

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem**

**Charlise Pasuch de Oliveira**

**Intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da  
Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa**

**Porto Alegre**

**2009**

**Charlise Pasuch de Oliveira**

**Intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da  
Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado como requisito parcial  
para obtenção do grau de Enfermeiro  
no Curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Agnes  
Olschowsky

**Porto Alegre**

**2009**

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida, por todo o amor e força que sempre recebi durante a caminhada. Por ter colocado no meu caminho pessoas maravilhosas as quais sempre me ajudaram.

A minha família, em especial aos meus pais, Laura e Pedro, pela educação, amor e por todo o esforço que sempre tiveram para me dar o melhor.

A minha orientadora, Agnes, pela disponibilidade, apoio e incentivo constante. A Fernanda pela tranqüilidade e pela sua generosidade em me auxiliar sempre quando necessitava.

Ao Diego pela sua preocupação em sempre me acalmar, motivar e animar em todos os momentos desta caminhada. A sua família que sempre me ajudou, inclusive com opiniões e críticas no TCC, me tratando com muito carinho.

Aos meus amigos do CLJ que sempre torceram e me auxiliaram nas minhas dificuldades, são anjos que Deus colocou em minha vida.

As minhas colegas, pelas inúmeras risadas e desabafos, em especial a Tati, Camila e Fernanda, pelas trocas de experiência e pela amizade conquistada.

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica tem entre seus pressupostos teóricos a desinstitucionalização, buscando resgatar a cidadania da pessoa em sofrimento psíquico, propondo a realização do cuidado no espaço do território, entendido como lugar privilegiado de trocas sociais. Temos o objetivo de identificar, na literatura científica, as intervenções de saúde mental realizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Realizamos uma revisão integrativa com busca de artigos científicos nas bases de dados MEDLINE e LILACS, no período de janeiro de 2004 a setembro de 2009. Foram encontrados 170 artigos, dentre esses foram selecionados 11 de acordo com critérios de inclusão. Na análise dos dados evidenciamos que as intervenções de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da ESF foram: escuta, vínculo, acolhimento, discussões de casos, atenção à família, responsabilização, visita domiciliar, realização de grupo, encaminhamento para serviço especializado, consultas psiquiátricas e controle da medicação. A maioria das intervenções de saúde mental é orientada pela prática da psiquiatria tradicional, que se detém, basicamente, às questões de ordem biológica. Assim, o controle da medicação e o encaminhamento para serviço especializado foram as principais ações desenvolvidas por equipes da ESF. Esse estudo identificou a necessidade de os trabalhadores reinventarem as práticas de cuidado em saúde mental, compreendendo a qualificação dos trabalhadores como importante ferramenta para a instituição de novas formas de cuidar em saúde mental. A ESF tem como uma de suas responsabilidades a garantia da continuidade da atenção à saúde, podendo, desta forma, propiciar a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico, por meio da realização de ações integradas com os demais serviços que compõem a rede de saúde mental, entendida para além dos serviços de saúde. O trabalho intersetorial poderá proporcionar uma assistência contínua e integral.

**Descritores:** Saúde Mental, Estratégia Saúde da Família, Intervenções

## ABSTRACT

The Psychiatric Reform have in its theoretic presuppositions the desinstitutionalization, trying to emancipate the citizenship from those in psychic suffering, offering the execution of the care on the space of the territory, understood as a privileged place of social trade. We have the objective of identifying in the scientific literature the interventions of mental health done by teams of the Family Health Strategy (FHS). We did a supplementary revision in search of scientific articles in the MEDLINE and LILACS databases, between the date of January 2004 and September 2009. There was found 170 articles and from them it was chosen 11, according to inclusion standard. In the analysis we found out that the interventions of mental health developed by the FHS professionals were the following: listening, bonding, reception, debates of specific cases, attention to families, accountability, home visitation, group realization, guiding to specialized service, psychiatric care and medication control. The largest part of interventions of mental health is oriented by the practice of the traditional psychiatry, which focus in biological issues. Thus, the medication control and the guiding to specialized service were the most important actions done by FHS teams. This research identified the necessity of workers to re-create the practices in mental healthcare, understanding the qualifications of the workers as an important tool for the foundation of new ways to treat mental health. FHS has as one of its responsibilities the guarantee in the continuity of the healthcare, allowing the social reinsertion of those in psychiatric suffering by the execution of actions allied with other services of the mental healthcare. The intersectorial working may provide a continuous and integral assistance.

**Descriptors:** Mental health, Family Health Strategy, Interventions

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>3 O OBJETO DE ESTUDO .....</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Primeira etapa: formulação da questão norteadora .....</b>	<b>18</b>
<b>4.3 Segunda etapa: coleta de dados .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Terceira etapa: avaliação dos dados .....</b>	<b>21</b>
<b>4.5 Quarta etapa: análise e interpretação .....</b>	<b>21</b>
<b>4.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados .....</b>	<b>22</b>
<b>4.7 Aspectos éticos .....</b>	<b>22</b>
<b>5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....</b>	<b>23</b>
<b>5.1 Caracterização dos artigos selecionados .....</b>	<b>23</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse pela área de saúde mental teve início durante o estágio curricular realizado no Centro de Atenção Psicossocial Infantil Casa Harmonia, na disciplina Enfermagem em Saúde Mental II, no quinto semestre. Durante essa experiência me interessei pelos conhecimentos teóricos e práticos os quais tive acesso, bem como, a importância das atividades desenvolvidas pelos profissionais para que ocorresse a reabilitação psicossocial dos usuários.

Em outro estágio curricular em uma Unidade Básica de Saúde, no sétimo semestre, na disciplina Enfermagem Comunitária, pude perceber que o atendimento oferecido pelo serviço aos usuários em sofrimento psíquico era voltado para as consultas médicas. Buchele *et al* (2006) afirmam que a assistência em saúde mental na atenção básica privilegia o tratamento terapêutico e a assistência especializada, evidenciando a presença forte e ainda marcante do modelo biomédico. Essa experiência, de atendimento em saúde mental na atenção básica, despertou meu desejo em estudar e conhecer as intervenções em saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da saúde no âmbito da atenção básica.

O desenvolvimento de atividades enquanto bolsista de iniciação científica na área de saúde mental tem possibilitado maior aproximação do conhecimento a cerca da história da reforma psiquiátrica, seus princípios e suas contribuições, frente ao atual contexto das políticas públicas de saúde mental, que propõem uma nova prática terapêutica constituída a partir do modo psicossocial (COSTA-ROSA, 2000). Esse modo de atenção apresenta a proposta de superação da centralidade do saber médico através do trabalho interdisciplinar, buscando a valorização dos aspectos sociais, psicológicos, culturais, econômicos, políticos, que compõem a vida das pessoas, reconhecendo a subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico não a reduzindo à sua doença mental e seus sintomas.

A minha participação em dois projetos de pesquisa, intitulados “Redes que reabilitam: avaliando experiências inovadoras de composição de redes de atenção psicossocial” (REDESUL) e “Avaliação de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família” (MENTALESF), e nas discussões realizadas no Grupo de

Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM) tem me dado subsídios para compreender e aprender sobre a importância da integração entre a saúde mental e a atenção básica. O encontro dessas duas áreas consiste em dar apoio ao usuário em sofrimento psíquico na comunidade, no seu território, para que, desta forma, crie e fortaleça seus laços de vínculo, possibilitando sua reinserção social.

A atenção básica à saúde tem como princípios: possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com o território adscrito, efetivar a integralidade em seus vários aspectos, desenvolver a responsabilização entre as equipes e a população adscrita, capacitar constantemente os profissionais de saúde, realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados, estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Para atingir a efetivação dos princípios propostos à atenção básica, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem como principal propósito a reorientação do modelo assistencial. A ESF está organizada a partir de equipes multiprofissionais, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes da saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites, classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

A ESF configura-se como principal modalidade de atuação na rede básica, pautada nos seguintes princípios: atuação no território, enfrentamento dos problemas de saúde pactuado com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, constituindo-se enquanto espaço de cidadania e participação social (BRASIL, 2006).

Esses princípios vêm ao encontro das diretrizes da reforma psiquiátrica que são a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial. A articulação e a complementaridade entre a atenção básica e a reforma psiquiátrica ocorrem

em torno do território e da possibilidade de cuidado nesse espaço, promovendo a reinserção social.

Segundo o Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, “a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal sendo compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais” (BRASIL, 2005, p.6).

A reforma psiquiátrica brasileira teve seu início no final da década de 1970 e sua principal diretriz é a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam (GONÇALVES; SENA, 2001). A proposta da desinstitucionalização não se restringe apenas a desospitalização do indivíduo, mas sim a uma assistência focada em sua subjetividade, contando com o apoio da família e da comunidade.

A reforma psiquiátrica propõe o deslocamento da assistência para o espaço do território, no qual uma rede de cuidados em saúde mental deve ser organizada a partir de serviços extra-hospitalares e dos recursos da comunidade. Esses dispositivos estratégicos são importantes para a realização de um cuidado integral, oferecendo, além disso, trocas sociais e produção de subjetividades (AMARANTE, 2007).

Sendo assim, o Ministério da Saúde tem como objetivo a articulação entre saúde mental e atenção básica, a partir da ESF, cujos princípios fundamentais são a noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia de usuários e familiares (BRASIL, 2003).

Na atualidade, a ESF, na atenção básica, e a atenção psicossocial, no cuidado à saúde mental, caminham integradas na promoção da saúde, uma vez que há um direcionamento da atenção em saúde mental para o espaço do território. Para o indivíduo em sofrimento psíquico, o encontro dessas duas áreas pode facilitar o apoio na manutenção de seu cuidado em sua

comunidade, por meio da utilização e conhecimento de seus vínculos com as equipes de saúde, família, vizinhos, escolas, amigos entre outros recursos.

O fato de responsabilizar-se por um território, e ter uma equipe multidisciplinar facilita a criação de vínculo entre a comunidade e os profissionais; e tende a reduzir o encaminhamento para outros serviços. Desta maneira consegue-se oferecer um cuidado integral e qualificado ao usuário e sua família.

Por meio deste estudo pretendemos contribuir para a melhoria das ações de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF. Acreditamos que essa investigação possa subsidiar a inovação, a qualificação e o aperfeiçoamento da atenção ao usuário em sofrimento psíquico.

Desse modo, identificamos que a atenção em saúde mental junto à ESF é importante para a realização de um cuidado integral e para a proposta de reabilitação psicossocial. E, isso tem nos levado a questionar sobre quais intervenções de saúde mental são desenvolvidas por equipes da ESF.

## **2 OBJETIVO**

Identificar, na literatura científica, as intervenções de saúde mental realizadas por equipes da Estratégia Saúde da Família.

### 3 O OBJETO DE ESTUDO

O objeto de estudo desta pesquisa, intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF, requer um conhecimento sobre as transformações propostas para assistência psiquiátrica a partir do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, bem como a articulação entre a saúde mental e atenção básica.

No final da década de 1970, o Brasil passou por um importante período de transição de um regime de extrema repressão política, a ditadura militar, para um processo de redemocratização. Dessa maneira, emerge um importante movimento social denominado movimento da reforma sanitária (GUIMARÃES, SAEKI, 2001). Esse movimento reivindicou mudanças radicais no sistema sanitário criticando o modelo de atenção médico-assistencial de caráter curativo e que privilegiava o privado em detrimento do público.

Assim, a reforma sanitária busca, entre outras diretrizes, a integralidade da atenção em saúde, a partir da crítica ao modelo centrado na doença, implantando ações que privilegiem a promoção da saúde. Dentro desse contexto reformista mais amplo é que está inserido o movimento da reforma psiquiátrica brasileira (MIELKE, 2009).

No Brasil, a reforma psiquiátrica se organizou de acordo com os pressupostos da reforma sanitária e da psiquiatria democrática italiana, que prevê a desinstitucionalização como desconstrução do modelo manicomial, através da criação de novos dispositivos abertos e consolidados no território. O indivíduo em sofrimento psíquico continua inserido na sua família, na sua comunidade, ou seja, no seu território.

A desinstitucionalização não pode ser reduzida a desospitalização ou desassistência, tendo como resultado somente o fechamento dos manicômios. Envolve a construção e articulação de uma rede comunitária de cuidados, utilizando os diversos equipamentos disponíveis na comunidade. Para a organização dessa rede, o território se faz importante, pois considera o espaço formado pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições e cenários (MIELKE, 2009).

Para Olschowsky (2001, p.7), a reforma psiquiátrica é “uma ação compromissada para romper barreiras, nas quais é preciso admitir que o louco tenha espaços de liberdade, sem a perda das condições do exercício da própria subjetividade e cidadania”.

Em 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde que se constituiu em um marco na história das políticas de saúde no Brasil, reunindo pela primeira vez uma gama diversificada de representações sociais de todo o país, resultando em ampla legitimação dos pressupostos político-ideológicos do movimento da reforma sanitária (MARTINS *et al*, 2007).

Uma nova concepção de saúde surgiu dessa conferência: a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, permitindo, assim, a definição de alguns princípios básicos como universalização do acesso à saúde, descentralização e democratização, que implicaram em uma nova visão de Estado como promotor de políticas de bem-estar social e, uma nova visão de saúde, como sinônimo de qualidade de vida (AMARANTE, 1995). Nessa conferência foram definidos os princípios e diretrizes básicos sobre os quais, posteriormente o Sistema Único de Saúde (SUS) deveria ser constituído.

O SUS foi consolidado na Constituição Federal de 1988 e complementado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8080 e nº 8142, ambas de 1990.

A lei nº 8080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Os serviços de saúde que integram o SUS se orientam através de 13 princípios dos quais destacamos: universalidade, integralidade de assistência, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade e descentralização político-administrativa através da municipalização, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A lei nº 8142/1990 dispõe sobre participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Por meio dessas leis e discussões, ampliou-se o conceito do processo saúde-doença, de uma visão mais simplista, focada somente na doença, para uma visão ligada à qualidade de vida da população, englobado, não somente

às necessidades físicas, mas também, de lazer, educação, trabalho, garantindo desta forma as condições de bem-estar, físico, mental e social (BRASIL, 1990a).

De acordo com Lancman *et al* (2008), o modelo tradicional de saúde mental funciona mais como albergue do que como unidade de tratamento. Na medida em que é reducionista, pois se preocupa apenas com a parte do corpo doente, não vendo o indivíduo na sua totalidade. Esse modelo é centrado no tratamento médico não havendo a integração com outros profissionais e a hospitalização é praticamente a única oferta para a necessidade concreta do usuário.

O modelo psiquiátrico asilar é voltado para o isolamento do usuário em sofrimento psíquico, tendo a medicalização e a hospitalização como a forma exclusiva de tratar as pessoas com diagnóstico de doença mental. Segundo Amarante (1996), o asilo é o lugar onde ocorre afastamento do louco da sua família, da cidade e da sociedade deixando o doente recluso num espaço em que é submetido a inúmeras formas de violência.

A substituição do hospital psiquiátrico por outros serviços de saúde mental abertos e territorializados, aponta para a constituição de um novo modelo de cuidado em saúde mental: o modo psicossocial que considera a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico, valorizando-o como cidadão. A interdisciplinaridade almeja a integralidade da atenção, considerando a liberdade do usuário, sua circulação nos serviços, na comunidade e a territorialização do atendimento como modos de intervenção (COSTA-ROSA, 2000).

Dessa forma, o habitat privilegiado para o tratamento de pessoas com sofrimento mental é o bairro, as famílias e a comunidade bem como as unidades básicas de saúde (LANCETTI; AMARANTE, 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia de reorganização do modelo de saúde, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse programa imprime nova dinâmica aos serviços de saúde que visa estabelecer uma relação de vínculo com a comunidade. Abandona a oferta de serviços de saúde voltados somente

para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida do sujeito (FREIRE *et al*, 2008).

Por meio da articulação da saúde mental com a ESF busca-se facilitar a inserção do indivíduo em sofrimento psíquico na comunidade, retomando dessa maneira o seu direito de cidadão e sua autonomia.

Para Lancetti e Amarante (2006), a ESF pode ser considerada um programa de saúde mental, pois preconiza um tratamento continuado, facilitando a expressão e ressignificação dos sintomas e do sofrimento dos usuários. Pauta-se no acolhimento enquanto estratégia de intervenção, compreendida como uma forma de escutar as pessoas, além de se desenvolverem ações coletivas, como caminhadas, iniciativas culturais, educativas e de participação política.

Para Buchele *et al* (2006) a incorporação de ações de saúde mental na ESF contribuirá para que ocorra a mudança no foco da atenção hospitalocêntrica para a de base comunitária, a fim de que haja mais qualidade na cobertura assistencial e potencial de reabilitação psicossocial, uma vez que organizada no território as ações de acolhimento, escuta e vínculo podem ser facilitadas pela proximidade. As intervenções de saúde mental na ESF devem estar baseadas nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica.

Consideramos fundamental a integração da saúde mental na ESF, pois conforme destacam Cabral *et al* (2001), há o surgimento de uma nova concepção que amplia a visão da doença mental para o sofrimento psíquico. A proposta terapêutica passa a comprometer-se em construir diferentes estratégias disparadoras de autonomia das pessoas, mediante uma combinação de apoio individual com a utilização dos recursos da comunidade.

As intervenções de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais de saúde devem ser estabelecidas por meio de um relacionamento horizontalizado, em que o sujeito em sofrimento psíquico não é submetido à vontade da equipe de trabalhadores, mas acontece a construção conjunta de seu plano de cuidados, a partir do estabelecimento de um contrato (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001). Isto permite a criação de uma relação de respeito, na qual o direito de querer, desejar e sentir do sujeito em sofrimento psíquico é relevante no relacionamento com o profissional de saúde.

A forma como a ESF está organizada pode promover a utilização desse contrato de cuidado, aproximando os profissionais do sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que deve buscar atuar numa perspectiva de trabalho interdisciplinar para que consiga ter uma abordagem do sujeito como um todo em seu contexto social. Para isso, é composta por uma equipe multiprofissional com, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004).

Segundo Botti e Andrade (2008), apesar da forte influência da assistência médica nas práticas de saúde mental na atenção básica, há uma gradativa mudança voltada para o trabalho interdisciplinar. Esses autores relatam ainda que as intervenções de saúde mental desenvolvidas pela equipe da ESF são acolhimento, vínculo e atividades em grupos e oficinas.

Outros autores apontam a importância de realizar o trabalho interdisciplinar para a qualificação do atendimento ao usuário em sofrimento psíquico, por meio de visitas domiciliares, discussão de casos em reunião de equipe, entre outros. Apontam ainda para o acompanhamento de casos leves (depressão leve, problemas sociais e ansiedade) e ressaltam a importância de assistir às famílias, pelo seu papel de co-participante no cuidado, através dos grupos de familiares (TANAKA, LAURIDSEN-RIBEIRO, 2006; MARCON, ELSEN, 1999).

Entendemos que as ações de saúde mental realizadas no cotidiano dos serviços devem levar em consideração a saúde como um processo social, no qual a subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico é determinante para o cuidado em saúde mental e, que decorre de aspectos físicos, sociais, econômicos, culturais, ambientais entre outros.

Para Mielke (2009), as ações de saúde mental exigem das equipes da ESF um trabalho terapêutico voltado à pessoa, tendo presente que saúde mental significa apropriar-se ativamente da vida cotidiana, propiciando a valorização e singularização do usuário em sofrimento psíquico, reposicionando-o como sujeito cidadão, autônomo, capaz de viver a vida em seu território.

Assim, o presente estudo torna-se importante no sentido de demonstrar o panorama das intervenções de saúde mental realizadas no cotidiano de

equipes da ESF, podendo subsidiar melhorias na prestação de cuidados em saúde mental no território.

## **4 METODOLOGIA**

Neste capítulo descrevemos os passos metodológicos desenvolvidos na realização desta pesquisa.

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura seguindo os pressupostos teóricos e metodológicos propostos por Cooper (1989). A revisão integrativa é um método de pesquisa que tem a finalidade de sintetizar resultados obtidos em estudos científicos sobre um determinado tema ou questão, contribuindo para seu conhecimento aprofundado, sendo desenvolvida de maneira sistemática e ordenada (ROMAN, FRIEDLANDER, 1998).

A metodologia de revisão integrativa, conforme Cooper (1989), está estruturada em cinco etapas: formulação da questão norteadora, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação e apresentação dos resultados.

### **4.2 Primeira etapa: formulação da questão norteadora**

Esta etapa inicial consistiu em identificar claramente o problema do estudo. De acordo com o autor, o problema bem formulado facilita as demais etapas da revisão integrativa.

O problema elencado para a realização desta pesquisa pautou-se nas intervenções de saúde mental no âmbito da atenção básica, particularmente, na Estratégia Saúde da Família.

A partir desse problema, foi formulada a seguinte questão norteadora: quais são as intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF?

### 4.3 Segunda etapa: coleta de dados

Nesta etapa do estudo definiram-se as bases de dados a serem utilizadas para a posterior coleta e os critérios de inclusão e exclusão das publicações.

As bases de dados utilizadas nesta pesquisa foram Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). A escolha por estas bases de dados deve-se ao fato de que ambas abrangem publicações nacionais e internacionais em um amplo espectro.

A MEDLINE, acesso disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>, é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, e que contém referências bibliográficas e resumos de mais de 4.000 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 70 países. Inclui, aproximadamente, 11 milhões de registros da literatura desde 1966 até o corrente ano, compreendendo as áreas de medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é realizada mensalmente.

A LILACS, acesso disponível em: <http://www.bireme.br/php/index.php>, consiste em uma base de dados cooperativa da Rede da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que compreende a literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe, a partir de 1982. Atinge mais de 400.000 mil registros, contendo artigos de aproximadamente 1.300 revistas conceituadas na área da saúde, das quais cerca de 730 continuam sendo atualmente indexadas. Possui, também, outros documentos tais como teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos e conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais.

Delimitaram-se, também, critérios de inclusão, a seguir relacionados, utilizados para a seleção dos artigos:

- a) Estudos que contemplassem a temática proposta: intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF.
- b) Artigos publicados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, em periódicos nacionais e internacionais, no período de janeiro de 2004 a

setembro de 2009, indexados nas bases de dados anteriormente referidas. Este período escolhido para pesquisa deve-se ao fato de constarmos significativa produção pela pesquisa sobre a temática em estudo.

- c) A utilização da combinação dos descritores “programa saúde da família” e “saúde mental”.
- d) Artigos publicados em periódicos classificados pelos Qualis – CAPES em A1, A2, B1, B2 e B3.

Como critérios de exclusão dos artigos, utilizamos a seguir mencionados:

- a) Não responderem à questão norteadora.
- b) Publicados fora do período estabelecido para a seleção.
- c) Publicações do tipo reflexão, revisões bibliográficas, sistemáticas e integrativas, comentários, livros, teses, entrevistas, editoriais, publicações governamentais.
- d) Artigos publicados em periódicos classificados pelo Qualis – CAPES em B4, B5 e C.

A partir dessas delimitações metodológicas, foi iniciada a coleta dos dados nas bases especificadas. Na imagem abaixo, apresentamos a plataforma acessada para a realização da pesquisa.



Nessa plataforma realizamos a pesquisa com os descritores “programa saúde da família” e “saúde mental”, acessando “por palavras” conforme

destacado na imagem. Na primeira seleção encontramos 170 artigos dos quais 67 obtidos na MEDLINE e, 103 na LILACS.

A seleção dos artigos nas bases de dados ocorreu no período compreendido entre 01 de agosto e 10 de setembro de 2009.

#### **4.4 Terceira etapa: avaliação dos dados**

Esta etapa consiste em determinar os procedimentos a serem utilizados na avaliação dos estudos selecionados que permitiram encontrar as evidências.

Elaboramos um instrumento de coleta de dados para organizar e qualificar a análise (Apêndice A).

Realizamos a leitura dos 170 resumos obtidos aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Assim, foram excluídos 159 resumos, desses 64 da MEDLINE e 95 da LILACS, pelas seguintes razões: não se referiam às intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF, foram publicados fora do período de janeiro 2004 a setembro de 2009, tratavam-se de publicações de reflexão, revisões bibliográficas e integrativas, comentários, livros, teses, entrevistas e editoriais.

Após a leitura exploratória dos resumos, a amostra desse estudo compreendeu 11 artigos, sendo 03 na MEDLINE e 08 na LILACS.

#### **4.5 Quarta etapa: análise e interpretação**

Os artigos selecionados foram analisados, conforme literatura disponível, e as informações extraídas foram apresentadas em um quadro (Apêndice B), que permitiu melhor visualização e comparação dos resultados obtidos.

A análise dos dados da revisão integrativa necessitou que os dados fossem codificados, categorizados e resumidos. Após a análise houve a interpretação dos resultados, buscando descrever as intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF.

#### **4.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados**

Esta etapa consiste na apresentação sistematizada dos resultados obtidos, facilitando a compreensão dos mesmos, bem como as considerações da autora.

#### **4.7 Aspectos éticos**

Todos os artigos selecionados foram citados conforme as normas de citações e referências da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT, 2002).

## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo, é apresentada a análise dos resultados obtidos na pesquisa, caracterizando os artigos selecionados, bem como discussão sobre as intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF, a partir da literatura disponível.

### 5.1 Caracterização dos artigos selecionados

Com o objetivo de caracterizar a amostra do presente estudo, apresentamos, na tabela 1, a frequência de artigos de acordo com a base de dados utilizada.

**Tabela 1** Distribuição dos artigos encontrados de acordo com as bases de dados utilizadas.

Bases de dados	n	%
LILACS	8	72,72
MEDLINE	3	27,28
Total	11	100%

De acordo com a tabela 1, a maioria dos artigos foi encontrada na base de dados LILACS, que registra literatura da América Latina e Caribe. Relacionamos este fato à utilização do descritor “programa saúde da família”, cuja origem é genuinamente brasileira, compreendendo um projeto dinamizador do SUS condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil. Iniciado em 1994, apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos (BRASIL, 2004).

Na tabela 2, apresentamos a formação profissional do primeiro autor dos artigos que compuseram a amostra do estudo.

**Tabela 2-** Distribuição da profissão do primeiro autor de cada artigo

<b>Profissões</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermeiro	8	72,72%
Médico	2	18,18%
Psicólogo	1	9,10%
Total	11	100%

Em relação à formação profissional do primeiro autor, a enfermagem apresenta maior produção científica. Analisamos que isso ocorre, pois a partir da década de 1990 há aumento na produção intelectual, discussões, reflexões e relatos de experiência sobre o cuidado de enfermagem no modo da atenção psicossocial (TAVARES, 2005).

Referente aos objetivos dos 11 artigos que fizeram parte da amostra desse estudo, apresentamos o quadro 1, a seguir.

<b>Código do estudo</b>	<b>Objetivo</b>
E1	Analisar necessidades do doente mental, limites e possibilidades do cuidado a ele dirigido na área de abrangência do PSF, sob a perspectiva dos profissionais que atuam nesse Programa.
E2	Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções no contexto do PSF. Identificar fatores favorecedores e dificultadores dessas ações, o nível de formação específica desses profissionais na área da saúde mental, o conhecimento que eles detinham acerca das propostas da reforma psiquiátrica e o nível de implantação e de funcionamento de uma rede de serviços que contemplasse ações em saúde mental.
E3	Conhecer e analisar a atenção à saúde mental no PSF, através da opinião de enfermeiras, agentes comunitários, assim como de pacientes psiquiátricos e seus familiares.

**Quadro 1-**Objetivos dos estudos que fizeram parte da amostra

Código do estudo	Objetivo
E4	Analisar a prática do enfermeiro e do médico do PSF de Caucaia-CE, quanto à atenção em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.
E5	Descrever as concepções dos enfermeiros que atuam no PSF, do município de Cabedelo, sobre o processo de trabalho de enfermagem, as características desse processo, e identificar os processos de saúde que os enfermeiros abordam, com maior e menor frequência, no cotidiano de sua prática profissional.
E6	Identificar as condições concretas da assistência à saúde mental realizada nas equipes de saúde da família; analisar as práticas de saúde dos trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família, na abordagem aos portadores de transtorno mental.
E7	Analisar a dinâmica assistencial à saúde mental em duas unidades de PSF de Cuiabá-MT e, especificamente, descrever os recursos materiais (estrutura física) e não materiais (acesso e acolhimentos) das unidades de PSF tendo em vista as necessidades da atenção psicossocial; identificar situações que demandaram assistência à saúde mental.
E8	Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções nos seguintes contextos: PSF e CAPS. Serão apresentados os resultados concernentes ao primeiro serviço.
E9	Identificar as ações e a formação do enfermeiro (a), em Saúde Mental, no PSF.
E10	Compreender o cuidado prestado pela equipe do Programa de Saúde da Família aos portadores de transtornos psíquicos em um bairro periférico do município de Maceió-Alagoas.
E11	Construir o perfil das enfermeiras psiquiátricas comunitárias na Irlanda e identificar as suas principais atividades de cuidados aos usuários.

**Quadro 1-**Objetivos dos estudos que fizeram parte da amostra

Ao analisarmos os objetivos dos 11 artigos identificamos que todos apontam o interesse nas práticas de saúde mental desenvolvidas junto ao território, buscando conhecer, entender essas ações e, desse modo produzir conhecimento e reflexão sobre as transformações existentes e necessárias

para a consolidação da atenção psicossocial preconizada pela reforma psiquiátrica.

Entendemos que essa produção científica atualiza e pode produzir novas iniciativas nas práticas de saúde mental para além dos muros dos manicômios, possibilitando a construção de novos modos teóricos e práticos de lidar com o sofrimento mental.

No quadro 2 apresentamos as intervenções de saúde mental realizadas pela equipe da ESF, a partir da análise dos 11 artigos selecionados para esse estudo.

Código do Estudo	Resultados
E1	As ações de saúde mental desenvolvidas foram: escuta, diálogo; consulta psiquiátrica, visita domiciliar, encaminhamento para psiquiatra e controle do uso de psicofármacos. Relatam que há necessidade de receber capacitações em saúde mental.
E2	Os respondentes relatam que conseguem atender, realizar grupos para hipertensos, gestantes, mas não há atividades voltadas para as pessoas com sofrimento mental.  As intervenções desenvolvidas pelos profissionais foram: inclusão de caso, referente ao diagnóstico de saúde mental, na reunião de equipe, encaminhamento ao serviço especializado, consulta psiquiátrica e controle do uso da medicação pelas pessoas com sofrimento mental.
E3	As enfermeiras orientam os pacientes e seus familiares, sobre os efeitos esperados e colaterais dos medicamentos psiquiátricos. Os profissionais fornecem esclarecimentos, sobre a convivência com a doença mental, para o usuário e sua família.
E4	As ações de saúde mental desenvolvidas foram: escuta, diálogo e consulta psiquiátrica, o controle do uso de psicofármacos e o encaminhamento para psiquiatra. Os enfermeiros e médicos do PSF desenvolvem suas atividades voltadas, principalmente para a saúde da criança, mulher, diabéticos.
E5	As intervenções de saúde mental desenvolvidas pelos trabalhadores foram: visitas domiciliares, consulta psiquiátrica e controle da psicofármacos. Os profissionais relataram que no seu trabalho não consideram a atenção em saúde mental como prioridade, e que desenvolvem suas atividades na área da saúde da criança e de adulto, como hipertensão e diabetes.

**Quadro 2-** Intervenções de saúde mental realizadas por equipes da ESF

Código do Estudo	Resultados
E6	Relatam que há grupo de hipertensos, diabéticos, mas não há grupos para as pessoas em sofrimento psíquico. Os profissionais relatam que não estão capacitados para lidar com essa demanda de usuários. As intervenções de saúde mental são vínculo, diálogo, e a responsabilização, controle de medicação psiquiátrica e encaminhamento para serviço especializado.
E7	As principais intervenções de saúde mental foram: encaminhamento para serviço especializado, discussão de casos de saúde mental na reunião de equipe, visitas domiciliares, consulta psiquiátrica e controle do uso da medicação psicotrópica, e acompanhamento sistematizado dos usuários em sofrimento psíquico.
E8	A intervenção de saúde mental desenvolvida se restringe ao encaminhamento para serviço especializado. A equipe tem medo de lidar com o portador de sofrimento mental, pois não sabe como reagir ao se depararem com esses casos. Os profissionais têm dificuldade em criar vínculo com a comunidade.
E9	As ações referidas foram visitas visita domiciliar, grupos, reuniões, palestras, acolhimento, atividades lúdicas e físicas, levantamento de casos, encaminhamento para serviço especializado e entrega de medicação.
E10	As intervenções de saúde mental desenvolvidas são: visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde, encaminhamento para outros serviços e repetir receita. O agente comunitário de saúde é o único profissional da equipe que tem interação com a comunidade e realiza visita domiciliar aos portadores de transtorno mentais.
E11	As enfermeiras psiquiátricas comunitárias realizam: controle de medicação psiquiátrica, visitas domiciliares, escuta, diálogo e atenção aos familiares.

**Quadro 2-** Intervenções de saúde mental realizadas por equipes da ESF

Ao analisarmos e compararmos as intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF, identificamos que existem iniciativas das demandas de saúde mental no espaço do território e que a maioria delas ocorre por tecnologias relacionais: escuta, vínculo, diálogo entre outras. Do mesmo modo, há uma centralidade no encaminhamento para o serviço especializado e na administração e manutenção da medicação. Os estudos

apontam também o despreparo para a atenção em saúde mental, o que interfere nas intervenções realizadas na ESF.

No quadro 3 apresentamos as intervenções de saúde mental desenvolvidas por equipes da ESF, relacionadas com os estudos que são mencionados.

<b>Intervenções de saúde mental</b>	<b>Código do estudo</b>
Acolhimento, diálogo, aconselhamento	E1, E4, E6, E8, E9, E10
Escuta	E1, E4, E6, E8, E11
Consulta psiquiátrica	E1, E2, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10
Visita Domiciliar	E1, E5, E7, E9, E10, E11
Controle do uso de medicação	E1, E2, E3, E5, E6, E8, E9, E11
Discussão de casos	E2, E6, E7, E9
Atenção à família	E5, E7, E11
Encaminhamento para serviço especializado	E1, E2, E4, E6, E7, E8, E9, E10
Vínculo	E6, E11
Atividade em grupo	E9

**Quadro3-** Intervenções de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na ESF.

Entendemos que a reforma psiquiátrica tem direcionado a atenção para serviços substitutivos ao manicômio e a ESF dentro de uma rede de atenção, surge no processo de desinstitucionalização para além do simples ato de desospitalizar, pois por meio de intervenções como acolhida de pessoas em sofrimento psíquico em sua área adscrita pode possibilitar a construção e produção do cuidado em liberdade. Assim, ao analisarmos as intervenções de saúde mental apontadas nos 11 artigos do estudo, identificamos que estas se caracterizam em tecnologias de saúde leve e leve-dura, conforme Merhy (2007).

No quadro 4, identificamos os artigos, de acordo com as tecnologias em saúde utilizadas nas intervenções realizadas pela equipe ESF.

<b>Tecnologia em saúde</b>	<b>Código do estudo</b>
Leve	E1, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E11
Leve-dura	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11

**Quadro 4-** Tecnologia em saúde segundo as intervenções realizadas na ESF

O termo tecnologia era utilizado para determinar, de maneira restrita, o conjunto de instrumentos materiais de trabalho. No entanto, Gonçalves (1994) critica essa concepção e apresenta uma concepção nova e ampliada de tecnologia em saúde, como o conjunto de instrumentos e saberes que expressam, nos processos de produção dos serviços de saúde, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social.

Merhy (2007) inclui na definição de tecnologia os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos, classificando as tecnologias em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

O autor apresenta esta forma de referência às tecnologias presentes no trabalho em saúde, destacando que as tecnologias duras seriam os equipamentos e as máquinas. As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo. As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia (aqui definida como a capacidade do indivíduo de governar o modo de conduzir a sua própria vida).

Essas tecnologias interligadas são importantes, pois apontam como acontece o trabalho na ESF e que as relações da equipe e usuário devem orientar o direcionamento para o cuidado de saúde mental no território.

Entendemos que as intervenções de saúde mental realizadas pela equipe da ESF são tecnologias que produzem saúde, ou seja, pois por meio da escuta, vínculo, acolhimento, discussões de casos, atenção à família, responsabilização, visita domiciliar, a realização de grupo, encaminhamento para serviço especializado, consultas psiquiátricas e o controle do uso de medicação caracterizadas como tecnologias leve e leve-duras, têm organizado esse trabalho e possibilitado um conhecimento e fazer em saúde mental na ESF.

A seguir abordamos os artigos, E1, E4, E6, E8, E9 e E11, que trazem as tecnologias leves: acolhimento, escuta e vínculo como práticas em saúde mental.

Para Oliveira, Silva, Tunin (2002) o acolhimento é entendido como uma prática de trabalho que busca garantir a escuta, a relação vincular, a atenção resolutiva, a responsabilização, a produção da cidadania.

Em E6 é apontado que os profissionais se preocupam em estar próximo do usuário, tentando sempre fazer com que ele fale de seus problemas e de sua vida. Ressaltam a importância de saber ouvir, escutar e não de ficar apenas falando.

E4 acrescenta que sempre que chegam pessoas ansiosas, nervosas e irritadas os profissionais estão disponíveis para escutar e orientar esses usuários, “seja qual for o problema”. Relatam que muitos usuários procuram o posto de saúde para serem ouvidos, pois moram sozinhos.

O estudo de E11 relata que as enfermeiras estimulam os usuários a falarem sobre todas as questões que envolvem a sua vida, tanto as preocupações em relação aos seus problemas físicos, de saúde, quanto os problemas afetuosos e de trabalho.

Acreditamos que as ações de acolhimento, escuta e vínculo são tecnologias que favorecem o reconhecimento da subjetividade, dando voz ao usuário em sofrimento psíquico, singularizando seu cuidado e potencializando uma intervenção que deve produzir e promover a saúde. Entendemos que as tecnologias leves orientam as práticas assistenciais para a integralidade da atenção, olhando para além da doença, e vendo o sujeito que demanda cuidado à sua saúde em seu contexto de vida.

Por meio da escuta é que os profissionais conquistam a confiança com a pessoa em sofrimento psíquico e sua família, construindo forte vínculo entre profissionais da saúde e usuários. Para Merhy (1994) escuta, vínculo e acolhimento permitem aumentar o grau de autonomia do usuário, auxiliando-o a ser cada vez mais determinantes no seu modo de andar a vida.

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação desse sujeito durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a

construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Para Schrank e Olschowsky (2008), o estabelecimento de vínculos vai facilitar a parceria entre usuário e profissional da saúde, pois através desse relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto.

O acolhimento é um instrumento que promove o diálogo, a troca de saberes, e a interação entre a equipe e os usuários do serviço. Por meio dele, há criação de um ambiente de confiança, no qual se estabelece a consolidação do vínculo e escuta, entre profissionais e seus usuários (BRASIL, 2006).

Por meio do acolhimento se busca direcionar a prática assistencial para o estabelecimento de vínculo e atenção as demandas da pessoa em sofrimento psíquico que chega a ESF, visualizando que as tecnologias relacionais devem ser valorizadas com espaço de construção de novas formas de cuidado que leva em consideração o usuário e sua rede social.

Ações de acolhimento poderão promover o conhecimento e acompanhamento, possibilitando que a equipe, usuários, familiares e comunidade consigam por meio das relações uma nova atitude para a atenção em saúde mental no espaço do território.

No estudo E8 é abordado que os agentes comunitários de saúde são os únicos responsáveis pela tarefa de criar vínculo entre a ESF e a comunidade. Os demais profissionais não conseguem estabelecer vínculo com a comunidade, reclamando das dificuldades para estabelecer parcerias no cuidado à saúde, necessitando barganhar a participação.

Identificamos que nessa situação o vínculo entre a equipe e a comunidade é prejudicada, pois há uma centralidade e responsabilização somente em uma das categorias da equipe. Isso repercute na comunicação, no desconhecimento da realidade e das pessoas envolvidas, bem como um

distanciamento, que produz frustração e insatisfação no trabalho e na comunidade, dificultando a inclusão da atenção em saúde mental no território.

Mishima, Matumoto e Pinto (2001), abordam que a unidade produtora dos serviços de saúde não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe. Por isso é importante pensar o acolhimento como prática da equipe, possibilitando um olhar interdisciplinar, melhorando a qualidade da assistência.

Outra intervenção de saúde mental, utilizada pela equipe da ESF foi a visita domiciliar. Os artigos que abordaram essa ação foram E1, E5, E7, E9, E10 e E11.

Campos *et al* (2008), aborda que a visita domiciliar se constitui como possibilidade dos profissionais atuarem no território junto com o usuário, estabelecendo vínculo entre a equipe e a comunidade e permitindo que os profissionais identifiquem o risco e a vulnerabilidade dos indivíduos.

Em E11 é referido que as visitas domiciliares realizadas pelas enfermeiras são importantes, pois além de conferir se os psicofármacos utilizados pelos usuários estão de acordo com a última prescrição médica, organizam a medicação psiquiátrica e fornecem explicações sobre os efeitos desses remédios. Durante a visita também são abordados diversos assuntos relacionados às situações vivenciadas diariamente.

Acreditamos que a visita domiciliar não deve limitar-se somente a orientações sobre o uso de psicofármacos, mas estar direcionada sempre a integralidade do cuidado à saúde, tendo como objetivo contemplar as demais questões que envolvem o cotidiano do sujeito em sofrimento psíquico.

Para Puschel, Ide e Chaves (2005), o cenário do domicílio abre uma porta de parceria, de interlocução e de acolhimento às reais necessidades do usuário e sua família. A visita domiciliar pode propiciar adesão ao tratamento, vínculo e intervenção precoce nas crises, caracterizando-se como uma prática assistencial que facilita a inserção da família no cuidado em saúde.

A estratégia da visita domiciliar propicia o fortalecimento do vínculo entre o serviço e a comunidade, se caracterizando como aspecto positivo no cuidado integral, possibilitando conhecer a realidade das condições sócioeconômicas e das relações no ambiente familiar (COIMBRA, 2007).

Mattos (1995) define visita domiciliar como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento educativo e assistencial. É um meio de conhecer a organização das atividades de vida cotidiana dos usuários e seus familiares em seus domicílios, sendo reconhecido como uma estratégia de trabalho na comunidade, um método que permite orientar a família e a comunidade no processo saúde doença.

Entendemos que a visita domiciliar caracteriza-se como uma intervenção importante na atenção em saúde mental, oportunizando uma aproximação quando a equipe tem clareza de sua indicação/propósito e respeita o espaço das pessoas, uma vez que a atenção em saúde mental deve organizar-se de modo usuário-centrado. As visitas domiciliares por meio das tecnologias relacionais podem constituir-se como significativo cuidado na ESF.

O estudo de E10 aponta que os agentes comunitários de saúde (ACS), são os únicos membros da equipe, que visitam os usuários em sofrimento psíquico em seus domicílios.

O ACS é o profissional que realiza com maior frequência a visita domiciliar, pois é uma atividade inerente ao seu trabalho. Mas os outros membros da equipe também são responsáveis, devendo conjuntamente com os ACS realizar a visita domiciliar.

O trabalho na ESF organiza-se por meio de equipe de multiprofissionais, buscando a responsabilização conjunta, rompendo com olhares verticais e fragmentados de saúde. Desse modo, é preocupante as atividades serem realizadas por um único profissional, pois as ações na ESF devem ocorrer em parceria e troca de saberes e fazeres diferentes, mas que operam criatividade na atenção em saúde, potencializando a visita domiciliar com o campo de cuidado.

Para Lacerda *et al* (2006), a utilização da visita domiciliar como uma ferramenta de cuidado envolve os diferentes profissionais da equipe bem como a família e o usuário, propiciando o fortalecimento do vínculo entre os profissionais da saúde e a comunidade.

Outra intervenção de saúde mental, abordada nos estudos: E2, E6, E7 e E9, foi a discussão de casos dos usuários com sofrimento psíquico atendidos pela equipe.

O estudo de E2 aborda que os casos de pessoas com doença mental têm espaço durante as reuniões de equipe, estabelecendo o acompanhamento de usuários com sofrimento mental mais leve, tais como depressão e ansiedade.

Em E7 aponta que havia a inclusão de casos de usuários em sofrimento psíquico nas reuniões de equipe, propiciando a discussão do atendimento.

A discussão de casos de saúde mental na reunião de equipe é importante, pois nesse espaço de reflexão é considerada a história familiar e de vida de cada usuário, e todos os profissionais contribuem com alguma informação para a definição da melhor conduta para cada caso (MIELKE, 2009). Dessa forma, por meio do olhar dos diversos profissionais da ESF, amplia-se o escopo das ações de cuidado, agenciando diferentes dispositivos e iniciativas para uma intervenção que considere a saúde mental como produção de vida.

Para Merhy (2007), ter espaços para reflexão das intervenções possíveis e necessárias é uma importante ação de saúde mental, pois permite que o agir do trabalhador esteja aberto para modificar seu processo de trabalho e, aprendendo com o próprio fazer do outro, um fazer comprometido com a produção de relações vivificados que veem no outro um sujeito fundamental.

Outra intervenção em saúde mental apontada pelos estudos E5, E7 e E11 foi a atenção à família.

Em E3 é apontado que as enfermeiras orientam os pacientes e seus familiares sobre os efeitos desejados e colaterais dos medicamentos psiquiátricos e realizam esclarecimentos sobre a convivência com a doença mental, para o usuário e sua família.

O estudo de E11 refere que as enfermeiras apóiam os familiares das pessoas em sofrimento psíquico, por meio da escuta ativa das dificuldades enfrentadas diariamente e diálogo, o qual não se restringe somente ao esclarecimento sobre os efeitos dos psicofármacos, mas também, sobre o bem-estar físico e psicológico da família.

Essa atitude é importante, pois a família pode ser um dos principais aliados para manter o usuário em sofrimento psíquico fora da instituição psiquiátrica. Para Pereira e Jr (2003), abordam que os profissionais têm que

ouvir as dúvidas dos familiares, levar em consideração a sua opinião e incentivar sua participação em todo o processo do cuidado. A família que entende, compreende e esclarece suas dúvidas com os profissionais da saúde sobre a maneira de conviver com a pessoa em sofrimento psíquico, pode colaborar no processo terapêutico.

A atenção à família constitui-se como uma ação de saúde mental de relevância, pois a família pode ser considerada como uma parceira na estratégia de tratamento do usuário em sofrimento psíquico.

Para Elsen e Patrício (1986), a família é a primeira responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, além de possuir potencialidades que podem ser desenvolvidas para contribuir na atenção à pessoa com transtorno psíquico.

Outra intervenção destacada pelos profissionais foi o encaminhamento para serviço especializado. Essa ação foi relatada em todos os artigos, exceto em E3 e E11.

Em E1, os profissionais relataram que se sentem impotentes para tratar as pessoas com problemas mentais e que o máximo que fazem para dar assistência ao indivíduo em sofrimento mental é encaminhar para o acompanhamento psiquiátrico.

No estudo realizado por E2 os profissionais referem que quando há um usuário em sofrimento mental procuram uma referência de serviços especializados para encaminhamento.

Não consideramos o encaminhamento como uma intervenção de saúde mental, porque não existe a tentativa de resolução dos problemas, apenas passa-se o usuário para outro serviço, sem responsabilização. Essa ideia corresponde à lógica tradicional de referência e contrarreferência.

É necessário romper com a permanência da lógica tradicional do encaminhamento no contexto da atenção básica. A lógica da co-responsabilização vem sendo tensionada a se sobrepôr à lógica do encaminhamento, fazendo com que o sofrimento psíquico deixe de ser responsabilidade exclusiva da saúde mental (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Dell'Acqua e Mezzina (2005) consideram o encaminhamento para serviço especializado como o ponto máximo da simplificação de uma relação em que a complexidade de um sujeito é reduzida a um sintoma.

Encontramos em todos os estudos que as principais atividades em saúde mental realizadas foram consulta psiquiátrica e controle do uso de psicofármacos.

A consulta médica se constitui como ação importante em saúde mental, pois é o dispositivo para a escuta das necessidades do sujeito em sofrimento psíquico. Para Franco e Merhy (2007), esse espaço de encontro entre usuário e trabalhador fortalece os laços de vínculo, pois valoriza e permite a expressão do sofrimento, das necessidades e das dúvidas.

Em E1 é abordado que os integrantes da ESF relataram que se preocupam mais com a parte clínica do usuário em sofrimento psíquico, centrando sua intervenção na medicalização.

Outra intervenção relatada nos estudos de E1 e E10 é a prática da renovação da prescrição de medicação, sem a consulta médica, como uma ação de saúde mental realizada pelo profissional médico.

Os resultados desses estudos demonstram que não há criação de vínculo entre o médico e o usuário. A prescrição da medicação psiquiátrica está mecanizada. Isso porque, os médicos não se preocupam em avaliar, dialogar, estabelecer vínculo com os usuários, restringindo a sua ação à mera renovação da receita do mês passado.

Acreditamos que as receitas de medicamentos devem ser constantemente reavaliadas, discutidas com o usuário, ele deve ter espaço para falar com o médico relatando se os psicofármacos estão apresentando resultados positivos na sua vida.

O uso da medicação pode ter o sentido de não responsabilização do sujeito pelos seus problemas, na medida em que a expectativa de melhora fica depositada num efeito mágico do remédio (CAMPOS *et al*, 2008).

Em E2 os profissionais relataram que a maior responsabilidade dos casos de saúde mental é atribuída ao médico, pois quando percebem que a pessoa tem problema psíquico, a sua principal ação é falar com o médico e buscar o encaminhamento para o serviço especializado.

No estudo E5 os profissionais apontam que quando há usuários em sofrimento psíquico o médico é o responsável por atender essa demanda. As enfermeiras relatam que não se identificam com a área de saúde mental.

Constatamos em todos os estudos, exceto E11, que o médico é o responsável pelas intervenções de saúde mental. O modelo de atenção biomédico, focado no saber médico, permanece sendo o eixo condutor das ações de saúde desenvolvidas por grande parte dos profissionais da área de saúde.

Para Gonçalves (2004), essa situação cria um verdadeiro descompasso entre os paradigmas biomédico e psicossocial. Isso porque, as intervenções no modo psicossocial propõem que fatores socioculturais, biopsíquicos sejam levados em consideração e o sujeito é o participante principal no tratamento.

Toda a equipe é responsável pelo atendimento do usuário em sofrimento psíquico, sendo imprescindível haver um trabalho interdisciplinar, pois quando há interconexão entre vários saberes e práticas possibilita-se um olhar mais humanitário e abrangente sobre o sujeito em sofrimento psíquico (JORGE *et al*, 2006).

Um aspecto que nos chamou a atenção foi que em todos os artigos é recomendado que os profissionais de saúde recebam capacitações e treinamentos na área de saúde mental.

Em E9 os profissionais ressaltam a importância da inclusão de capacitações no campo da saúde mental, tais como existem qualificações em outras áreas (hanseníase, tuberculose, entre outros).

Na pesquisa E1 é abordada a importância de haver mais orientações sobre a maneira de cuidar a pessoa em sofrimento mental.

No estudo E4 os autores apontam a necessidade de que os profissionais recebam qualificação e capacitação em saúde mental.

Em todos os artigos os profissionais relatam que apresentam muitas dificuldades em cuidar do usuário em sofrimento psíquico, pois não têm experiência e conhecimentos na área de saúde mental. Criticaram os cursos rápidos que receberam que já eram pré-estabelecidos, sem levar em consideração a realidade vivenciada pelos profissionais.

Em E7 foi apresentada uma iniciativa de capacitação bem-sucedida em saúde mental, pela Secretaria de Saúde, para uma equipe da ESF.

Uma equipe da ESF participou de uma capacitação em saúde mental, desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde. Após receber a capacitação a equipe organizou seu trabalho no acompanhamento dos casos de transtornos mentais, por meio da “busca ativa” realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Após a identificação da pessoa em sofrimento psíquico, o ACS discute com a família, usuário e demais integrantes da equipe, a necessidade e importância do acompanhamento. Após avaliação, a pessoa em sofrimento psíquico e sua família eram acompanhadas pelo ACS e enfermeiro através de um formulário padronizado chamado “ficha B em saúde mental”, implantado após a capacitação.

Esse estudo aborda a importância da capacitação da equipe do PSF em saúde mental. Os dispositivos, “busca ativa” e “ficha B em saúde mental”, resultaram em melhor acompanhamento dos casos de saúde mental pelos profissionais e a inclusão da atenção às famílias.

Segundo a OMS (2003), a prestação de cuidados na atenção básica requer investimento significativo na formação dos profissionais da rede básica para detectar e tratar pessoas em sofrimento psíquico.

A partir dos resultados analisados, percebemos que as equipes de saúde da família apresentam potencial para colocarem em prática os pressupostos do modo psicossocial, sendo um importante espaço de cuidado e promoção da cidadania.

Alguns ajustes ainda se fazem necessários frente à realidade desses serviços, mas experiências bem-sucedidas nos demonstram que é possível recriar o cuidado, pautando-se nas tecnologias leves em saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica se caracteriza como movimento que propõe uma mudança de paradigma em saúde mental, onde sujeito em sofrimento psíquico é tratado dentro do seu território, ou seja, junto com sua família e inserido dentro de uma rede social.

Neste estudo buscamos identificar as intervenções de saúde mental desenvolvidas pela equipe da ESF. Constatamos que as intervenções de saúde mental se caracterizam em tecnologias leve e leve-duras, sendo operadas de modo incipiente na organização do trabalho da ESF.

A maioria das intervenções de saúde mental é orientada pela prática da psiquiatria tradicional, onde o controle da medicação, a repetição de receita e o encaminhamento para serviço especializado são as principais ações desenvolvidas pela equipe da ESF.

A ESF tem o propósito da inversão do modelo assistencial individual, curativo e fragmentado, no entanto, os estudos evidenciam que os profissionais da saúde ainda mantêm seu trabalho focado no tratamento dos sintomas da doença. O cuidado, realizado pelos trabalhadores da ESF ao usuário com diagnóstico de transtorno mental, não pode restringir ao fornecimento de medicações e ao encaminhamento para serviço especializado.

A compreensão dos pressupostos e das diretrizes da reforma psiquiátrica e uma educação permanente para profissionais de saúde são fundamentais para a transformação do processo de trabalho para a efetivação do SUS. A transformação dessa complexidade em ações práticas no cotidiano da ESF é um dos grandes desafios dos profissionais de saúde.

O ESF tem como uma das suas responsabilidades garantir a continuidade do tratamento, por meio de realização de uma ação integrada com outros serviços (escola, Igreja, CAPS...) para intensificar o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico. Acreditamos que as intervenções de saúde mental na ESF, orientadas pelos princípios do SUS, ou seja, enfatizando o acesso, a integralidade e o controle social, ampliam o conceito de saúde para o campo do cuidado no território que se dá em relação e abrange o econômico, social e cultural.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202p.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela vida**: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.136p.

\_\_\_\_\_. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.142p.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental e atenção psicossocial**.Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.p.117

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR-6023**: informações e documentação: referências e elaboração. Rio de Janeiro.2002. 24 p.

BOTTI, L.C. N; ANDRADE, V. A. A saúde mental na atenção básica-articulação entre os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. **Cogitare Enfermagem**, v.3, n.13, p.387-94, Jul/Set 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990 a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providencias. Brasília: Ministério da Saúde. 1990 b.

\_\_\_\_\_. **Atenção básica e a saúde da família**. 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>>. Acesso em: 24 abr. 2009.

\_\_\_\_\_.Secretaria- Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília. 2004b

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 23 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**. 2006. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 24 abr. 2009.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE POLITICAS DE SAUDE. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Rev. Saúde Pública [online]. 2000, vol.34, n.3, pp. 316-319. ISSN.

BRÊDA, M.Z; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde. **Saúde em debate**, v.27, n.63, p.25-35, jan.-abr. 2003.

BUCHELE *et al.* Interface da Saúde Mental na Atenção Básica. **Cogitare Enferm.**, v. 11, n. 3, p.226-233, set. 2006.

CABRAL, B *et al.* Estação comunidade. In: LANCETTI A. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 2001.

CAMPOS, G.W.S. **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

CAMPOS, G.W.S *et al.* **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Saúde em debate, 2008.411p.

COIMBRA, V.CC. **Avaliação do cuidado em saúde mental na estratégia da saúde da família**. 299 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.

COOPER, H.M. **Interating research**. A guide for literature reviews 2 ed.Newbury Park, Sage, 1989.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.141-168. 2000.

CRAIG, P.M., HANLON P., MORRISON J.M.Can primary care reduce inequalities in mental health? **Public health**, n.123, v. 2009.

DELL'ACQUA G, MEZZINA. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2**. In: AMARANTE P, coordenador. Rio de janeiro: Nau, 2005.

ELSEN, I; PATRICIO, Z.M. **Assistência à criança hospitalizada:tipos de abordagens e a sua implicação para a enfermagem**. In: SCHIMITZ, E.M.R. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu, p.169-79. 1986.

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, R.O. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciênc.saúde coletiva** v.14, n.1 Rio de Janeiro, jan./fev. 2009.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. In: MERHY, E.E. *et al* . 4 ed. São Paulo:Hucitec, p.55-124, 2007.

FREIRE *et al*. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**.; v.2, n. 12, p. 271-277, abr./jun.2008.

GANONG, L.M. Integration Research: a guide for literature reviews. **Research in Nursing & Health**. Missouri, v.10, p.1-11, jun.1987.

GONÇALVES, A.M; SENA, R.R. A reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**; Ribeirão Preto, v. 9, n., p.48-55, mar. 2001.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.278 p.

GUIMARÃES, J; SAEKI, T. Janelas da Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP). **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**; vol.8, n. 2, p. 357-74, jul/ago. 2001.

JORGE *et al*. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. **Rev. bras.enferm**, v.59, n.6, Brasília. nov./dez 2006.

JUCÁ V.J.S; NUNES M.O;BARRETO S.G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência Saúde Coletiva**; Rio de Janeirov.14, n. 1,jan./fev 2009.

KNIGHT D. District nurses' involvement in mental health: an exploratory survey. **British Journal of community Nursing**, n.4, v.11.

KOGA M; FUREGATO A.R. F.; SANTOS J.L. F. Opiniões da equipe e dos usuários sobre a qualidade do cuidado em saúde mental pelo Programa Saúde da Família. **Revista Latino-am de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n.14, março/abril, 2006.

LACERDA *et al*. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam a sua prática. **Saúde soc.**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, mai/ago. 2006.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. **Saúde mental e saúde coletiva**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.p.615-634.

LANCMAN S. *et al.* (Org.). **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília: Paralelo 15, 2008.

LUCCHESI R; OLIVEIRA A.G B; CONCIANI M.E; MARCON S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.09 set.2009.

MARCON S. S; ELSEN I. A enfermagem com um novo olhar. A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde desenv.**, Curitiba, v.1, n.1/2, dez.1999.

MARTINS *et al.* Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1 ,105-121, 2008.

MATTOS T.M. Visita domiciliar. In: KAWOTO E.E, SANTOS MCH, MATTOS TM. Enfermagem comunitária. São Paulo: EPU. P.200.1995.

MATUMOTO, S. **Encontro e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação**: um ensaio cartográfico do acolhimento. Tese (doutorado em enfermagem). 2003.186 p. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MCCARDLE, J, H.; PARAHOO, K. ; MCKENNA H. A national survey of community psychiatric nurses and their client care activities in Ireland. **Journal of psychiatric and mental health nursing**.v.14,n.,p.179-188.2007.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida**. In: CECÍLIO, L.C.O(org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo.Hucitec,p.117-160.1994.

\_\_\_\_\_. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas**. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.

MISHIMA, S.M; MATUMOTO, S, PINTO, IC. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**. v.17, n. 1, p.233-41, jan/fev.2001.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família**: um estudo avaliativo. 141f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.

NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B. Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia- CE. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p.84-93, jan./jun. 2004.

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

OLIVEIRA, A. G.B . Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10,n.4,p.694-702, dez.2007.

OLIVEIRA, L.M.L; SILVA, F.; TUNIN, A. Acolhimento em saúde: reorganização do processo de trabalho e a qualidade do atendimento. **Anais dos resumos ampliados do VI seminário do projeto integralidade**. Rio de Janeiro, 2002.p.111-117.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise de pós-graduação "Lato-sensu"**. 2001. 233f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2001.

PEREIRA, A.A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v.13,n.24,p.13-33,mar./abr.2007.

PEREIRA, M. A.O; JR A.P. Transtorno mental:dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc.Enferm. USP**. vol.37, n.4, p.92-100.2003

PUSCHEL. V.A A.; IDE C A C.; CHAVES E C. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar- condições de aplicabilidade **Acta paul. enferm.**, v.18, n.2 São Paulo,abril/jun 2005.

RIBEIRO C.C; RIBEIRO L.A.; OLIVEIRA A.G.B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enfermagem**, v.13, n.4, p.548-57 Out/dez. 2008.

ROMAN; R. A; FRIEDLANDER, R.M. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem.. **Cogitare Enferm**, v.3, n.2, p.109-112, jul/dez. 1998.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTANA, José Paranaguá de. **A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. Ministério da Saúde. Projeto Gerus. Brasília: 1995.

SCHRANK, G; OLSCHOSWKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42, n.1 São Paulo, mar.2008.

SILVEIRA, D.. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: cartografia da produção de cuidado em saúde mental na atenção básica de saúde. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.2003.

SOUZA, A.J.F; MATIAS G.N.; GOMES K.F.A; PARENTE A.C.M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.60, n.4,p.391-5, jul-ago 2007.

SOUSA, K.K.B.DE S.; FILHA M. O. F.; SILVA A. T. M. C.. A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n. 9, p.14-22, jul./dez. 2004.

SOUZA, R. C.; SCATENA M. C. M.Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.1, jan/jun.2007.

TANAKA, O. Y; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 1845-1853, set.2006.

TAVARES, CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermagem psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm.** v.14,n.3, p. 403-10.2005.

VECCHIA, M. D. ; MARTINS S. T. F.Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência Saúde Coletiva**; v.14, n. 1, p.183-193. 2009.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A- Instrumento de coleta de dados

#### 1 Dados de identificação

Título:

Autores:

Titulação:

Periódico:

Ano:

Volume:

Número:

Idioma: ( ) português ( ) inglês ( ) espanhol

Descritores / Palavras-Chave:

Base de dados consultadas: ( ) MEDLINE ( ) LILACS

Classificação Periódico Qualis: ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 ( ) B3

#### 2. Objetivo/Questão de investigação:

#### 3 Metodologia do estudo:

Tipo de estudo

População/Amostra

Local onde o estudo aconteceu

Técnica de coleta de dados

Período de coleta de dados

#### 4 Resultados

#### 5 Conclusões/recomendações/limitações

#### 6 Observações

**APÊNDICE B – Quadro**

<b>*CE</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusões</b>
1					
2					
3					
4					
5					

**\*CE-Código do Estudo**

C.E	Título do artigo	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões
E1	Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa Saúde da Família	SOUZA R.C; SCATENA M. C. M.	Analisar necessidades do doente mental, limites e possibilidades do cuidado a ele dirigido na área de abrangência do PSF, sob a perspectiva dos profissionais que atuam nesse Programa.	As ações de saúde mental desenvolvidas foram: escuta, diálogo; consulta psiquiátrica, visita domiciliar, encaminhamento para psiquiatra e controle do uso de psicofármacos. Relatam que há necessidade de receber capacitações em saúde mental.	O PSF realiza atividades para controle da hipertensão e diabetes, imunização e consultas médicas, das quais o usuário em sofrimento psíquico está quase excluído. Falta de orientação, do Ministério da Saúde, para os profissionais sobre a maneira de cuidar a pessoa em sofrimento mental.
E2	Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiatria e sanitária	NUNES M: JUCÁ, V. J; VALENTIM, C. P. B.	Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções no contexto do PSF. Identificar fatores favorecedores e dificultadores dessas ações, o nível de formação específica desses profissionais na área da saúde mental, o conhecimento que eles detinham acerca das propostas da reforma psiquiátrica e o nível de implantação e de funcionamento de uma rede de serviços que contemplasse ações em saúde mental.	Os respondentes relatam que conseguem atender, realizar grupos para hipertensos, gestantes, mas não há atividades voltadas para as pessoas com sofrimento mental. As intervenções desenvolvidas pelos profissionais foram: inclusão de caso, referente ao diagnóstico de saúde mental, na reunião de equipe, encaminhamento ao serviço especializado, consulta psiquiátrica e controle do uso da medicação pelas pessoas com sofrimento mental.	A maioria dos profissionais sente-se despreparada para o manejo com os usuários em sofrimento psíquico. Abordam a necessidade de receberem atualizações e capacitações em saúde mental. Criticando os cursos rápidos, que receberam, os quais não auxiliaram no manejo desses usuários.

CE	Título do artigo	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões do estudo
E3	Opiniões da equipe e dos usuários sobre a atenção à saúde mental num Programa Saúde da Família	KOGA M; FUREGATO A.R.F.; SANTOS J.L. F.	Conhecer e analisar a atenção à saúde mental no PSF, através da opinião de enfermeiras, agente comunitários, assim como de pacientes psiquiátricos e seus familiares.	As enfermeiras orientam os pacientes e seus familiares, sobre os efeitos esperados e colaterais dos medicamentos psiquiátricos. Os profissionais fornecem esclarecimentos, sobre a convivência com a doença mental, para o usuário e sua família.	Há necessidade de melhor preparação dos profissionais para cuidar dos usuários com transtorno mental. Ressalta-se a importância de realizar o trabalho em conjunto, entre a equipe do PSF com a família.
E4	Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE	NASCIMENTO, A. A. M.; BRAGA, V. A. B.	Analisar a prática do enfermeiro e do médico do PSF de Caucaia-CE, quanto à atenção em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.	As ações de saúde mental desenvolvidas foram: escuta, diálogo e consulta psiquiátrica, o controle do uso de psicofármacos e o encaminhamento para psiquiatra. Os enfermeiros e médicos do PSF desenvolvem suas atividades voltadas, principalmente para a saúde da criança, mulher e diabéticos.	Os profissionais relatam falta de treinamento e de experiência profissional em lidar com a demanda de saúde mental. Há necessidade de que os profissionais recebam qualificação e capacitação em saúde mental.

CE	Título do artigo	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões do estudo
E5	A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental	SOUSA K.K.B.DE S.; FILHA M. O. F.; SILVA A. T. M. C.	Descrever as concepções dos enfermeiros que atuam no PSF, do município de Cabedelo, sobre o processo de trabalho de enfermagem, as características desse processo, e identificar os processos de saúde que os enfermeiros abordam, com maior e menor frequência, no cotidiano de sua prática profissional.	As intervenções de saúde mental desenvolvidas pelos trabalhadores foram: visitas domiciliares, consulta psiquiátrica e controle de psicofármacos. Os profissionais relataram que no seu trabalho não consideram a atenção em saúde mental como prioridade, e que desenvolvem suas atividades na área da saúde da criança e de adulto, como hipertensão e diabetes.	Há quase exclusão do cuidado para usuário com problemas de saúde mental, na atenção básica. Pois as ações em saúde mental se restringem à consulta psiquiátrica. A importância de haver estruturação política em saúde mental, que favoreça a educação permanente dos profissionais de saúde.
E6	Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária	LUCCHESI R.; OLIVEIRA A.G B; CONCIANI M.E; MARCON S.R	Identificar as condições concretas da assistência à saúde mental realizada nas equipes de saúde da família; analisar as práticas de saúde dos trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família na abordagem aos portadores de transtorno mental.	Relatam que há grupo de hipertensos, diabéticos, mas não há grupos para as pessoas em sofrimento psíquico. Os profissionais relatam que não estão capacitados para lidar com essa demanda de usuários. As intervenções de saúde mental desenvolvidas pela equipe foram vínculo, diálogo, e a responsabilização, controle de medicação psiquiátrica e encaminhamento para serviço especializado.	As principais intervenções em saúde mental desenvolvida controle de medicação psiquiátrica e ao encaminhamento para serviço especializado. O hospital psiquiátrico permanecia como o centro do atendimento da pessoa em crise. O dispositivo CAPS permaneceu desarticulado do restante da rede de atenção à saúde mental.

CE	Título do artigo	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões do estudo
E7	A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT	RIBEIRO C.C; RIBEIRO L.A; OLIVEIRA A.G.B	Analisar a dinâmica assistencial à saúde mental em duas unidades de PSF de Cuiabá-MT e, especificamente, descrever os recursos materiais (estrutura física) e não materiais (acesso e acolhimentos) das unidades de PSF tendo em vista as necessidades da atenção psicossocial; identificar situações que demandaram assistência à saúde mental.	As principais intervenções de saúde mental foram: encaminhamento para serviço especializado, discussão de casos de saúde mental na reunião de equipe, visitas domiciliares, consulta psiquiátrica e controle do uso da medicação psicotrópica, e acompanhamento sistematizado dos usuários em sofrimento psíquico.	Os profissionais apresentaram dificuldades em lidar com situações nas quais o sofrimento mental se faz presente. Cursos de capacitação seriam úteis para facilitar a transmissão de conhecimentos sobre a reforma psiquiátrica e do próprio sofrimento mental. Há necessidade de investimentos técnico-assistenciais e políticos para consolidar a atenção aos portadores de transtornos mentais no PSF.
E8	Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede	JUCÁ V.J.S; NUNES M.O; BARRETO S.G.	Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções nos seguintes contextos: PSF e CAPS. Serão apresentados os resultados concernentes ao primeiro serviço.	A intervenção de saúde mental desenvolvida se restringe ao encaminhamento para serviço especializado. A equipe tem medo de lidar com o portador de sofrimento mental, pois não sabe como reagir ao se depararem com esses casos. Os profissionais têm dificuldade em criar vínculo com a comunidade.	Os profissionais entrevistados reconhecem que existe uma população com necessidade de atendimento em saúde mental, mas que comumente não exercem atividades específicas voltadas para essa área. Inclusão de treinamentos e atualizações no campo da saúde mental.

CE	Título do artigo	Autores	Objetivos	Resultados	Conclusões do estudo
E9	A saúde mental no Programa de Saúde da Família	SOUZA, A.J.F.; MATIAS, G.N.; GOMES K.F.A.; PARENTE A.C.M	Identificar as ações e a formação do enfermeiro (a), em Saúde Mental, no PSF.	As ações referidas foram visita domiciliar, grupos, reuniões, palestras, acolhimento, atividades lúdicas e físicas, levantamento de casos, encaminhamento para serviço especializado e entrega de medicação.	Os profissionais relatam que comumente não realizam atividades para os usuários em sofrimento psíquico. Apontam a necessidade de haver treinamentos na área de saúde mental.
E10	O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde	BRÊDA, M.Z; AUGUSTO, L.G.S.	Compreender o cuidado prestado pela equipe do Programa de Saúde da Família aos portadores de transtornos psíquicos em um bairro periférico do município de Maceió-Alagoas.	As intervenções de saúde mental desenvolvidas são: visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde, encaminhamento para outros serviços e repetir receita. O agente comunitário de saúde é o único profissional da equipe que tem interação com a comunidade e realiza visita domiciliar aos portadores de transtorno mentais.	Os profissionais de saúde poderiam realizar mais atividades de saúde mental: diálogos, oficinas de expressão e trabalhos grupais. Ressaltam a importância de haver mais treinamentos em saúde mental.
E11	Pesquisa na comunidade de enfermeiras psiquiátricas e suas atividades na Irlanda.	MCCARDLE, J, PARAHOO, K. ; MCKENNA H	Construir o perfil das enfermeiras psiquiátricas comunitárias na Irlanda e identificar as suas principais atividades de cuidados aos usuários.	As enfermeiras psiquiátricas comunitárias realizam: controle de medicação psiquiátrica, visitas domiciliares, escuta, diálogo e atenção aos familiares.	Não há evidências que as enfermeiras pratiquem grupos com familiares e terapia comportamental. Há necessidade de haver mais treinamentos em saúde mental.

## RELAÇÃO DOS ARTIGOS QUE FIZERAM PARTE DA AMOSTRA

### E1) Possibilidades e limites do cuidado dirigido ao doente mental no Programa de Saúde da Família

#### 1 Dados de identificação

**Autores:** Rozemere Cardoso de Souza; Maria Cecília Morais Scatena

**Titulação:** Enfermeiras

**Periódico:** Revista Baiana de Saúde Pública

**Ano:** 2007

**Volume:** 31

**Número:** 1

**Idioma:**  português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Saúde da família, saúde mental, cuidado

**Base de dados consultada:** ( ) MEDLINE (x)LILACS

**Classificação Periódico:** Qualis ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 (x)B3

#### 2. Objetivo/Questão de investigação

Analisar necessidades do doente mental, limites e possibilidades do cuidado a ele dirigido na área de abrangência do Programa de Saúde da Família, sob a perspectiva dos profissionais que atuam nesse Programa

#### 3 Metodologia do estudo

**Tipo de estudo:** qualitativo

**População/Amostra:** médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde

**Local onde o estudo aconteceu:** município de Ilhéus/ Bahia/ Brasil

**Técnica de coleta de dados:** Os grupos foram realizados em sessão única

**Período de coleta de dados:** maio a novembro de 2003

#### 4 Resultados

As ações de saúde mental desenvolvidas foram: escuta diálogo; consulta psiquiátrica, visita domiciliar, encaminhamento para psiquiatra e controle do uso de psicofármacos. Relatam que há necessidade de receber capacitações em saúde mental.

Na pesquisa os integrantes do PSF relataram que se preocupam mais com a parte clínica do usuário com problema mental como, por exemplo, perguntar se

estão tomando o remédio de forma correta e se realizou exames. Também ressaltam que há repetição de receita realizada pelo médico, para fazer com que o usuário não gaste o seu tempo e seu dinheiro para ir ao posto.

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

O PSF realiza atividades para controle da hipertensão e diabetes, imunização e consultas médicas, das quais o usuário em sofrimento psíquico está quase excluído. Falta de orientação, do Ministério da Saúde, para os profissionais sobre a maneira de cuidar a pessoa em sofrimento mental.

### **6 Observações**

Os profissionais relatam que apresentam muitas dificuldades em cuidar do usuário em sofrimento psíquico, pois não têm experiência e conhecimentos na área de saúde mental. Esse artigo aborda a necessidade de receber capacitações em saúde mental.

## **E2) Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Mônica Nunes; Vlândia Jamile Jucá; Carla Pedra Branca Valentim

**Titulação:** Médico, psicólogo, psicólogo

**Periódico:** Caderno de Saúde Pública

**Ano:** 2007

**Volume:** 23

**Número:** 10

**Idioma:**  português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Saúde Mental; Programa Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde

**Base de dados consultada:**  MEDLINE ( ) LILACS

**Classificação Periódico Qualis:**  A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 ( ) B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação:**

Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções no contexto do Programa Saúde da Família. Identificar fatores favorecedores e dificultadores dessas ações, o nível de formação específica desses profissionais na área de saúde mental, o conhecimento que eles detinham acerca das propostas da Reforma Psiquiátrica e o nível de implantação e de funcionamento de uma rede de serviços que contemplasse ações em saúde mental.

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** Estudo Qualitativo

**População/Amostra:** Quatro equipes de saúde que constituíam uma unidade de saúde da família

**Local onde o estudo aconteceu:** Salvador, Bahia

**Técnica de coleta de dados:** Os dados deste artigo foram produzidos em pesquisa intitulada A dinâmica do cuidado em Saúde mental

**Período de coleta de dados:** seis meses

#### **4 Resultados**

Os respondentes relatam que conseguem atender, realizar grupos para hipertensos, gestantes, mas não há atividades voltadas para as pessoas com sofrimento mental.

As intervenções desenvolvidas pelos profissionais foram: inclusão de caso, referente ao diagnóstico de saúde mental, na reunião de equipe, encaminhamento ao serviço especializado, consulta psiquiátrica e controle do uso da medicação pelas pessoas com sofrimento mental.

#### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

A maioria dos profissionais sente-se despreparada para o manejo com os usuários em sofrimento psíquico. Abordam a necessidade de receberem atualizações e capacitações em saúde mental. Criticando os cursos rápidos, que receberam, os quais não auxiliaram no manejo desses usuários.

#### **6 Observações**

O artigo aborda que a maior responsabilidade dos casos de saúde mental é atribuída ao médico. Um profissional respondeu que a sua principal ação em saúde mental é encaminhar o usuário para serviço especializado.

Não consideramos o encaminhamento como intervenção de saúde mental, pois não há tentativa de resolução dos problemas, mas sim passa-se o usuário para outro serviço, sem responsabilização.

Esse artigo aponta a importância dos profissionais receberem capacitações em saúde mental, pois os profissionais se sentem despreparados para lidar com os usuários em sofrimento psíquico.

### **E3) Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num Programa Saúde da Família**

#### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Mariko Koga; Antonia Regina Ferreira Furegato; Jair Licio Ferreira Santos

**Titulação:** Médico, enfermeiro, físico

**Periódico:** Revista Latino americana de enfermagem

**Ano:** 2006

**Volume:** 14

**Número:** 2

**Idioma:** ( ) português (x) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Programa Saúde da Família, Enfermagem Psiquiátrica, Escalas

**Base de dados consultada:** ( ) MEDLINE (x)LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( )A1 (x)A2 ( )B1 ( )B2 ( )B3

#### **2. Objetivo/Questão de investigação:**

Conhecer a atenção à saúde mental num Programa de Saúde da Família (PSF), através da opinião de enfermeiras, agente comunitários, pacientes psiquiátricos e seus familiares.

#### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** quanti-qualitativo

**População/Amostra:** entrevistados 142 sujeitos (18 enfermeiras, 78 agentes, 17 pacientes e 29 familiares).

**Local onde o estudo aconteceu:** Paraná

**Técnica de coleta de dados:** Escala de Opinião sobre Atenção à Saúde Mental, com 25 afirmativas sobre assistência, orientação da equipe do PSF e benefícios desse Programa

**Período de coleta de dados:**

#### **4 Resultados**

As enfermeiras orientam os pacientes e seus familiares, sobre os efeitos esperados e colaterais dos medicamentos psiquiátricos. Os profissionais fornecem esclarecimentos, sobre a convivência com a doença mental, para o usuário e sua família.

## **5 Conclusões/recomendações/limitações**

A necessidade de melhor preparação dos profissionais para cuidar dos usuários com transtorno mental. Ressalta-se a importância de realizar o trabalho em conjunto, entre a equipe do PSF com a família.

## **6 Observações**

Esse artigo aborda a atenção à família como ação de saúde mental, consideramos essa intervenção relevante, pois a família pode ser um dos principais aliados para manter o usuário em sofrimento psíquico fora da instituição psiquiátrica.

Esse artigo aponta a importância dos profissionais receberem capacitação e treinamentos em saúde mental.

## **E4) Atenção em Saúde Mental: a prática do enfermeiro e do médico do Programa Saúde da Família de Caucaia-CE**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Adail Afrânio Marcelino do Nascimento; Violante Augusta Batista Braga

**Titulação:** Enfermeiros

**Periódico:** Cogitare Enfermagem

**Ano:** 2004

**Volume:** 9

**Número:** 1

**Idioma:** (x) português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Saúde Mental; Saúde da Família; Reforma Psiquiátrica.

**Base de dados consultada:** ( ) MEDLINE (x) LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 (x) B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

Analisar a prática do enfermeiro e do médico do PSF, quanto à atenção em saúde mental, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** descritivo, de natureza qualitativa

**População/Amostra:** sete enfermeiros e cinco médicos

**Local onde o estudo aconteceu:** no Município de Caucaia-CE

**Técnica de coleta de dados:** entrevista semi-estruturada e observação livre

**Período de coleta de dados:** maio a agosto de 2003

### **2 Resultados**

As ações de saúde mental desenvolvidas foram: escuta, diálogo e consulta psiquiátrica, o controle do uso de psicofármacos e o encaminhamento para o psiquiatra. Os enfermeiros e médicos do PSF desenvolvem suas atividades voltadas, principalmente para a saúde da criança, mulher e diabéticos.

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Os profissionais relatam falta de treinamento e de experiência profissional em lidar com a demanda de saúde mental. Há necessidade de que os profissionais recebam qualificação e capacitação em saúde mental.

## **6 Observações**

Esse artigo aborda a importância dos profissionais receberem capacitação e treinamentos em saúde mental. Aponta que uma das principais intervenções em saúde mental é o encaminhamento para serviço especializado, mas também utilizam a escuta e o diálogo. Essas ações são relevantes, pois por meio dessa atitude é que os profissionais conquistam a confiança com a pessoa em sofrimento psíquico e sua família, construindo forte vínculo entre profissionais da saúde e usuários.

## **E5) A práxis do enfermeiro no Programa Saúde da Família na Atenção à Saúde Mental**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Khívia Kiss Barbosa de Sousa; Maria de Oliveira Ferreira Filha; Ana Tereza Medeiros de Calvacanti da Silva

**Titulação:** Enfermeira, doutora em enfermagem, doutora em enfermagem

**Periódico:** Cogitare Enfermagem

**Ano:** 2004

**Volume:** 9

**Número:** 2

**Idioma:** (x) português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Enfermagem, PSF, Saúde Mental.

**Base de dados consultada:** ( ) MEDLINE (x) LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 (x) B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação:**

Descrever as concepções dos enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família (PSF) sobre o processo de trabalho de enfermagem, as características desse processo, e, identificar os aspectos do processo saúde-doença que estes enfermeiros abordam com maior e menor frequência, no cotidiano de sua prática profissional.

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** abordagem qualitativa, referencial teórico Materialismo Histórico e Dialético

**População/Amostra:** 4 enfermeiras das UBS

**Local onde o estudo aconteceu:** município de Cabedelo, estado da Paraíba.

**Técnica de coleta de dados:** entrevista semi-estruturada as quais foram gravadas e posteriormente transcritas em forma de texto

**Período de coleta de dados:** abril de 2004.

### **4 Resultados**

As intervenções desenvolvidas pelos trabalhadores foram: visitas domiciliares, consulta psiquiátrica e controle da medicação. Os profissionais relataram que no seu trabalho não consideram a atenção em saúde mental como prioridade, e que desenvolvem suas atividades mais na área da saúde da criança

e de adulto, como hipertensão e diabetes. O trabalho preserva ainda um modelo de assistência voltada para o modelo clínico individual, organicista e biológico.

As enfermeiras restringem as ações de saúde mental, apenas, ao acompanhamento a controle de psicofármacos, e consideram o médico como responsável pela saúde mental

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Há quase exclusão do cuidado para usuário com problemas de saúde mental, na atenção básica. Pois as ações em saúde mental se restringem à consulta psiquiátrica.

A importância de haver estruturação política em saúde mental, que favoreça a educação permanente dos profissionais de saúde.

### **6 Observações**

Constatamos que o médico é o responsável pelas intervenções de saúde mental. Acreditamos que toda a equipe é responsável pelo atendimento do usuário em sofrimento psíquico, sendo imprescindível haver um trabalho interdisciplinar. Esse artigo relata a relevância de haver capacitações na área de saúde mental.

## **E6) Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Roselma Lucchese, Alice Guimarães Bottaro de Oliveira, Marta Ester Conciani, Samira Reschetti Marcon

**Formação:** Enfermeiro

**Periódico:** Caderno de Saúde Pública

**Ano:** 2009

**Volume:** 25

**Número:** 9

**Idioma:** (x) português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Saúde da Família, Saúde Mental, Pessoal de Saúde

**Base de dados consultada:** ( ) MEDLINE (x)LILACS

**Classificação Periódico:** Qualis (x)A1 ( )A2 ( )B1 ( )B2

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

Identificar as condições concretas da assistência à saúde mental realizada nas equipes de saúde da família; descrever a dinâmica assistencial da equipe de saúde da família nas situações de sofrimento mental; analisar as práticas de saúde dos trabalhadores de saúde das equipes de saúde da família na abordagem aos portadores de transtorno mental.

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** exploratório-descritiva, os discursos de com os recursos da análise de conteúdo.

**População/Amostra:** 16 equipes da Estratégia saúde da Família

**Local onde o estudo aconteceu:** região norte do Município de Cuiabá

**Técnica de coleta de dados:** observação participante e entrevista semi-estruturada

**Período de coleta de dados:** 2004

### **4 Resultados**

Relatam que há grupo de hipertensos, diabéticos, mas não há grupos para as pessoas em sofrimento psíquico. Os profissionais relatam que não estão capacitados para lidar com essa demanda de usuários. As intervenções de saúde

mental desenvolvidas pela equipe foram vínculo, diálogo, e a responsabilização, controle de medicação psiquiátrica e encaminhamento para serviço especializado.

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

As principais intervenções em saúde mental encontradas foram o controle de medicação psiquiátrica e o encaminhamento para serviço especializado.

O hospital psiquiátrico permanecia como o centro do atendimento da pessoa em crise. O dispositivo CAPS permaneceu desarticulado do restante da rede de atenção à saúde mental.

### **6 Observações**

No estudo relata a importância de os profissionais criarem vínculo e realizarem a escuta. Isso porque, por meio da escuta é que os profissionais conquistam a confiança com a pessoa em sofrimento psíquico e sua família, construindo forte vínculo entre profissionais da saúde.

Aborda a necessidade dos profissionais receberem capacitações na área de saúde mental.

## **E7) A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá-MT**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Carolina Campos Ribeiro, Lorena Araújo Ribeiro, Alice G. Bottaro de Oliveira.

**Titulação:** Enfermeiras mestradas e última doutora em enfermagem

**Periódico:** Cogitare Enfermagem

**Ano:** 2008

**Volume:** 13

**Número:** 4

**Idioma:**  português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** saúde da família, saúde mental, enfermagem, trabalho

**Base de dados consultada:** MEDLINE ( )LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( )A1 ( )A2 ( )B1 ( )B2 B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

O objetivo deste estudo foi analisar a dinâmica assistencial à saúde mental em duas unidades de PSF de Cuiabá-MT e, especificamente, descrever os recursos materiais (estrutura física) e não materiais (acesso e acolhimentos) das unidades de PSF tendo em vista as necessidades da atenção psicossocial; identificar situações que demandaram assistência à saúde mental; e analisar o modo de inclusão de pessoas e famílias em sofrimento mental no processo de trabalho/cuidado e a relação desse trabalho/cuidado com os outros níveis da rede de saúde no município.

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** qualitativo

**População/Amostra:** duas unidades de PSF

**Local onde o estudo aconteceu:** Cuiabá-MT

**Técnica de coleta de dados:** exploratório-descritivo

**Período de coleta de dados:** junho e julho de 2004

### **4 Resultados**

As principais intervenções de saúde mental foram: encaminhamento para serviço especializado, discussão de casos de saúde mental na reunião de equipe, visitas domiciliares, consulta psiquiátrica e controle do uso da medicação

psicotrópica, e acompanhamento sistematizado dos usuários em sofrimento psíquico

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Os profissionais apresentaram dificuldades em lidar com situações nas quais o sofrimento mental se faz presente. Cursos de capacitação seriam úteis para facilitar a transmissão de conhecimentos sobre a reforma psiquiátrica e do próprio sofrimento mental.

Há necessidade de investimentos técnico-assistenciais e políticos para consolidar a atenção aos portadores de transtornos mentais no PSF.

### **6 Observações**

Artigo de grande relevância, pois aborda a importância da capacitação da equipe do PSF, em saúde mental. Relata os frutos desse investimento municipal, os quais foram a criação do Roteiro de “busca ativa” e “Ficha B de saúde mental”. Esses dispositivos resultaram em melhor acompanhamento dos casos de saúde mental, pelos profissionais, incluindo a abordagem familiar.

## **E8) Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede**

### **1 Dados de identificação**

**Autores** Vlândia Jamile dos Santos Jucá; Mônica de Oliveira Nunes; Suely Galvão Barreto

**Titulação:** Enfermeira

**Periódico:** Ciência saúde coletiva

**Ano:** 2009

**Volume:** 14

**Número:**1

**Idioma:**  português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** programa saúde da família, Centro de Atenção Psicossocial, saúde mental, significados, práticas

**Base de dados consultada:**  MEDLINE ( ) LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( ) A1 ( ) A2  B1 ( ) B2 ( ) B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental e, para reduzi-lo, planejam e desenvolvem suas intervenções em dois contextos: PSF e CAPS. Serão apresentados os resultados concernentes ao primeiro serviço.

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** pesquisa etnográfica

**População/Amostra:** equipe o PSF

**Local onde o estudo aconteceu:** Salvador- Bahia

**Técnica de coleta de dados:** entrevistas semi-estruturadas individuais com membros de cada equipe do PSF.

**Período de coleta de dados:**

### **4 Resultados**

A intervenção de saúde mental desenvolvida se restringe ao encaminhamento para serviço especializado.

A equipe tem medo de lidar com o portador de sofrimento mental, pois não sabe como reagir ao se deparar com esses casos. Os profissionais têm dificuldade em criar vínculo com a comunidade.

## **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Os profissionais entrevistados reconhecem que existe uma população com necessidade de atendimento em saúde mental, mas que comumente não exercem atividades específicas voltadas para essa área. Inclusão de treinamentos atualizações e treinamentos no campo da saúde mental, mas que comumente não exercem atividades específicas voltadas para essa área. Inclusão de treinamentos e atualizações no campo da saúde mental.

## **6 Observações**

Artigo relata as poucas ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe, destacando o encaminhamento para serviço especializado. Há dificuldade de vínculo entre a equipe e a comunidade, o agente comunitário de saúde é o único profissional responsável pela criação de vínculo com a comunidade. Identificamos que nessa situação o vínculo entre a equipe e a comunidade é prejudicado, pois há uma centralidade e responsabilização somente em uma das categorias da equipe. Isso repercute na comunicação, no desconhecimento da realidade e das pessoas envolvidas, bem como num distanciamento, que produz frustração e insatisfação no trabalho e na comunidade, dificultando a inclusão da atenção em saúde mental no território.

Esse estudo aponta a necessidade de ocorrer capacitações dos profissionais na área de saúde mental.

## **E09) A saúde mental no Programa de Saúde da Família**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Aline de Jesus Fontineli Souza, Gina Nogueira Matias, Kenia de Fátima Alencar Gomes, Adriana da Cunha Menezes Parente

**Titulação:** A quarta autora é mestre em enfermagem

**Periódico:** Revista brasileira enfermagem

**Ano:** 2007

**Volume:** 29

**Número:** 1

**Idioma:**  português  inglês  espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Enfermagem, Saúde Mental, Programa Saúde da Família

**Base de dados consultada:**  MEDLINE  LILACS

**Classificação Periódico Qualis:**  A1  A2  B1  B2  B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

Identificar as ações e a formação do enfermeiro (a), em Saúde Mental, no Programa de Saúde da Família (PSF).

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** quantitativo descritivo

**População/Amostra:** 137 enfermeiros da equipe do PSF

**Local onde o estudo aconteceu:** Piauí, Teresina

**Técnica de coleta de dados:** análise de dados estatísticos

**Período de coleta de dados:** segundo semestre de 2005

### **4 Resultados**

As ações referidas foram visitas domiciliares, grupos, reuniões, palestras, acolhimento, atividades lúdicas e físicas, levantamento de casos, encaminhamento para serviço especializado e entrega de medicação.

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Os profissionais relatam que comumente não realizam atividades para os usuários em sofrimento psíquico.

Apontam a necessidade de haver treinamentos na área de saúde mental

## **6 Observações**

Esse estudo aborda que a principal intervenção de saúde mental desenvolvida pela equipe da ESF foi a visita domiciliar. Entendemos que a visita domiciliar caracteriza-se como uma intervenção importante na atenção em saúde mental, oportunizando uma aproximação quando a equipe tem clareza de sua indicação/propósito e respeita o espaço das pessoas, uma vez que a atenção em saúde mental deve organizar-se de modo usuário-centrado.

Aponta a importância dos profissionais receberem capacitações em saúde mental para qualificar o cuidado prestado ao usuário em sofrimento psíquico.

## **E10) O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica à saúde**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** Mércia Zeviani Brêda, Lia Giraldo da Silva Augusto

**Titulação:** Enfermeira, médica

**Periódico:** Saúde em debate

**Ano:** 2003

**Volume:** 27

**Número:** 63

**Idioma:**  português ( ) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Cuidados primários da saúde, Programa Saúde da Família, transtornos mentais, intervenções

**Base de dados consultada:** ( ) MEDLINE (x) LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2 (x) B3

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

Compreender o cuidado prestado pela equipe do Programa de Saúde da Família aos portadores de transtornos psíquicos em um bairro periférico do município de Maceió-Alagoas

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** abordagem qualitativa

**População/Amostra:** portadores de transtorno psíquico residentes na comunidade e profissionais de Saúde da Família.

**Local onde o estudo aconteceu:** Maceió Alagoas

**Técnica de coleta de dados:** estudo de caso,

**Período de coleta de dados:** julho de 2000

### **4 Resultados**

As intervenções de saúde mental desenvolvidas são: visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde, encaminhamento para outros serviços e repetir receita. O agente comunitário de saúde é o único profissional da equipe que tem interação com a comunidade e realiza visita domiciliar aos portadores de transtorno mentais.

## **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Os profissionais de saúde poderiam realizar mais atividades de saúde mental: diálogos, oficinas de expressão e trabalhos grupais. Ressaltam a importância de haver mais treinamentos em saúde mental.

## **6 Observações**

Neste artigo o agente comunitário de saúde é o único profissional da equipe que tem interação com a comunidade e realiza visita domiciliar aos portadores de transtornos mentais. Essa constatação é preocupante, pois a estratégia da visita domiciliar propicia o fortalecimento do vínculo entre o serviço e a comunidade. O agente comunitário é o profissional que realiza com maior frequência a visita domiciliar, pois é uma atividade inerente ao seu trabalho. Mas os outros profissionais também são responsáveis e podem acompanhar os ACS.

## **E11) Pesquisa na comunidade de enfermeiras psiquiátricas e suas atividades na Irlanda**

### **1 Dados de identificação**

**Autores:** J. Mccardle, K. Parahoo, H. Mckenna

**Titulação:** Enfermeira

**Periódico:** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

**Ano:** 2007

**Volume:** 14

**Número:** 2

**Idioma:** ( ) português (x) inglês ( ) espanhol

**Descritores / Palavras-Chave:** Enfermeiras Psiquiátricas Comunitárias, Pesquisa Nacional, Observações da Prática, Papéis

**Base de dados consultada:** (x) MEDLINE ( ) LILACS

**Classificação Periódico Qualis:** ( ) A1 ( ) A2 ( ) B1 ( ) B2

### **2. Objetivo/Questão de investigação**

Construir o perfil das enfermeiras psiquiátricas comunitárias na Irlanda e identificar as suas principais atividades de cuidados aos pacientes.

### **3 Metodologia do estudo**

**Tipo de estudo:** qualitativo

**População/Amostra:** 203 enfermeiras psiquiátricas comunitárias

**Local onde o estudo aconteceu:** Irlanda

**Técnica de coleta de dados:** combinação de questionário e observação

**Período de coleta de dados:**

### **4 Resultados**

As enfermeiras psiquiátricas comunitárias realizam: controle de medicação psiquiátricas, visitas domiciliares, escuta, diálogo e atenção aos familiares

### **5 Conclusões/recomendações/limitações**

Não há evidências que as enfermeiras pratiquem grupos com familiares, terapia comportamental. Há necessidade de haver mais treinamentos em saúde mental.

## **6 Observações**

Esse artigo aborda que o controle da medicação é o papel central das enfermeiras na visita domiciliar, mas outros aspectos da vida do usuário são abordados. Acreditamos que a visita domiciliar não deve limitar-se somente a orientações sobre o uso de psicofármacos, mas estar direcionada sempre a integralidade do cuidado à saúde, tendo como objetivo contemplar as demais questões que envolvem o cotidiano do sujeito em sofrimento psíquico.

Consideramos importante a maneira como os profissionais desse estudo abordam os usuários, o interesse que demonstram em saber, perguntar e abrir espaço para o indivíduo falar sobre seu cotidiano, seus problemas e dificuldades. Apontam a necessidade haver capacitações na área de saúde mental.