

Multiprofessional care to mental disorder patients under the perspective of the family health team

Andrade, João Marcus Oliveira; Rodrigues, Carlos Alberto Quintão; Carvalho, Adson Patrik Vieira; Mendes, Danilo Gangussu; Leite, Maísa Tavares

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Andrade, J. M. O., Rodrigues, C. A. Q., Carvalho, A. P. V., Mendes, D. G., & Leite, M. T. (2013). Multiprofessional care to mental disorder patients under the perspective of the family health team. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(2), 3549-3557. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Free Digital Peer Publishing Licence zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den DiPP-Lizenzen finden Sie hier:

<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

Terms of use:

This document is made available under a Free Digital Peer Publishing Licence. For more information see:

<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>



PESQUISA

MULTIPROFESSIONAL CARE TO MENTAL DISORDER PATIENTS UNDER THE PERSPECTIVE OF THE FAMILY HEALTH TEAM

ATENÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENCIÓN A LOS PACIENTES MULTIPROFESIONAL TRASTORNO MENTAL BAJO LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA

João Marcus Oliveira Andrade¹, Carlos Alberto Quintão Rodrigues², Adson Patrik Vieira Carvalho³, Danilo Gangussu Mendes⁴, Maísa Tavares Leite⁵

ABSTRACT

Objective: This work aimed to understand the perception of the Family Health Team professionals over mental disorder patients' health assistance in Primary Health Care. **Methods:** This work is a qualitative, descriptive and exploratory research. The data collection instrument was the semi-structured interview conducted between August and September, 2011. The discourses were submitted to content analysis of the thematic type, enabling four thematic categories. **Results:** The results showed that the health team develops isolated actions and little innovative, portraying a fragmentation in multidisciplinary care to patients with mental illness in the Family Health Strategy. **Conclusion:** Health assistance for mental patients need to be improved in community basis through multiprofessional work and acceptance. **Descriptors:** Mental health, Primary Health Care, Family Health.

RESUMO

Objetivo: Compreender a percepção dos profissionais da equipe de Saúde da Família acerca da atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O instrumento de coleta de dados foi entrevista semi-estruturada, realizada no período entre os meses de agosto e setembro de 2011. Os discursos foram submetidos à análise de conteúdo do tipo temática, permitindo o desvelamento de quatro categorias temáticas. **Resultados:** os resultados mostraram que a equipe de saúde desenvolve ações isoladas e pouco inovadoras, retratando uma fragmentação na assistência multiprofissional ao portador de sofrimento mental na Estratégia Saúde da Família. **Conclusão:** necessita expandir a atenção à saúde aos portadores de sofrimento mental em base comunitária, por meio do trabalho multiprofissional e do acolhimento. **Descritores:** Saúde mental, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família.

RESUMEN:

Objetivo: Conocer las percepciones de los profesionales de la salud de la familia acerca de la atención multidisciplinaria a los pacientes con enfermedad mental en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. El instrumento de recolección de datos fue la entrevista semi-estructurada, llevada a cabo en el periodo comprendido entre los meses de agosto y septiembre de 2011. Los discursos fueron analizados por contenido temático, lo que permite la presentación de las cuatro categorías temáticas. **Resultados:** Los resultados mostraron que el equipo de salud desarrolla acciones aisladas y poco innovadoras, retratando a una fragmentación de la atención multidisciplinaria a los pacientes con enfermedades mentales en la Estrategia Salud de la Familia. **Conclusión:** La atención de salud para los pacientes con trastornos mentales deben ampliar la atención sanitaria a las personas con enfermedad mental en la comunidad basada en el trabajo a través multidisciplinario y hosting. **Decriptores:** Salud Mental, Atención Primaria, Salud de la Familia.

Acknowledgments: the authors would like to thank the Ministry of Health and the Ministry of Education that through the Education Program for Health Work (Health-PET) during the development of this study, received scholarships to support the Development of Undergraduate studies in Strategic Areas for SUS. ¹ Nurse - Nursing Department at Universidade Estadual de Montes Claros. Master in Health Sciences. Email:

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3549-57

carlosquintao@hotmail.com. ² Health-PET and Multiprofessional Residency in Family Health Coordinator at Universidade Estadual de Montes Claros. Preceptor of Health-PET. Master in Health Sciences. Email: adsonpatrik@hotmail.com. ³ Graduation Course in Medicine - Department of Medicine at Universidade Estadual de Montes Claros. Member of Health-PET. Email: danilocangussuodonto@yahoo.com.br. ⁴ Dentistry at Vila Telma FHS, Montes Claros-MG. Preceptor of Health-PET. Master in Health Sciences. Email: danilocangussuodonto@yahoo.com.br. ⁵ Center for Biological and Health Sciences at Universidade Estadual de Montes Claros. Tutor of PET- Health at Unimontes. Doctor in Science. Email: mtsiv@terra.com.br.

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vivencia, atualmente, uma transformação no modelo de assistência ao paciente portador de sofrimento mental conhecida nacionalmente, desde a década de 80, como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta se deve ao conjunto de fatores e atores que buscam substituir o modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar que tem como centro de atendimento o hospitalar psiquiátrico.¹

A assistência antes, baseada na hospitalização passou a ser substituída por serviços abertos, nos quais o portador de sofrimento mental não seja excluído do convívio familiar e social, reduzindo progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos.²

A Reforma Psiquiátrica brasileira trabalha com a lógica da desinstitucionalização, focada na família e na comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.³ Esses são os mesmos princípios e diretrizes propostos na Atenção Primária à Saúde, portanto, um eixo estratégico para a inserção das ações de Saúde Mental e um campo fértil para essa nova forma de pensar saúde, envolvendo uma rede de atores com saberes e fazeres diferenciados, reforçando-se assim mais os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS).⁴

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como estratégia de reorientação das práticas e ações de saúde na Atenção Primária, trazendo, novas bases e critérios em substituição ao modelo tradicional de assistência.⁵ A atenção deriva da vigilância a saúde e esta centrada na

família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico, mental e social.⁶

A ESF tem sido destacada como componente importante na reorganização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Estrutura-se com base em equipes multiprofissionais, que atuam a partir da adscrição e territorialização da clientela atendida, o que possibilita a continuidade da atenção e a constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde, assumindo um conceito ampliado de atenção primária à saúde e avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.⁷

Do ponto de vista conceitual, princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde, refletidas na ESF, encontram-se em ressonâncias com as propostas e princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual visa à manutenção do sujeito portador de um sofrimento mental no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares.⁸

A ESF apresenta uma estratégia de assistência que valoriza os princípios de territorialização, de formação de vínculo com a população, de garantia de integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, de ênfase na promoção de saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade entre outros, consolidando assim, o Sistema Único de Saúde.⁹

Nesse novo modelo a atenção à Saúde Mental assume um conceito ampliado, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.¹⁰

Assim, partindo do pressuposto de que os pacientes com portadores de sofrimento mental e a família necessitam de cuidados básicos de saúde e que o Sistema Único de Saúde preconiza a desinstitucionalização e assistência humanizada, a ESF torna-se, dessa forma, uma importante estratégia para a (re) inserção do doente mental na sociedade.

Deste modo, acredita-se que se conhecendo as ações de saúde mental desenvolvidas pela ESF, possa-se contribuir com o planejamento de estratégias que venham auxiliar na assistência a saúde mental em nível comunitário, bem como contribuir para discussões desta temática em nível nacional.

Portanto, o estudo tem como objetivo compreender a percepção de uma equipe de saúde da família acerca da atenção à saúde do portador de sofrimento mental na ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de caráter qualitativo, descritivo e exploratório. O cenário do estudo foi uma das Unidades da Estratégia Saúde da Família inserida no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) da Universidade Estadual de Montes Claros, localizada no município de Montes Claros - MG

A população ou universo do estudo compreendeu 08 profissionais de saúde de nível médio e superior (01 médica, 01 enfermeira, 01 odontóloga e 05 agentes comunitários de saúde) que atuavam na equipe na ESF. A escolha dos profissionais de saúde, esta seguiu dois critérios: estar inserido na unidade ESF e aceitar participar da pesquisa de forma espontânea, mediante a assinatura do termo de consentimento livre esclarecido.

Multiprofessional care to mental...

A coleta de dados foi realizada no período entre os meses de julho e agosto de 2009, mediante entrevistas semi-estruturadas.

As entrevistas seguiram um roteiro norteador, sendo realizadas no domicílio do profissional de saúde ou na unidade da Estratégia Saúde da Família. Todas foram gravadas e depois transcritas literalmente para análise. Para o tratamento desse material obtido, utilizamos a análise de conteúdo, do tipo temática permitindo a construção de eixos temáticos.¹¹

O projeto de pesquisa atendeu a Resolução 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) sob o parecer nº. 1431/09.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A partir da análise temática das entrevistas realizadas verificaram-se quatro núcleos temáticos: percepção sobre o portador de sofrimento mental; ações relacionadas à saúde mental; acolhimento ao portador de sofrimento mental; assistência multiprofissional ao portador de sofrimento mental.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL

Por esse núcleo, pode-se conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre o indivíduo portador de sofrimento mental.

A riqueza dos resultados obtidos nas entrevistas realizadas com os profissionais de saúde da unidade da ESF foi surpreendente ao se verificar a percepção destes em relação ao indivíduo portador de sofrimento mental.

A pessoa tem o problema mental é muito diferente de uma pessoa normal, de uma pessoa que não tem o problema. (P5)

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

Multiprofessional care to mental...

(...) eu vejo ele como uma pessoa diferente, fazendo coisas que uma pessoa normal não faz. (P6)

A estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.¹²

O adoecer psíquico é facilmente percebido pelos grupos sociais, pois em geral, são apresentados pelos indivíduos que adecem comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade. Existindo assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais.¹²

(...) eles fazem coisas diferentes, como gritar, conversar demais, agredir sem motivos, sair correndo na rua. (P5)

Tem casa que a gente visita, que a pessoa que tem o problema fica sozinho num canto, ninguém conversar com ele, dá importância. (P1)

Por meio desse discurso, observa-se que o profissional de saúde estigmatiza o portador de sofrimento mental a partir da distinção de que ele é diferente e precisa ser tratado de forma diferente.

Há grande dificuldade em se conviver com um portador de doença mental, devido muitas vezes, às atitudes agressivas, ausência de afeto, a imprevisibilidade e mesmo ao isolamento social¹².

A pessoa que tem o problema é mais difícil de atender (...) muitos não dão crédito à pessoa, não acreditam no que ela fala, ela fica meio excluída. (P3)

A apresentação de comportamentos estranhos, exagerados e falas sem sentido dos, bem como o pouco contato dado pela família aos portadores de sofrimento mental constituem uma forma pelas quais os profissionais de saúde consideram-no “diferente” e excluído.

Eu vejo com um paciente que precisa de um cuidado maior, porque muita gente o exclui. (P7)

AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA ESF RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL

As conseqüências desses sentidos, exemplificadas nos trechos acima, expressam a exclusão social do portador de sofrimento mental, e são decisivamente influenciadas pelos valores e representações acerca da loucura, presentes em um determinado momento histórico.¹³

O segundo eixo temático buscou reconhecer as ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe da ESF, através dos seguintes depoimentos:

Ainda, pôde-se verificar que os profissionais enxergam o portador de sofrimento mental como um indivíduo que necessita de maior cuidado, assistência e atenção. Entretanto, os entrevistados ainda vêem o portador de sofrimento mental como um indivíduo “diferente” e excluído social e familiarmente.

A médica sempre faz o grupo operativo, uma vez por mês. (P1)

A ação principal é o grupo operativo realizado pela médica da unidade. (P8)

A associação entre a doença mental e a exclusão pode estar ligados à dificuldade de entendimento e compreensão dos sentimentos humanos demonstrados pelos portadores de sofrimento mental.¹⁴

É importante a realização de grupos operativos específicos para portadores de sofrimento mental, porém a ESF deve-se buscar inseri-los em outros dispositivos terapêuticos, como grupos de hipertensos, idosos, diabéticos.¹⁵

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

Multiprofessional care to mental...

As ações integras e de enfoque para a promoção da saúde, tais como as visitas domiciliares e outras atividades que permitam vivenciar a realidade em que intervirá, são preconizadas para todos os profissionais¹⁶, focando a atuação na equipe multiprofissional, no paciente enquanto ser que vive e é articulado em múltiplas interfaces sociais, econômicas e culturais, e que deve ter participação no planejamento das ações junto com a equipe.

Na prática, as equipes de Saúde da Família, mesmo com composição multiprofissional, não conseguirão implementar as ações tal como ensejada para a ESF.¹⁷

Os agentes realizam visitas domiciliares sempre às famílias que têm um doente mental. (P5)

A gente também faz visita domiciliar. São nelas que descobrimos as necessidades das pessoas. (P4)

A visita domiciliária é um instrumento importante que aproxima a equipe de saúde mental da família e comunidade. Amplia nossa compreensão sobre o sofrimento psíquico e suas conseqüências sociais. Permite compartilhar conhecimentos que contribuirão para condutas terapêuticas adequadas.¹⁸

Na visita a gente fica mais próximo do doente e, aí ele passa a confiar na gente. (P1)

A visita domiciliar ao portador de sofrimento mental facilita a interação da ESF com os usuários, dentro de seu contexto sociocultural, tornando fácil o vínculo entre equipe de saúde e comunidade.¹⁸

Um dos objetivos das visitas domiciliares é o de fortalecer o vínculo da equipe de saúde da família com a sua comunidade, principalmente do agente comunitário. Enfatizamos que as visitas são

penas uma parte do processo no atendimento às famílias, e não o objetivo final.¹⁹

Outras ações desenvolvidas pela equipe, e que merecem destaque, são os encaminhamentos e prescrição de receitas médicas:

(...) a família sempre pede pra médica renovar a receita. A família procura sempre a receita. (P4)

(...) as receitas são muito importantes para as famílias. (P6)

A introdução de ações de saúde mental embasadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira e nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde esbarra na dificuldade de superação de um modelo culturalmente hegemônico, focado na doença e no profissional médico, que subsiste há mais de dois séculos, estando somente há pouco sendo questionado por uma nova ótica que aposta na relação multiprofissional e interdisciplinar.²⁰

Observou-se a manutenção do modelo tradicional interno ao serviço comunitário, uma vez que foi apontada a hegemônica do trabalho médico, onde a medicalização prevalece em relação ao trabalho em grupo.²⁰

Assim, apesar de muitas ações continuarem centradas no atendimento individualizado, em medicalização e no encaminhamento a serviços de alta complexidade, a ESF desenvolve ações que buscam a centralização da relação equipe-usuário, da participação e do protagonismo de todos os cidadãos, no acolhimento e no trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

ACOLHIMENTO AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL

Outro ponto importante na assistência ao portador de sofrimento mental na ESF remete-se a questão do acolhimento.

O acolhimento consiste em um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.²¹

Quanto ao acolhimento ao portador de sofrimento mental na ESF, os seguintes depoimentos revelaram:

O acolhimento é feito por toda equipe e o tempo todo. (P5)

(...) todos os doentes mentais são tratados da mesma forma e o acolhimento ocorre o tempo todo (...) ele é muito importante no processo de inclusão por doente mental na unidade de saúde. (P8)

(...) o acolhimento é muito importante para o doente mental (...) aqui ele é realizado por toda a equipe, todos o ouvindo [portador de sofrimento mental]. (P2)

Este novo modelo de acolher se difere da tradicional triagem, pois não se constitui como parte de um processo, mas como ação que deve ocorrer, quando necessário, e em todos os locais do serviço e por todos os profissionais.²²

O acolhimento está de acordo com os princípios propostos pela reforma psiquiátrica ao permitir o aprimoramento da relação equipe multiprofissional-usuário, pautado por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.²³

Compartilhamos com a idéia de que o acolhimento seja um processo que ocorre em qualquer etapa do trabalho de saúde, estendendo-se até a resolução do problema apresentado pelo usuário e, portanto, acreditamos que, se estruturado apenas como um dispositivo de recepção, limita a potência das práticas voltadas à saúde mental nestas unidades, já que é tomado como norma ou protocolo, como mais um procedimento a ser realizado, e não como uma oportunidade de estabelecer relações produtoras

Multiprofessional care to mental...

de vínculo, através da escuta solidária e do comprometimento com a trajetória do usuário no serviço.²⁴

O acolhimento ao portador de sofrimento mental deve ser diferenciado, porque muitas vezes o seu problema dele é resolvido com um bom diálogo. (P2)

(...) o acolhimento deve ser feito com carinho, pois o doente mental precisa muito da nossa atenção, precisa ser ouvido. (P7)

Ouvir é uma forma de melhor compreender a situação e também de acolher os portadores de sofrimento mental, sendo essencial para permitir a inclusão efetiva deles aos serviços de saúde.²¹

Neste caso, o acolhimento é importante por ser uma estratégia que busca oferecer algum tipo de resposta a todos os pacientes que procuram as unidades de saúde, sugerindo uma ampliação no escopo de atendimento de demandas pelas unidades, que não excluem a esfera social e a psicológica.²⁴

Por meio dos depoimentos, pode-se perceber que além de desenvolverem a prática do acolhimento, os profissionais de saúde da ESF reconhecem a importância desse instrumento no processo de inclusão do portador de sofrimento mental nas ações desenvolvidas pela unidade, bem como no processo de tratamento desses clientes.

ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL AO PORTADOR DE SOFRIMENTO MENTAL

Relacionado à assistência multiprofissional ao portador de sofrimento mental na ESF, observa-se o reconhecimento dessa prática pela equipe de saúde.

A assistência ao doente mental deve ser pautada pelo trabalho de todos os profissionais em conjunto. (P3)

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

Multiprofessional care to mental...

O trabalho multiprofissional é uma grande ferramenta para melhorar a qualidade da assistência prestada aos portadores de sofrimento mental. (P6)

A constituição da equipe multiprofissional carrega vários aspectos de mudança, entre eles, a estratégia de ruptura do modelo e do saber médico no contexto das práticas de saúde mental. Ela retira o lugar de hegemonia do médico e relativiza seu saber ao incluir outras categorias profissionais e seus respectivos campos teóricos-técnicos no âmbito das práticas de saúde.²⁵

O trabalho multiprofissional deve horizontalizar a assistência em saúde mental, ampliando e melhorando a assistência ao portador de sofrimento mental²⁵. Entretanto, pode perceber que a assistência em saúde mental na ESF não ocorre de forma multiprofissional.

O trabalho multiprofissional ao portador de saúde mental não é uma estratégia desenvolvida na unidade. (P7)

(...) o trabalho é muito difícil. Primeiro, pra ser bom, tem que todos os profissionais interagirem, aí é muito difícil. (P1)

(...) o trabalho é de forma fragmentado, não há um trabalho conjunto. (P4)

Um aspecto importante do trabalho em equipe é a sua dimensão multiprofissional. A equipe não deve organizar-se em torno do saber de uma determinada categoria profissional, deve-se buscar integrar conhecimentos e experiências²⁴. Na assistência ao portador de sofrimento mental essa característica torna-se mais necessária, pois o transtorno pode evidenciar uma desestruturação de toda uma rede sócio-familiar.

Com o trabalho multiprofissional pretende-se integrar conhecimentos e instaurar um campo

de saber múltiplo, pluralista e heterogêneo. Isto nos remete para a construção de um cuidado em saúde mental voltado para a integralidade do cuidado, na medida em que lançamos mão de diferentes conhecimentos e recursos para atender, de maneira abrangente e profunda, as necessidades singulares dos sujeitos.²⁶

CONCLUSÃO

Este estudo mostra que as práticas de atenção, mesmo as pautadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, continuam atinentes ao sujeito e sua família, numa perspectiva de inclusão social do sujeito acometido por um transtorno mental.

Dessa maneira, acredita-se que o grande desafio da ESF ainda seja o de buscar e conquistar a cidadania dos portadores de sofrimento mental, com ações conjuntas das equipes de saúde, dos familiares e da comunidade, o que, necessariamente, implica construção de um outro modelo assistencial, com diversas modalidades de atendimento, mais voltado à comunidade e às necessidades do cidadão portador de um sofrimento mental, em um tratamento mais humanizado, mais socializante, mais solidário e mais eficaz.

Trata-se de uma contradição institucional relevante a ser superada, porque da perspectiva da reabilitação psicossocial, sujeito e contexto (usuário individual e familiar e trabalhadores) têm que ser valorizados e comprometidos para produzir ações de saúde pertinentes para o modelo substitutivo ao hospitalocêntrico ser efetivamente implementado.

Aparentemente, nota-se forte incorporação ideológica dos princípios da reforma sanitária e da reforma psiquiátrica brasileira, ainda que de forma fragmentada, sinalizando, porém, condições

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

favoráveis para a promoção da atenção à saúde mental em base comunitária.

A própria abertura para outros recursos para além do enquadre clínico da consulta possibilitada pela forma de organização do trabalho na ESF contribui para esta percepção ampliada, ao passo que a equipe procura diversificar as estratégias de assistência oferecendo, além das consultas, atividades em grupo e outras atividades comunitárias, bem como incorporando cotidianamente as visitas domiciliares também enquanto estratégia de assistência.

Portanto, da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante da atenção primária. Nesse sentido, estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção primária, de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas.

REFERÊNCIAS

1. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* Brasília. jul-ago 2007;60(4):391-5.
2. Consoli GL, Hirdes A, Costa JSD. Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciênc. saúde coletiva.* jan.-fev. 2009;14(1):117-128.
3. Modesto TN, Santos DN. *Saúde Mental na Atenção Básica.* *Rev Baiana Saúde Pública.* 2007; 31(1):19-24
4. Brasil. Ministério da Saúde. Oficina de Trabalho para discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Multiprofessional care to mental...

5. Souza HM. Programa saúde da família: entrevista. *Ver Bras Enferm* 2000; 53(nº esp): 7-16.
6. Rosa WAG, Labate RC. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem.* nov.-dez. 2005;13(6):1027-34.
7. Botti NCL, Andrade WV. A saúde mental na atenção básica - articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. *Cogitare Enferm.* jul.-set. 2008;13(3):387-94.
8. Coimbra VCC, Oliveira MM, Vila TC, Almeida MCP. Atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Rev Eletrôn Enferm [on line].* 2005;7(1) [capturado em 15 fev 2010]:113-7.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edição 70; 2008.
10. Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro. out. 2007;23(10):2375-2384.
11. Marjorie Ester Maciel. A equipe de saúde da família e o portador de transtorno mental: relato de uma experiência. *Cogitare Enferm.* jul.-set. 2008;13(3):453-6.
12. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm, USP.* 2006;40(1):123-7.
13. Dalla Vecchia M, Martins STF. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface (Botucatu).* 2009;13(28):151-164 .
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Andrade JMO, Rodrigues CAQ, Carvalho APV *et AL.*

Multiprofessional care to mental...

15. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Jatene A, Lancetti A. Saúde loucura, saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p.11-52.

24. Caçapava JR, Colvero LA. Estratégias de atendimento em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS). dez. 2008;29(4):573-80.

16. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.

25. Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. Rev Saúde Pública, São Paulo. 2006;40(7):727-733.

17. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta paul. enferm. 2009;22(4):439-444.

26. Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS). set 2009; 30(3):397-405.

18. Pietroluongo APC, Resende TIM. Visita Domiciliar em Saúde Mental: o papel do Psicólogo em questão. Psicol ciênc prof. 2007;27(1):22-31.

19. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciência & Saúde Coletiva. 2009;14(Supl. 1):1483-1492.

Recebido em: 16/10/2012

Revisões Requeridas em: Não

Aprovado em: 02/03/2013

Publicado em: 01/04/2013

20. Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS). dez. 2005;26(3):369-80.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização. artilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília; Ministério da Saúde; 2004. 43 p. ilus. (B. Textos Básicos de Saúde).

22. Schimit MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. nov.-dez. 2004;20(6):1487-94, 2004.

23. Zappellini LD, Oliveira CS. O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças. Boletim da Saúde, Porto Alegre. jul.-dez. 2007;21(2):65-80.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. abr./jun. 5(2):3549-57