



CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

CONCEPTS AND INTERVENTIONS ON MENTAL HEALTH IN THE PERSPECTIVE OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS

CONCEPCIONES E INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL EN LA OPTICA DE PROFESIONALES DE LA ESTRATÉGIA SALUD DE LA FAMILIA

Alanna Drescher¹, Juliane Elis Both², Leila Mariza Hildebrandt³, Marinês Tambara Leite⁴, Solange Maria Schmidt Piovesan⁵

RESUMO

Objetivo: compreender as percepções de profissionais da saúde vinculados às Estratégias de Saúde da Família sobre doença mental e acerca do atendimento a pessoas em sofrimento psíquico. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, no qual participaram nove profissionais de saúde vinculados a duas equipes com Estratégia de Saúde da Família de um município do Norte do Rio Grande do Sul. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade análise temática. **Resultados:** os entrevistados relacionam a doença mental com infração de regras, fuga dos padrões de normalidade, dependência para cuidados, incapacidade para a realização de atividades diárias. A assistência às pessoas com doença mental envolve visita domiciliar, consulta médica e de enfermagem, prescrição de medicamentos e encaminhamentos a serviços especializados. **Conclusão:** a assistência prestada mostra-se fragilizada pela falta de qualificação dos trabalhadores da Saúde da Família. **Descritores:** Saúde Mental; Saúde da Família; Sofrimento Psíquico; Trabalhadores; Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Objective: to understand the perceptions of health professionals linked to the Family Health Strategy on mental illness and about care for people in psychological distress. **Method:** descriptive study with a qualitative approach, in which participants were nine health professionals linked to two Family Health Strategy teams of a municipality in the North of Rio Grande do Sul state. For data collection, a semistructured interview was used. Data were analyzed according to the content analysis technique, in the thematic analysis modality. **Results:** respondents related mental illness with violation of rules, escape from the normal pattern, dependence of care, inability to perform daily activities. The care for people with mental illness involves home visits, medical and nursing appointments, prescription of medications and referrals to specialized services. **Conclusion:** the care provided is weakened by the lack of qualification of the Family Health Strategy workers. **Descriptors:** Mental Health; Family Health; Psychic Suffering; Workers; Mental Disorders.

RESUMEN

Objetivo: comprender las percepciones de profesionales de la salud vinculados a las Estrategias de Salud de la Familia sobre enfermedades mentales y acerca del atendimento a personas en sufrimiento psíquico. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, en el cual participaron nueve profesionales de salud vinculados a dos equipos con Estrategia de Salud de la Familia de un municipio del Norte de Rio Grande do Sul. Para la recolección de datos, utilizándose la entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados de acuerdo con la Técnica de Análisis de Contenido, en la modalidad análisis temática. **Resultados:** los entrevistados relacionan la enfermedad mental con infracción de reglas, fuga de los padrones de normalidad, dependencia para cuidados, incapacidad para la realización de actividades diarias. La asistencia a las personas con enfermedad mental envuelve visita domiciliar, consulta médica y de enfermería, prescripción de medicamentos y encaminhamentos a servicios especializados. **Conclusión:** la asistencia prestada se muestra fragilizada por la falta de calificación de los trabajadores de la Salud de la Familia. **Descriptor:** Salud Mental; Salud de la Familia; Estrés Psicológico; Trabajadores; Trastornos Mentales.

¹Enfermeira, Prefeitura Municipal de Fazenda Vila Nova. Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mail: alannadrescher@hotmail.com;

²Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria/UFMS. Santa Maria (RS), Brasil. E-mail:

julianeelisboth@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Departamento de Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Santa Maria/UFMS - Campus de Palmeira das Missões. Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail:

leilahildebrandt@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Doutora em Gerontologia Biomédica, Departamento de Ciências da Saúde,

Universidade Federal de Santa Maria/UFMS - Campus de Palmeira das Missões. Palmeira das Missões (RS), Brasil. E-mail:

tambaraleite@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, Mestre em Educação nas Ciências, Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial II do

Município de Ijuí. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: solamsp@gmail.com

INTRODUÇÃO

As pessoas que vivenciam um processo de adoecimento mental muitas vezes enfrentam dificuldades, pois ao procurarem atendimento nos serviços de saúde, deparam-se com problemas de acolhimento, tratamento e de manutenção de vínculos entre profissionais e usuários. A doença mental pode ser caracterizada como respostas desajustadas a fatores de estresse relacionados ao ambiente externo e a elementos relacionados ao próprio sujeito, evidenciados por pensamentos, sentimentos e comportamentos que podem interferir no funcionamento pessoal, familiar, social e ocupacional da pessoa.¹

No campo da saúde mental e atenção psicossocial, a ideia de sofrimento psíquico remete a pensar em um sujeito que sofre pela sua experiência vivida, já portador de transtorno mental dá a noção de alguém que carrega um fardo inseparável e indistinguível do sujeito, além de ser uma pessoa transtornada.² Complementando essa linha de pensamento, organizações de usuários opõem-se ao uso de termos como doente mental devido ao seu domínio médico.³ Devido a este fato, neste trabalho os termos “doente mental” e “portador de transtorno mental” serão substituídos pela expressão pessoas/indivíduos/sujeitos em “sofrimento psíquico”.

Por muito tempo, a atenção a pessoa em sofrimento mental estava centrada no hospício. No período da 2ª Guerra Mundial, iniciaram-se críticas a respeito do modelo hospitalocêntrico, segregador e excludente preconizado pelos hospícios.⁴ Sendo assim, de acordo com o Ministério da Saúde,⁵ ao final da década de 70, teve início no Brasil o Movimento da Reforma Psiquiátrica, motivada pela crise no modelo de assistência do hospital psiquiátrico e pelos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes. O resultado desse processo foi a promulgação da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica em 06 de abril de 2001, Lei Nº 10.216, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária por meio da construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, bem como a fiscalização e redução dos leitos psiquiátricos nos hospícios.⁶

A atenção ao sujeito em sofrimento psíquico amplia-se para os diferentes serviços, o que inclui a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 pelo Ministério da Saúde,⁷ que se caracteriza como um dos

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, visto que entre as diversas funções, tem o papel de acompanhar o sujeito que está vivenciando um distúrbio psíquico e sua família. Essa forma de organização do serviço assume importância na atenção à saúde mental, pois busca romper com o modelo médico hegemônico, tem o desafio de tomar a família em sua dimensão sociocultural como objeto de atenção, planeja e executa ações num determinado território e promove cidadania e qualidade de vida para as pessoas.⁸

Sabe-se que as equipes vinculadas a ESF possuem certa resistência em assistir a pessoa que vivencia um sofrimento psíquico além de contar com pouco suporte teórico para dar conta dessa demanda. Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde que atuavam em ESF aponta que estes tinham dificuldades para atender os usuários em sofrimento psíquico, mencionando como principais causas para isso a desqualificação profissional e preconceitos devido à ligação que ainda existe entre a imagem de doente mental e manicômios, agressões e medo.⁹

Por isso, estudos que buscam apreender a percepção de profissionais de saúde em relação à atenção ao sujeito em sofrimento psíquico em Estratégias de Saúde da Família são significativos, pois esses espaços são referência para atendimento desse contingente populacional. Escutar os profissionais envolvidos nesses cenários pode colaborar na construção de estratégias que qualifiquem a atenção a esses usuários e minimizar o desgaste da equipe.

Desse modo, compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam em ESF referente ao atendimento de pessoas em sofrimento psíquico poderá auxiliar na qualificação deste serviço. Assim, definiu-se como questão de estudo: “Qual a percepção de profissionais de saúde que atuam em ESF de um município localizado no Noroeste do Rio Grande do Sul em relação à doença mental e ao atendimento de usuários em sofrimento psíquico?”. Logo, tem-se por objetivo: *compreender as concepções de profissionais da área da saúde vinculados a ESF de um município localizado no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul sobre doença mental e acerca do atendimento de pessoas em sofrimento psíquico nesses espaços.*

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa e descritiva, realizado em um município do Norte do Rio Grande do Sul junto a duas Estratégias de Saúde da Família que estão consolidadas nesse

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

município. Para a realização desta pesquisa, utilizou-se a entrevista semiestruturada, com questões relativas à caracterização dos sujeitos e duas questões abertas balizadoras: o que é doença mental para você? Como é para você atender uma pessoa em sofrimento psíquico?

Para a coleta dos dados, os profissionais de saúde foram contatados pessoalmente ou por telefone com o objetivo de previamente agendar horário e local de encontro que oferecesse privacidade e sigilo das informações coletadas. O entrevistado foi convidado a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responder às perguntas do roteiro norteador da pesquisa, que não permitiram a sua identificação. As entrevistas foram gravadas em áudio tape e, após, transcritas na íntegra.

A primeira Estratégia de Saúde da Família visitada para realização da pesquisa abrange um território composto por três bairros, cuja população total é de aproximadamente 4.800 pessoas. O quadro de profissionais de saúde era composto por um enfermeiro, um médico clínico geral, um odontólogo, dois técnicos/auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários de saúde atuando efetivamente no serviço. Com relação à saúde mental, as intervenções consistem em visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem, além de encaminhamento ao especialista em casos julgados necessários pelo médico.

A segunda Estratégia de Saúde da Família visitada para a coleta de dados também abrange três bairros e a população assistida é de aproximadamente 4.400 usuários. Naquele período, atuavam na unidade um enfermeiro, um médico clínico geral, dois técnicos/auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários. As atividades realizadas por essa unidade são as mesmas da primeira ESF visitada, tanto para a população em geral quanto para os usuários em sofrimento psíquico, exceto atendimento odontológico. Além disso, nessa unidade ocorre assistência a pacientes com hanseníase ou tuberculose e são realizadas atividades em grupo para a população que apresenta sofrimento psíquico.

Como critérios para inclusão na pesquisa, os profissionais deveriam estar atuando no serviço há mais de um ano. Participaram dois médicos, dois enfermeiros e um odontólogo que representam a totalidade de profissionais dessas categorias nesses locais. Além desses, também foram entrevistados um auxiliar de enfermagem e três agentes comunitários de saúde, totalizando nove participantes.

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

Dos sujeitos participantes do estudo, quatro são do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A idade dos sujeitos variou de 24 a 64 anos. Quanto ao estado civil, um era divorciado, dois solteiros e seis casados. Quanto à escolaridade, quatro possuíam nível médio e cinco nível superior. No que tange aos aspectos religiosos, seis declararam-se ser católicos, dois evangélicos e um kardecista. O tempo de atuação na profissão oscilou de quatro a 36 anos, porém o período na Equipe de Estratégia de Saúde da Família variou de um ano e cinco meses a cinco anos.

Para a interpretação e análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise temática, composta por três fases, que são ordenação e classificação dos dados e análise fina.¹⁰

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, processo número 23081.007671/2011-13. Como forma de não identificar os sujeitos e preservar o anonimato, os entrevistados foram identificados pela letra “E” seguida de um número referente à ordem da transcrição da fala.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da leitura das informações obtidas junto aos participantes desta investigação, foi possível construir duas temáticas de análise. A primeira versa sobre as concepções de profissionais da saúde da família acerca da doença mental e a segunda aborda as intervenções realizadas por esses trabalhadores junto à pessoa em sofrimento psíquico.

♦ Tema 1: Concepções de profissionais de saúde da família em relação à doença mental

Ao analisar as falas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação à concepção que possuem acerca de doença mental, percebe-se que eles associam esta enfermidade como um estado de sofrimento vivido pelo usuário e que atinge todos os membros da família.

A doença mental é um distúrbio que eu acho que acomete a pessoa de um sofrimento muito grande, porque além de ela sofrer com essa doença dela, com esse psiquismo que ela está passando, a família também fica muito envolvida e muitas vezes não sabe lidar com aquele doente. (E2)

Eu tipifico a doença mental pela aquela situação aonde traz sofrimento para o ser humano. (E3)

O sofrimento mental altera o cotidiano do indivíduo e o de sua família. Mesmo que o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

esteja acontecendo há algum tempo, o cotidiano do sujeito em sofrimento psíquico, em muitas situações, continua permeado por preconceitos. Comumente, ele recebe o estereótipo de louco ou vagabundo que, somado às limitações impostas pelo sofrimento mental, exclusão e vergonha, o impossibilita de exercer atividades da vida diária. Essas alterações, juntamente com a responsabilização pelo cuidado desse indivíduo, podem ocasionar desgastes e conflitos entre os integrantes do núcleo familiar.

Durante muito tempo, as pessoas em sofrimento psíquico foram excluídas da sociedade e afastadas da família, cuja atenção estava restrita aos hospitais psiquiátricos. Após a Reforma Psiquiátrica, priorizou-se o atendimento dessa população em serviços de atendimento comunitário e a família passou a ser entendida como parte fundamental da assistência, que poderia contribuir para a melhora do paciente e remissão dos sintomas. Porém, com essa mudança, as famílias e as próprias pessoas que vivenciam o sofrimento mental apresentaram algumas dificuldades para lidar com a doença.

Nesse sentido, as principais dificuldades para o manejo com o ente em sofrimento psíquico estão vinculadas ao relacionamento com ele devido à agressividade, ausência de afeto, imprevisibilidade, isolamento social e gastos financeiros além do previsto. Além disso, existe a dificuldade em aceitar o adoecimento psíquico devido ao preconceito e estigma que persistem na sociedade.¹¹

O adoecimento mental de um indivíduo provoca alterações na convivência diária com a família, desorganizando-a devido a sentimentos como ansiedade e preocupação.¹² Estudo confirma que a doença mental de um dos integrantes da família desorganiza a dinâmica familiar e provoca tensões diante de fracassos na vida social e do tratamento, além de sentimentos como culpa, fragilidades e impotência.¹³

É importante que a equipe da Saúde da Família conheça a dinâmica do grupo familiar e desenvolva parcerias que a auxiliem no entendimento da doença mental e na elaboração de estratégias que facilitem a convivência com a pessoa portadora de sofrimento psíquico. As concepções que os profissionais de saúde têm acerca da família definem as intervenções realizadas, contribuindo ou não para a qualidade do cuidado. As famílias necessitam de suporte para lidar com os conflitos e dificuldades que aparecem no cotidiano em consequência do

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

sofrimento mental, todavia os profissionais precisam, muitas vezes, se desprender de preconceitos e compreender a família em sua singularidade, entendendo-a como parceira e alvo do cuidado em saúde mental.¹⁴

Alguns profissionais entrevistados também relacionam a doença mental com a infração de regras sociais e a fuga dos padrões de normalidade. Além disso, há menção da analogia entre a doença mental e a inteligência.

Eu entendo a doença mental como alguma coisa que te tire da tua normalidade, que te impeça de ter um bom relacionamento com a família, com os amigos, no teu trabalho. (E1)

Doença mental é todo comportamento humano que infringe as regras do convívio social. (E3)

Doença mental é quando uma pessoa sai do comum, do que é considerado dentro da sociedade, o equilíbrio social, do normal, seria comum. (E9)

Entende-se que a normalidade é um critério pouco mensurável para definir a presença ou ausência de saúde/doença mental, pois se vive em uma sociedade com vasta diversidade cultural que interfere nos modos das pessoas viverem e nos seus costumes. Dessa forma, o que é normal para uma pessoa pode não o ser para outra e isso não significa que uma delas apresente um diagnóstico de doença mental. Termos como típico ou aceitável em relação à normalidade foram considerados ambíguos, pois envolvem julgamento de valor e variam de acordo com a cultura.¹⁵

Ainda, os pesquisados apontam a ligação entre doença mental e perda de capacidades, mesmo com o uso de medicamentos.

Ela (a pessoa), no caso, também tem tratamento com medicamento. E não responde por si. É uma pessoa que vive uma vida totalmente alienada. (E4)

A fala acima demonstra a percepção estigmatizada em relação à pessoa em sofrimento psíquico, pois se entende que o doente é um indivíduo dependente de cuidados e incapaz de realizar atividades cotidianas como trabalhar, estudar e divertir-se. Além disso, a ideia de que uma pessoa que “não responde por si” pode representar que ela se encontra em estado de irracionalidade. No entanto, embora algumas doenças mentais limitem a vida do sujeito devido à instabilidade ocasionada pelos períodos de agressividade, agitação e/ou pela presença de sintomas psicóticos como delírios e alucinações, na maioria das vezes ele pode retomar suas atividades cotidianas e seu autocuidado.

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

Outro elemento importante que deve ser ressaltado em relação ao sofrimento mental é que o indivíduo não se mantém em surto permanentemente. Ele pode apresentar agudização dos sintomas por períodos ou encontrar-se desorientado, entretanto, apesar de a doença mental afetar algumas funções da vida, a pessoa conserva consciência de suas ações e das reações a sua volta nos demais períodos. A loucura normalmente não interfere em todos os aspectos da vida de uma pessoa, permitindo ao doente mental conservar consciência de si mesmo, do mundo e dos seus atos, apesar de desorientado em alguns momentos. Essa consciência pode levar o doente a desenvolver e vivenciar situações de estresse por ter noção do seu real estado, que podem resultar em impotência e vulnerabilidade diante da doença. Essa percepção pode causar sentimentos de tristeza, irritação, confusão e instabilidade emocional.¹⁶

Ao considerar esses aspectos, comumente as equipes da atenção básica se sentem desprotegidas, incapacitadas para enfrentar as demandas diárias em saúde mental, principalmente quando se trata de casos mais graves ou crônicos. Portanto, é necessário que exista uma rede de apoio que propicie suporte técnico aos profissionais, qualificando-os para lidar com as situações vivenciadas no cotidiano. O apoio matricial satisfaria esta necessidade, além de estabelecer a corresponsabilização pelos usuários.¹⁷

Os profissionais entrevistados também identificam, nos usuários em sofrimento psíquico, carência afetiva.

Eu sentia que ela tinha uma carência, uma necessidade de ter alguém que ouvisse ela. (E1)

Sempre são pessoas muito carentes. (E2)

Às vezes você tem essa dificuldade que eles te tiram a tua liberdade, que eles confundem que você é uma agente de saúde, que você acompanha, mas que você não é um companheiro, uma companheira da casa deles... são pessoas que querem a tua presença quase todos os dias. Às vezes é difícil, porque você tem que cortar caminho nessa rua porque se eles te pegarem na rua eles te alugam. (E6)

Por vezes, os profissionais enfrentam dificuldades em função do excesso de envolvimento solicitado por alguns usuários e também sobre a necessidade de “cortar caminho” para evitar o contato com eles. Essa fala se torna relevante por demonstrar que, apesar de os profissionais diferenciarem o cuidado profissional do envolvimento pessoal, estes não estão completamente preparados para o atendimento dessa demanda, com

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

dificuldades de dar limites quando necessários.

A carência afetiva sentida pelos indivíduos doentes e a necessidade da fala, mencionadas pelos pesquisados, parece revelar que os usuários em sofrimento psíquico encontram pouco espaço de verbalização na sociedade e na família. A interação entre a família e a pessoa em sofrimento psíquico se torna prejudicada devido ao desgaste ocasionado pelas experiências acumulativas vivenciadas no cotidiano e a família perde a esperança da cura ou controle da doença e de conviver saudavelmente com esse sujeito. Dessa forma, os profissionais de saúde de Estratégia de Saúde da Família, principalmente os agentes comunitários de saúde, tornam-se referência e nem sempre possuem estofo teórico para dar conta dessa demanda. Por outro lado, um dos entrevistados tem a noção de que ele não é uma pessoa amiga do sujeito em sofrimento psíquico e que a sua posição é de um profissional que ajuda no cuidado. Essa concepção reforça a importância do cuidado profissional e humanístico, sem envolvimento que ultrapassem essa esfera.

Percebe-se a necessidade de investir na capacitação dos profissionais que atuam nas Estratégias de Saúde da Família. Entretanto, sabe-se que investimentos que visem o aprimoramento da assistência em saúde mental podem não representar uma necessidade para a gestão vigente. Porém os próprios profissionais de saúde, sentindo a necessidade e a fragilidade existente nessa área do conhecimento, podem lançar mão de momentos de discussão com vistas a fortalecer o suporte teórico e qualificar a atenção à pessoa que vivencia o sofrimento psíquico.

Também, percebe-se que os profissionais entrevistados apresentam algumas concepções equivocadas ou ultrapassadas em relação à doença mental, que resulta do pouco conhecimento científico que detêm sobre o assunto. A principal consequência desse fato é a assistência realizada de forma empírica e sem a qualidade que esse serviço requer. A capacitação desses trabalhadores forneceria subsídios teóricos que proveriam maior segurança ao profissional para decidir a melhor forma de realizar o atendimento.

Identifica-se que os profissionais entrevistados apresentam algumas concepções equivocadas ou ultrapassadas em relação à doença mental, que resulta do pouco conhecimento científico que detêm sobre o assunto. A principal consequência desse fato é a assistência realizada de forma empírica e sem a qualidade que esse serviço requer. A

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

capacitação desses trabalhadores forneceria subsídios teóricos que proveriam maior segurança ao profissional para decidir a melhor forma de realizar o atendimento.

♦ Tema 2: Intervenções em saúde mental realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Por meio da fala dos entrevistados, verifica-se que a atividade grupal se constitui em uma das estratégias de intervenção junto ao usuário em sofrimento psíquico, embora um dos entrevistados demonstre a concepção de que é necessário auxílio de profissionais especializados para a realização de atividades grupais em saúde mental. Ainda alega dificuldades para a sua execução, atreladas à estrutura física e funcional da unidade de saúde.

A gente tentou fazer grupos, mas a gente não tinha apoio de psiquiatra, de psicóloga. E a estrutura física também é pequena aqui. Então a gente não teve como trabalhar saúde mental ainda. (E2)

Compreende-se a dificuldade enfrentada pelo profissional de saúde em realizar intervenções em saúde mental sem o apoio de trabalhadores dessa área. Por outro lado, tem-se ciência de que os profissionais vinculados à Estratégia da Saúde da Família, durante os seus cursos de formação, tiveram conteúdos que abordassem as questões relativas ao cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. Além disso, a falta de estrutura física é usada como empecilho para o desenvolvimento de atividades em saúde mental. No entanto, outros grupos são desenvolvidos apesar da fragilidade na estrutura física. Além disso, é possível realizar outras ações que visem o atendimento das necessidades dos usuários em sofrimento psíquico, como por exemplo, atendimentos individuais, educação em saúde e visita domiciliária.

Estudo aponta como fatores da ineficiência do atendimento às pessoas em sofrimento psíquico a deficiência na formação acadêmica, o que acarreta pouco conhecimento, além da falta de atualização e treinamentos, a falta de identificação do profissional com a saúde mental e o excesso de responsabilidades entre outros.¹⁸

No cenário da saúde mental, saúde da família é considerada uma estratégia importante para a construção de outras formas de as pessoas relacionarem-se com a loucura, oportunizando a pessoa em sofrimento psíquico um espaço de circulação diferente daquele segregador e excludente.¹⁹ Pelos atendimentos não especializados, é possível trabalhar para desmistificar a loucura

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

no cotidiano, permitindo a esse estrato populacional compartilhar o mesmo espaço que as demais pessoas que utilizam a unidade de saúde. Nesse conceito, sobre a atuação do enfermeiro na saúde mental em Estratégias de Saúde da Família, estudo revela que as enfermeiras não se sentem habilitadas para a assistência ao sujeito em sofrimento psíquico, fato que se deve à falta de iniciativa dos próprios profissionais em buscar conhecimentos que viabilizem o atendimento que corresponda às demandas desse indivíduo.⁹ A atitude dos profissionais depende do reconhecimento de manifestações de sofrimento psíquico na clientela dos profissionais da Unidade de Saúde da Família como objeto de seu trabalho, identificando-as quantitativa e qualitativamente. Dessa forma, por meio de ações implementadas na ESF é possível acolher, assistir e proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.²⁰

Na fala de E2, há a menção de que a visita domiciliária é apenas realizada ao usuário em sofrimento psíquico nos casos em que os sintomas se apresentam agudizados ou quando, por algum motivo, ele necessite de cuidados dos profissionais da ESF e esteja impossibilitado de se deslocar até a unidade.

O atendimento particularizado a gente dá. A gente tem até paciente nosso que agora se queimou e ele está com uma queimadura grave na perna e o “B” (técnico de enfermagem) vai todos os dias lá na casa dele fazer o curativo. Amanhã a gente já tem visita marcada para ir lá na casa dele, a enfermeira e o médico, então esse suporte domiciliar para esses pacientes psíquicos a gente dá. Quando é solicitado que a gente vá à casa que o paciente está muito agitado. Então a gente já foi várias vezes ver alguns pacientes agitados. (E2)

Quanto às intervenções junto à pessoa em sofrimento psíquico, a visita domiciliar é um recurso importante na área da saúde mental, pois a partir dela é possível avaliar a dinâmica familiar e as condições de vida do sujeito em sofrimento psíquico, entretanto parece ser um instrumento mais utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde. Todavia, a visita domiciliária em saúde mental é um instrumento facilitador na abordagem de usuários e sua família. Por meio deste recurso é possível entender a dinâmica familiar e verificar a possibilidade de envolvimento da família no tratamento do usuário.²¹ No mesmo sentido, o atendimento domiciliar propicia assistência mais humanizada, possibilita a promoção da saúde e redução das internações, o que se contrapõe ao trabalho dos hospitais psiquiátricos.²² Assim, a visita domiciliária aos usuários em sofrimento

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

mental poderia ser utilizada pela equipe da ESF como uma potente ferramenta para a identificação de situações com potencialidade para desencadear, no usuário em sofrimento psíquico, a agudização dos sintomas de sua patologia, com possibilidades de intervenção e, consequentemente, evitar a agravamento do quadro clínico. Além disso, pode se constituir em um instrumento que colabora para a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

Para que esse indivíduo seja reinserido socialmente, é necessário que este resgate a sua autonomia e cidadania, sentindo-se capaz de exercer seu papel na comunidade. Para isso, é importante que a equipe de Saúde da Família inclua em seu cotidiano atividades de reabilitação psicossocial, que possibilitem ao usuário o desenvolvimento de novas habilidades. A reabilitação psicossocial é um conjunto de ações que têm como objetivo aumentar as habilidades da pessoa, minimizando as deficiências e os danos ocasionados pelo processo de adoecer. Quando a pessoa entende ser incapaz ou impotente diante dos acontecimentos da vida, diminui a capacidade de enfrentamento diante das dificuldades.²³ Estudo faz referência à recreação reabilitadora como uma modalidade de intervenção, em que são realizadas atividades de pintura, artes plásticas, música, dança, dramatização, jogos e passeios em praças e parques, sempre respeitando o desejo da pessoa em participar de determinada atividade e avaliando sua prática e atitudes. O referido estudo demonstrou ainda que os principais sentimentos vivenciados pelos participantes foram prazer, emoção, tranquilidade e união com a equipe.²⁴ É provável que o sentimento de bem-estar dos usuários os auxilie no controle da patologia psíquica, reduzindo as possibilidades de agudização dos sintomas e, consequentemente, as internações.

A falta de qualificação e preparo dos profissionais que atuam em Estratégias de Saúde da Família (ESF) para atender usuários em sofrimento psíquico é identificada nas falas seguintes:

Não me sinto preparada pra trabalhar com saúde mental. (E2)

Nem vou entrar mais no detalhe do crack e coisas assim que não fazem nem parte da minha geração nem do meu tempo de estudo e a gente mais ouve assuntos televisivos do que na realidade conhecimentos sobre os efeitos colaterais a médio e longo prazo (E 9).

Neste contexto, ressalta-se a importância do trabalho desenvolvido pelo agente comunitário de saúde, pois como ele reside na

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

região onde atua, é conhecedor da realidade dos moradores do local, além de compartilhá-la, o que pode facilitar a abordagem junto às famílias. Apesar de ser um profissional da equipe de saúde da ESF, ele é visto pela comunidade como parte dela, o que promove a ligação entre as partes envolvidas.

Todavia, devido à Estratégia de Saúde da Família estar em desenvolvimento, a saúde mental tem sido pouco contemplada nos programas de capacitação, o que interfere na assistência ao usuário.²⁵ Com o intuito de aumentar a capacidade resolutiva das equipes da atenção básica, a Coordenação de Saúde Mental/DAPE instituiu como uma das diretrizes o Apoio Matricial as Equipes de Saúde da Família.²⁶

As doenças mentais mais graves requerem intervenção especializada, embora, muitas vezes, a avaliação por parte da equipe de ESF é frágil e o encaminhamento acaba sendo a alternativa de escolha. Por um lado, esse aspecto pode ser positivo, pois dessa forma a assistência prestada aos usuários em sofrimento psíquico será feita por profissionais que teoricamente estariam melhores capacitados para o atendimento dessa população. Entretanto, para que o cuidado seja eficiente, precisa haver uma corresponsabilização com a equipe de ESF e esta não pode ter a ideia de que, ao encaminhar o usuário para o serviço especializado, perde a responsabilidade de acompanhá-lo. Os profissionais da ESF precisam compreender o serviço especializado como um suporte ao atendimento realizado pela atenção básica e não o seu substituto.

Percebe-se que, mesmo com dificuldades para desenvolver trabalhos que atendam a população em sofrimento psíquico, a Estratégia de Saúde da Família procura exercer a função de porta de entrada, encaminhando para os serviços especializados apenas os usuários com transtornos mentais mais graves.

O trabalho nas estratégias de saúde da família aqui, de saúde mental, é muito pouco, porque agora a gente tem uma referência. Os pacientes que a gente não consegue dar conta do tratamento são todos encaminhados para a referência, quando é paciente já com esquizofrenia ou outro transtorno, é encaminhado direto para referência, já para o psiquiatra (E2).

Os profissionais reconhecem a importância do acolhimento na assistência, que é realizado por meio da escuta e da conversa. Porém, nota-se uma diferença na forma do acolhimento realizado por alguns entrevistados, que fazem referência à conversa além da escuta, o que possibilita o

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

estabelecimento de vínculo entre profissional-usuário. Entretanto, para outros participantes, a escuta é aparentemente passiva, sem qualidade, sem troca com o usuário. O momento não é aproveitado para estabelecer vínculos, negociações relacionadas ao tratamento ou comportamentos, além de melhor entender a dinâmica da vida do usuário e de sua família. Além disso, a fala de um dos entrevistados permite identificar a diferença existente entre a abordagem de um usuário em sofrimento psíquico na Unidade Básica com Estratégia de Saúde da Família e sem essa modalidade de atenção.

Sempre ter um bom acolhimento, conversar com essas pessoas, com calma. (E2)

Eu ouço e não falo. (E3)

E você tem que ter a paciência de saber ouvir. E falar muito pouco. Quando falar alguma coisa, falar alguma coisa que eles gostem de ouvir, nunca crítica ou coisa parecida. (E6)

Trabalhei 14 anos e pouco numa unidade que não era o ESF depois vim para cá. É totalmente diferente. E não adianta, tu tens que sentar, tu tens que conversar, tem que dar atenção. (E7)

O serviço de saúde tem a função de acolher, escutar e responder positivamente, sendo capaz de resolver os problemas da população. Dessa forma, restabelecem relações de confiança e apoio ao usuário. O acolhimento também possibilita a reorganização do processo de trabalho, pois desloca o eixo central do médico para a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e da resolução do problema do usuário. Por último, o acolhimento qualifica a relação trabalhador-usuário, a qual deve acontecer com humanização, solidariedade e cidadania, visando constituir um serviço de saúde de qualidade.

O acolhimento e o vínculo são decisivos na relação entre o profissional que atua em saúde mental e o usuário, pois facilitam a construção da autonomia do sujeito por meio da responsabilização compartilhada e pactuada. Além disso, com o acolhimento é possível reestruturar o cuidado integral em saúde mental pela superação dos conceitos de patologia e diagnóstico, com ênfase na subjetividade e singularidade de cada sujeito que se encontra em sofrimento psíquico.²⁷

Alguns profissionais também demonstram em suas falas uma preocupação com a prescrição indiscriminada de medicamentos psicoativos. Por outro lado, há os que dizem que a terapia medicamentosa é utilizada com cautela, temporariamente, associada à psicoterapia e com o objetivo de reduzir a

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

dosagem utilizada quando o usuário se encontrar clinicamente estabilizado.

Uso muito o lado farmacológico. Mas com parcimônia. (E3)

Eu venho notando o excesso de utilização de medicamentos. A gente tem feito um esforço, principalmente dentro do PSF, para reduzir dosagem, substituindo a medicação até fazer um desmame total. Sempre tem que fazer uma coisa assim: estou pensando em dar um medicamento para melhorar temporariamente e vamos ver o que acontece, enquanto faz uma psicoterapia. (E9)

Embora tenha esforços, por parte de alguns profissionais, para reduzir as prescrições e o consumo exagerado de psicofármacos, visualiza-se que o atendimento de pacientes em sofrimento psíquico pelo médico e a prescrição de medicamentos são as principais formas de tratamento e abordagem a essa demanda.

Alguns pacientes que a gente vê que estão com problema de depressão, que estão apresentando algum problema mental e que o doutor aqui, por exemplo, vem aqui e está deprimido, às vezes ele mesmo receita algum remédio para depressão. (E2)

O uso de psicofármacos tem fundamental importância no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, pois auxilia na diminuição e no controle dos sintomas das patologias, evitando assim agudização da sintomatologia e consequentes reinternações. Porém, o uso de medicações em saúde mental não deve ser considerado como única intervenção possível de ser realizada, mas deve ser aliado a outras modalidades de cuidado, como psicoterapia e atividades em grupo, de forma a possibilitar ao usuário a fala acerca de seu sofrimento, bem como a reinserção deste na comunidade. Além disso, por meio da escuta das queixas é possível realizar uma avaliação eficiente sobre a real necessidade da utilização de psicotrópicos, pois não são em todos os casos de sofrimento psíquico que a prescrição de medicamentos é indicada.

Quanto ao uso de psicofármacos, as Equipes de Saúde da Família, usualmente, encontram na prescrição de medicação como única possibilidade de abordagem. Além disso, as equipes que atuam em ESF não devem priorizar tratamentos tradicionais da psiquiatria, como consulta psiquiátrica ou psicológica e medicação,⁸ entretanto, é necessário atentar para o risco da psiquiatrização do cuidado em saúde mental, priorizando a medicação como estratégia exclusiva de atenção à pessoa em sofrimento psíquico.

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

Cotidianamente, sabe-se que, com frequência, a prescrição medicamentosa acaba sendo a conduta de escolha quando um paciente em sofrimento psíquico procura a ESF. Diante disso, questiona-se se o que acontece na ESF não é a medicalização social, caracterizada como um processo sociocultural complexo que transforma as vivências e sofrimentos em necessidades médicas, pois a medicalização muitas vezes causa danos aos usuários,²⁸ porém, também, é possível apreender a preocupação com a realização de atividades que ultrapassam a consulta e a medicação:

Se você vier fazer uma atividade física, fizer uma atividade manual, conversar simplesmente com outra pessoa, isso já vai te ajudar, isso já faz parte do tratamento. (E5)

O cuidado dispensado ao usuário em sofrimento psíquico, em situação de emergência psiquiátrica ou agudização dos sintomas, restringe-se basicamente à contenção mecânica e administração de medicamentos.

A gente procura tratar com normalidade, desde que a pessoa não esteja em surto, que permita o atendimento. Eu lembro que aquela vez a gente chamou o médico, eles tiveram que ajudar a segurar ela, tiveram que chamar a ambulância. (E1)

Normal ... Pra mim é normal, não tenho dificuldade nenhuma em atender. Eu acho que até uma coisa boa que eles venham pedir ajuda. A dificuldade maior é quando um paciente está em surto (E 5).

Porque daí o psiquiatra atendia na X ou na Y. Então quando acontecia alguma coisa assim (surto) levavam direto para essas unidades. (E7)

O atendimento em situações de agudização dos sintomas representa uma dificuldade para os depoentes devido à falta de preparo dos profissionais para lidar com tais situações, a única conduta é encaminhar o usuário para atendimento médico. A intervenção imediata de uma equipe multidisciplinar diante de uma emergência psiquiátrica é indispensável, pois evita maiores prejuízos à saúde do indivíduo, além de eliminar possíveis riscos a sua vida e de outras pessoas.²⁹ Existem algumas formas de intervenção junto aos pacientes em sofrimento psíquico nas emergências psiquiátricas, entre elas, a intervenção planejada e estruturada pelo profissional, fazendo uso da comunicação terapêutica, ouvindo reflexivamente, prestando apoio, conforto, informações e despertando no usuário a confiança e autoestima. A comunicação deve acontecer de forma direta, honesta, calma e não ameaçadora, e o profissional deve estar atento para a

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

comunicação verbal e não verbal do sujeito doente. A abordagem também deve incluir avaliação de fatores de estresse precipitantes, do estado físico e mental, potencial risco suicida ou homicida e uso de drogas. Ainda a contenção física se constitui em opção de intervenção nos casos em que os pacientes apresentam manifestações comportamentais exacerbadas que coloquem em risco a própria integridade física ou de outras pessoas. Há, também, manifestações de que atender pessoas com sintomas de sofrimento psíquico agudizados não representa problema.

Acho bom lidar com essas pessoas...Nesses quatro anos acho que eu tive uns oito casos de pessoas em surto, do qual também não tive problema de lidar, não tenho medo. (E6)

Eu não tenho dificuldade nenhuma de atender eles. Claro que a gente tem que ter mais cuidado no atendimento dele porque, tem uns que são brabos. Eu procuro tratar ele igual como eu trato outro. É paciência, é ouvir o que ele tem pra dizer, porque ele já tem um distúrbio, daí ele chega aqui ele quer alguma coisa, daí tu vai dar contra é pior. O que tu considera saudável mentalmente, se tu disseses não ele já não gosta, imagina uma pessoa assim. (E7)

Pra mim é tranquilo. Eu trato todo mundo igual. (E8)

O profissional entende que o sujeito em sofrimento psíquico não deve ser contraposto em suas falas. O silêncio do profissional pode ser oportuno nos casos em que o usuário esteja com o discurso desorganizado, apenas com agressões verbais, sem submeter a riscos as pessoas que estão próximas a ele. Entretanto, nas situações em que há a risco de agressão física e invasão de espaços dos demais, é necessário dar limites e ser continente a esse sujeito.

Apesar de alguns entrevistados mencionarem que não enfrentam dificuldades no atendimento ao sujeito em emergência psiquiátrica, sabe-se que intervir nessas situações não é fácil e, comumente, desperta nos profissionais sentimentos diversos.

Ao analisar os dados acima expostos, é possível perceber que apesar de os profissionais não demonstrarem resistência ao atender os usuários em sofrimento mental, a assistência prestada a essa população é prejudicada devido ao pouco conhecimento e capacitação dos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família. Para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam efetivamente alcançados, é importante ampliar as discussões entre os trabalhadores, em diferentes espaços de atuação. Assim sendo, o fortalecimento de vínculo e da

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

corresponsabilização entre os profissionais e a população é fundamental para que o objetivo da estratégia saúde da família seja alcançado no que diz respeito à atenção em saúde mental.³⁰

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizar a análise dos dados, concluiu-se que os profissionais que atuam em Estratégia de Saúde da Família compreendem que a vivência do sofrimento psíquico atinge a pessoa que adoece e, também, sua família. Mesmo que falas não tenham demonstrado ações que incluam a assistência à família desse usuário, essa percepção possibilita a implementação de atividades que a incluam no atendimento.

Alguns profissionais deixam transparecer em suas falas a relação da doença mental com infração de regras sociais, fuga dos padrões de normalidade, além de associá-la a falta de inteligência. A carência de conhecimento pelos trabalhadores em relação ao sofrimento psíquico, comumente, tem como consequência intervenção pouco adequada e carregada de preconceitos. Além disso, a confusão entre os conceitos de deficiência mental e transtorno mental acontece devido ao período em que o cuidado ao deficiente mental e ao doente mental foi realizado em um mesmo espaço, o hospital psiquiátrico.

Outra percepção que emerge no discurso dos entrevistados é a de que o doente é um indivíduo dependente de cuidados e incapaz de realizar suas atividades cotidianas, além de ter a vida associada ao uso contínuo de medicamentos. Essa noção se contrapõe aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica a qual aponta que a pessoa em sofrimento psíquico não se mantém em surto o tempo todo. Mesmo ao apresentar agudização dos sintomas por períodos ou encontrar-se desorientado e a doença afetar algumas funções da vida, a pessoa pode conservar a consciência de suas ações e das reações a sua volta nos demais períodos.

Os trabalhadores ainda compreendem que a assistência em saúde mental deve ser realizada exclusivamente por profissionais especializados. Essa percepção interfere diretamente na assistência prestada aos usuários em sofrimento psíquico, pois dificulta a avaliação e contextualização dos sintomas com as vivências de quem adoece e desresponsabiliza quem atua em ESF do cuidado à saúde mental.

Com relação às intervenções dos trabalhadores de ESF para a assistência de usuários em sofrimento psíquico, as principais estratégias citadas foram a realização de

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

atividades em grupo, visitas domiciliares, escuta e prescrição de medicamentos. Todavia, percebe-se a existência de algumas dificuldades e deficiências na execução de determinadas atividades.

A falta de preparo para o atendimento da crescente demanda em saúde mental é reconhecida pelos próprios profissionais que atuam em Estratégia de Saúde da Família. Porém, mesmo diante do aumento considerável de usuários em sofrimento psíquico, os profissionais parecem ter pouca iniciativa para buscar qualificação técnica para realizar esse trabalho de forma eficiente. Esse fato deve-se, provavelmente, ao preconceito social em relação à doença mental que permeia o cotidiano das equipes de saúde. O suporte de profissionais especializados aos trabalhadores de Estratégias de Saúde da Família, por meio do apoio matricial, poderia colaborar na atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias.

Diante dos dados expostos, pode-se concluir que há fragilidades na atenção ao usuário em sofrimento psíquico nas Unidades com Estratégia da Saúde da Família pesquisadas. Neste contexto, percebe-se a importância de maiores investimentos em qualificação profissional para o atendimento em saúde mental, uma vez que a atenção básica se constitui na porta de entrada dos serviços de saúde e o primeiro atendimento e o acompanhamento aos usuários que sofrem mentalmente devem ser feitos nessa modalidade de atenção e pode ser decisivo para a continuidade do tratamento ou sua desistência.

REFERENCIAS

1. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3rd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
3. Organização Mundial da Saúde. Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: cuidar sim - excluir não. Suíça; 2005.
4. Amarante P. (Coord.). Loucos pela vida: trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 4th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
5. Ministério da Saúde (BR). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília; 2005 [Internet]. [cited 2011 Apr 17]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5th ed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2011 Apr 17]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2011 Oct 30]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
8. Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon, SR. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 [cited 2011 Apr 03];25(9):2033-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/17.pdf>.
9. Ribeiro LM, Medeiros SM, Albuquerque JS, Fernandes SMBM. Mental health nursing and the family health strategy: how the nurse is working? Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited Apr 04];44(2):376-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/19.pdf>.
10. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25th ed. Petrópolis: Vozes; 2007.
11. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Rev esc enferm USP [Internet]. 2006 [cited 2011 Oct 31]; 40(1):123-127. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>.
12. Schranck G, Olschowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção das famílias. Rev esc enferm USP [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 24];42(1):127-134. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>.
13. Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MAL. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited Oct 24];45(2):442-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>.
14. Souza RC, Scatena MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2005 [cited Oct 24];13(2):173-179. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>.
15. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9th ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.
16. Moraski TR, Hildebrandt LM. As percepções de doença mental na ótica de familiares de pessoas psicóticas. Rev Eletr Enf [Internet]. 2005 [cited 2012 Mar 22];7(2):195-206. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/ori_ginal_08.htm.
17. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude soc [Internet]. 2009 [cited 2012 June 15];18(1):63-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>.
18. Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. Acta paul Enferm [Internet]. 2012 [cited Feb 18];25(3):346-351. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v25n3/v25n3a05.pdf>.
19. Souza AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. Esc Anna Nery [Internet]. 2006 [cited 2011 May 05];10(4):703-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a12.pdf>.
20. Oliveira AGB, Ataíde IFC, Silva MA. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. Texto contexto - enferm [Internet]. 2004 [cited 2011 Oct 28];13(4):618-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a15.pdf>.
21. Reinaldo MAS, Rocha RM. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: ideias para hoje e amanhã. Rev Eletr Enf [Internet]. 2002 [cited 2012 Mar 20];4(2):36-41. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/visita.html.
22. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev bras enferm [Internet]. 2007 [cited 2011 Oct 30];60(4):391-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a06.pdf>.
23. Lussi IAO, Pereira MAO, Pereira Júnior A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?

Drescher A, Both JE, Hildebrandt LM et al.

Concepções e intervenções em saúde mental na ótica...

Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2006 [cited 2011 Nov 04];14(3):448-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a21.pdf>.

24. Machado AM, Miaso AI, Pedrão LJ. The feelings of individuals with mental disorders undergoing psychosocial rehabilitation regarding recreational activities. Rev esc enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 04];45(2):458-464. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a21.pdf>.

25. Pereira MAO, Machado MP, Nascimento SAB. Inserção da saúde mental no programa saúde da família com oficinas de sensibilização: relato de experiência. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 30];7(1):059-064. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a21.pdf>.

26. Tanaka OY, Ribeiro EL. Ações de saúde mental na Atenção Básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 [cited 2011 Oct 25];14(2):477-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a16v14n2.pdf>.

27. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderá PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavallante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2011 Oct 25];16(7):3051-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>.

28. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 12];15(supl.3):3615-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>.

29. Sousa FSP, Silva CAF, Oliveira EN. Emergency psychiatric service in general hospitals: a retrospective study. Rev esc enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 Nov 12];44(3):796-802. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/35.pdf>.

30. Guimarães J, Paulino TSC. Interfaces of the work process of nurses in the family health strategy. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 [cited 2013 Mar 07];7(2):389-96. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2917/pdf_1985.

Submissão: 02/06/2015

Aceito: 22/08/2016

Publicado: 15/09/2016

Correspondência

Leila Mariza Hildebrandt
Rua dos Carajás 82
Bairro Pindorama,
CEP 98700-000 — Santa Maria (SM), Brasil