeiro de 1992. **Regulamenta todos os serviços de saúde menta. Diário Oficial da união. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para ao Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**; 29 mar. Site do Ministério da Saúde Acesso em 21/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os**



**Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p.77-84. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf). Acesso em: 16/05/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Dados da Coordenação de Saúde Mental.** Brasília: 2010.

BRASIL, Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAIXETA C.C, MORENO V. **O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde.** Rev. Eletr. Enf.10(1):179-188, 2008.

CARNEIRO, C.B.L. **Concepções sobre pobreza e alguns desafios para a intervenção social.** *Serviço Social e Sociedade.* São Paulo, V. 84, p 66-90, 2005.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de praticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde.** In: PINHEIRO, R.; MATOS,R.A.(Org.). *Gestão em redes: praticas de avaliação, formação e participação em saúde.* Rio de Janeiro: Abrasco, p165-184, 2006.

DANESE, M.C.F. **O usuário de psicofármacos num programa de saúde da família e suas representações sobre os serviços de saúde e os serviços religiosos.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 103pp, 1998.

FOUCAULT, M. *História da Loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

JUNIOR, M.A.D. **Ações de Saúde Mental por Agentes Comunitários de Saúde: Investigando uma experiência de Saúde Mental na Atenção Básica.** [dissertação de mestrado] UFMG. Belo Horizonte, 2009.

MARSIGLIA, R.G.; DALLARI, D.A.; COSTA, J.F.; MOURA NETO, F.D.M.; KINOSHITA R.T.; LANCETTI,A. **Saúde mental e cidadania.** São Paulo (SP): Mandacaru; 1987. P.13-28.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Campinas, SP, 1999.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental (Linha-Guia).** Marta Elizabeth de Souza: 2006.

OLIVEIRA, G. **O atendimento dos médicos nos centros de saúde e a prevalência das desordens mentais.** Dissertação de mestrado. Faculdade de medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1998, p178.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.; Miranda, L.; Ferrer, A. L.; Passos, E. ; Gama, C. A. P. **Avaliação da rede de centros de atenção**

**psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental.** Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, v. 43, p. 16-22, 2009.

PAES, M.R. et al. **Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento.** ano 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/11238/6081>. Acesso em 21/06/2011.

PEREIRA, M.C.L.; MENEZES, P.R.; CHESTER, L.C.; CESAR, L.G.; BARROS, M.A.B.; GOLDBAUM, M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. **Rev Saúde Pública** 2008; 42(4):717-23

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação Oferta e Demandados serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade.** In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001.p. 65-112.

SARACENO B. Reabilitação **Psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio.** In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo (SP): HUCITEC, P.18. 1996.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2004.

TAVARES, CMM. **Prática criativa da enfermagem psiquiátrica: fatores intervenientes no seu desenvolvimento.** Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem 2002 jan: 6(1): 107-17.