

Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família

MENTAL HEALTH IN PRIMARY HEALTH CARE: PRACTICES OF THE FAMILY HEALTH TEAM

SALUD MENTAL EN ATENCIÓN BÁSICA: PRÁCTICA DEL EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA

Valmir Rycheta Correia¹, Sônia Barros², Luciana de Almeida Colvero³

RESUMO

A inclusão das ações de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira bem como demanda a reorientação da prática das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades do campo da saúde mental. Este estudo tem por objetivo identificar e analisar na produção científica as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental. Mediante análise sistemática emergiram os seguintes temas: visita domiciliar ao doente mental e seus familiares; vínculo e acolhimento; encaminhamento; oficinas terapêuticas. Concluiu-se que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor indicando que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral e, portanto, há necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais.

DESCRIPTORIOS

Saúde da família
Saúde mental
Atenção primária à saúde
Equipe de assistência ao paciente
Enfermagem psiquiátrica

ABSTRACT

The inclusion of mental health care actions in the context of the Brazilian Public Health System (SUS; Sistema Único de Saúde) contributes to the consolidation of the Brazilian Psychiatric reform and demands redirecting the practices of family health teams with users with mental health needs. The objective of this study is to identify and analyze the scientific production and actions developed by family health team professionals in mental health care. Systematic analysis originated the following themes: home visits to mentally ill patients and their relatives; attachment and welcoming; referrals; therapeutic workshops. In conclusion, the mental health actions developed in primary care are not performed consistently and depend on the professional or on the political decision of the administrator, which shows that professionals should use new practices to develop comprehensive care, and, therefore, there is a need to invest in improving the qualification of the professionals.

DESCRIPTORS

Family health
Mental health
Primary health care
Patient care team
Psychiatric nursing

RESUMEN

La inclusión de acciones de salud mental en el contexto del Sistema Único de Salud-SUS contribuyó a la consolidación de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, así como a demanda y reorientación de la práctica de los equipos de salud de la familia junto a los pacientes del área de salud mental. Este estudio objetivó identificar y analizar en la producción científica las acciones realizadas por profesionales del equipo de salud de la familia en atención de salud mental. Mediante análisis sistemático emergieron los siguientes temas: visita domiciliar al enfermo mental y familiares; vínculo y consideración; derivación; talleres terapéuticos. Se concluye que las acciones de salud mental desarrolladas en atención primaria no presentan uniformidad de ejecución y dependen del profesional o de la decisión política del gestor, e indican que los profesionales deben informarse sobre nuevas prácticas para brindar atención integral, por lo cual existe necesidad de inversión para calificación de profesionales.

DESCRIPTORES

Salud de la familia
Salud mental
Atención primaria de salud
Grupo de atención al paciente
Enfermería psiquiátrica

¹ Professor Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. vrcorreia@uem.br ² Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. sobarros@usp.br ³ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. lucix@usp.br

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no bojo da Reforma Psiquiátrica em curso no país, temos acompanhado várias transformações no modelo de atenção em saúde mental, que priorizam ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, estas mudanças têm encontrado obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental. Neste contexto, identifica-se o protagonismo do movimento social de profissionais, usuários e familiares que têm favorecido ao longo do processo mudanças na legislação e a proposição de novos modelos de atenção em saúde mental.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço estratégico para promover a desospitalização, aqui entendida enquanto oferta de serviços territoriais, compatíveis com os princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental. Porém, os CAPS e a oferta de serviços na abordagem psicossocial não são, ainda, suficientes para a cobertura da demanda de saúde mental nas diversas realidades do país.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, através das políticas de expansão, formulação, formação e avaliação da Atenção Básica, vem estimulando ações que remetem a *dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental da população neste nível de atenção*. A Estratégia Saúde da Família (ESF), tomada enquanto diretriz para reorganização da Atenção Básica no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares; com base no trabalho organizado segundo o modelo da atenção básica e por meio ações comunitárias que favorecem a inclusão social destas no território onde vivem e trabalham.

Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família – NASF.⁽¹⁾ Entretanto, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica territorialização, corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental.

Diante deste quadro, o presente estudo tem por objetivo identificar e analisar na produção científica as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da fa-

mília na atenção à saúde mental. Desse modo, esperamos que este trabalho possa fazer repensar a assistência em saúde mental na atenção básica e contribuir para a prática dos trabalhadores das equipes de saúde da família frente aos portadores de transtornos mentais e seus familiares.

MÉTODO

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de artigos científicos, documentos e livros. A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente⁽²⁾, possibilitando sintetizar e analisar criticamente o que foi produzido na temática em estudo.

Primeiramente, foi realizada revisão da literatura para a definição do sistema conceitual da pesquisa e a sua fundamentação teórica. A consulta deste material já publicado visa identificar o estágio em que se encontram os conhecimentos acerca do tema que se está investigando.

Nas sequências das etapas percorridas, realizou-se a identificação nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criado pela BIREME, onde são indexados artigos de revistas científicas, relatórios técnicos, anais de congressos e outros tipos de materiais da literatura científica. Como descritores, utilizamos os seguintes termos: *saúde mental, transtornos mentais, enfermagem psiquiátrica e psiquiatria comunitária* e realizamos associações entre eles também com os descritores *visita domiciliar, visitantes domiciliares, atenção básica, programa saúde da família, saúde da família, enfermagem em saúde comunitária, visitas a pacientes, família* e ainda usamos também as palavras *mental e mentais*.

Para a seleção dos artigos, foram utilizadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), que fazem parte da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); procurando ampliar o campo da pesquisa e minimizar interferências nessa etapa do estudo.

O levantamento realizado nas bases selecionadas teve por critério de busca: os artigos científicos, nacionais, publicados em um recorte temporal de cinco anos, entre 2005 a 2009. Dessa busca, identificou-se 131 resumos de artigos que no seu conteúdo abordavam sobre o tema: *a atenção à saúde mental de pessoas com sofrimento psíquico e seus familiares assistidas pelos profissionais da equipe de saúde da família*. Após leitura destes selecionamos 17 artigos que atendiam os critérios definidos. Destes, 12 artigos foram re-

Em diferentes regiões do país, experiências exitosas vão demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental na atenção básica por meio do matriciamento, como por exemplo, das equipes de apoio ao Programa Saúde da Família...

latos de pesquisas realizadas com um ou mais membros da equipe do PSF, dois relatos de experiência, duas reflexões teóricas e uma revisão da literatura.

Na pesquisa bibliográfica, através da leitura dos artigos selecionados podemos identificar as informações e os dados constantes dos materiais; estabelecer relações entre essas informações de dados e o problema proposto e analisar a consistência das informações e dados apresentados pelos autores. Deve seguir a seguinte ordem: leitura explanatória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa⁽²⁾.

Após leitura dos textos emergiram quatro temas centrais que chamamos de Categorias⁽³⁾. Os temas emergentes e convergentes que determinaram a reflexão sobre as ações desenvolvidas pelas equipes do PSF foram: *visita domiciliar ao doente mental e seus familiares*; *vínculo e acolhimento*; *encaminhamento* e *oficinas terapêutica*.

Os temas que surgiram foram discutidos e analisados com base nos artigos selecionados e conexões com outras referências da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nessa etapa da pesquisa, de posse das categorias, realizamos a análise e a interpretação das informações e dados apresentados pelos autores.

A categoria *visita domiciliária ao doente mental e seus familiares* se destaca, ainda que em vários artigos muitos profissionais das equipes do ESF referissem não atenderem ou desconhecem a existência de doentes mentais em sua área de abrangência. Assim, dentre as ações realizadas pelos trabalhadores, a *visita domiciliária* se destacou entre as mais realizadas por gerar discussões e questionamentos na equipe sobre qual seria a melhor forma de trabalhar, abordar e cuidar destas pessoas e suas famílias.

Durante as visitas domiciliares, os autores referem que os profissionais realizam atividades de acompanhamento no uso adequado da medicação do doente, aquisição de receitas de psicotrópicos, esclarecem dúvidas dos familiares sobre a doença mental e orientações para o manejo de comportamentos do familiar com sofrimento mental, com o objetivo de melhorar o convívio entre os familiares, incluir a família no tratamento e, sobretudo, estreitar o vínculo.

A visita domiciliar, sobretudo, possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores.

A construção do vínculo necessário para o manejo das situações demandadas no domicílio decorrentes de conflitos do familiar com o doente, muitas vezes com a vizinhança, causa efeitos sobre a saúde de toda a família e os serviços e seus trabalhadores não sabem como lidar

ou oferecer suporte necessário⁽⁴⁾ para intervir em situações de crise.

A cronicidade dos conflitos gera modificações no seio da família, decorrente da sobrecarga familiar. Antes do aparecimento da doença, a pessoa contribuía com as atividades financeiras, domésticas e nas responsabilidades e, após a primeira crise, estas atividades que antes eram compartilhadas deixam de ser e os familiares ainda precisam arcar com a responsabilidade de ajudar a pessoa doente em seu tratamento⁽⁵⁾.

A visita domiciliar é definida como um instrumento de realização da assistência domiciliar, sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde⁽⁶⁾.

À equipe de saúde da família cabe reconhecer que o núcleo familiar também precisa de apoio por parte do serviço e que a família tem o papel fundamental para o bom desenvolvimento do cuidado ao usuário.

Em um artigo selecionado, os autores observaram iniciativas importantes no sentido de se dificultar a internação psiquiátrica através do acompanhamento dos egressos, orientações aos familiares e esforços para evitar a medicalização do sofrimento psíquico⁽⁷⁾.

Um especialista⁽⁴⁾, ao estudar os modelos de reabilitação psicossocial, observou que pesquisadores que utilizam a terapia familiar comportamentalista afirmam que este tipo de terapia não previne as recaídas, mas sim obtém uma prorrogação, e que assim a intervenção deve prolongar-se por tempo não previsível.

Portanto, as ações de saúde mental na saúde da família devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O princípio da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e pressupõe a manutenção do doente mental em seu território, ou seja, no seu cotidiano, evitando a internação e, se esta for necessária, que seja de curta duração e preferencialmente em emergência psiquiátrica, possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais.

Os novos conhecimentos adquiridos pelo PSF propõem ações de saúde mental na atenção básica, que determinam modificações no paradigma da assistência psiquiátrica, determinando a desconstrução do histórico distanciamento entre as práticas psiquiátricas excludentes e a atenção primária à saúde⁽⁸⁾, que podem acontecer através da internação do doente mental em seu domicílio.

Um estudo⁽⁹⁾ sobre a assistência domiciliar relata que em documentos do PSF a internação domiciliar é referida como uma prática incentivada pelo programa. Porém, esta não substitui a internação hospitalar tradicional, mas deve ser utilizada no intuito de humanizar e garantir qualidade e conforto ao paciente.

A categoria *vínculo e acolhimento* agrega dois conceitos de grande importância atribuída pelos autores para o desenvolvimento de ações na prestação da assistência ao doente mental e seus familiares na atenção básica.

O acolhimento e o vínculo na atenção básica são eixos norteadores na assistência. Principalmente se desenvolvido ao doente mental, estes proporcionam aos doentes um atendimento humanizado em saúde⁽¹⁰⁾.

Diariamente as equipes de atenção básica se deparam com problemas de saúde mental, pois, segundo dados, cerca de 56% das equipes referem ter realizado ações de saúde mental, o que as torna um importante recurso estratégico para o enfrentamento a este agravo. E o Ministério da Saúde, para o atendimento desta população, julga ser importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica⁽¹¹⁾.

Portanto, os dados encontrados pelo Ministério da Saúde tornam quase que impossível que os profissionais das equipes do PSF não encontrem em sua região de abrangência pessoas nas residências portando algum tipo de transtorno mental.

O Ministério da Saúde teve como objetivo na proposta do PSF reorganizar as Unidades Básicas de Saúde, para que estas, além de se tornarem resolutivas, estabeleçam vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população⁽¹²⁾.

As Equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população ligada por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo⁽¹³⁾.

Através destes vínculos de compromisso com a população, vai sendo incorporada na prática dos profissionais uma apreensão de responsabilidades. Diante do PSF, não é possível passar os casos, mesmo quando se indica uma internação, uma cirurgia ou tratamento de maior complexidade, o paciente continua a ser da equipe, enquanto morar no mesmo bairro. O vínculo e a continuidade exigem lidar com o sofrimento humano, processo para o qual os técnicos não estão preparados⁽¹⁴⁾.

O PSF valoriza os princípios de territorialização, do vínculo com a população, do trabalho em equipe e da participação democrática, participativa e solidária da comunidade de acordo com suas necessidades reais, identificando fatores de riscos e intervindo quando necessário⁽¹⁵⁾.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a priorização dos atendimentos e acompanhamentos das pessoas com doença mental na comunidade implicaram no aumento da demanda destes pacientes nas unidades de saúde. Os

esforços para a assistência das pessoas portadoras de enfermidade psíquica na comunidade vêm crescendo, assim como a preocupação com suas famílias, já que podem vincular problemas sociais, culturais, físicos e psicológicos.

Neste contexto, observamos o envolvimento do PSF com a Saúde Mental, pois suas equipes estão engajadas no cotidiano da comunidade, com enorme vínculo, e ainda propiciando ações de promoção e educação para a saúde na perspectiva da melhoria das condições de vida da população⁽¹⁶⁾.

Assim, a Estratégia da Saúde da Família desenvolve mecanismos capazes de ouvir, escutar e orientar, representando neste sentido a efetivação de princípios do SUS fundamentais no desenvolvimento de suas práticas como a integralidade e a resolubilidade dos problemas encontrados.

Entendemos ser essencial para a inclusão do doente mental a necessidade de proporcionarmos uma forma diferenciada no acolhimento. Sendo assim, torna-se importante entender a equidade como princípio que determina a igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população⁽¹⁷⁾.

Em relação à categoria *encaminhamento dos doentes mentais*, identificamos nos artigos selecionados que os profissionais do PSF realizam os mais variados locais, assim como tipos de encaminhamentos, e são eles: consultas com o médico clínico para o atendimento de queixas físicas, aquisição de receitas para adquirir psicotrópicos e também encaminhamento para consultas especializadas para centro de convivência; para o CAP; para ambulatório, entre outros.

Assim como existem profissionais que facilitam e realizam este tipo de assistência, há outros que se omitem a oferecer estes cuidados ao doente mental ou ainda realizam a *empurroterapia*, encaminhando o doente para outro profissional ou para outro município sem resolução do problema.

No relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, está garantido o direito da assistência que envolva ações de saúde entre municípios polos ou de referência, com a finalidade de evitar ou eliminar a “empurroterapia” que gera a desassistência⁽¹⁰⁾. A rede de cuidado da Saúde Mental está organizada com uma assistência que inclui: centro de convivência, residências terapêuticas, atenção básica, ambulatório, clubes de lazer, entre outros⁽¹⁸⁾.

Outra estratégia desenvolvida que gera encaminhamentos observados nestes artigos é a integração entre a equipe do PSF e os profissionais de Equipes de Saúde Mental. O Ministério da Saúde pretende reestruturar a assistência psiquiátrica, onde preconiza a existência de equipes matriciais de apoio à saúde da família. Apoio matricial é um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população⁽¹⁹⁾.

Procurando amenizar esta demanda de portadores de transtornos mentais na Atenção Básica, o Ministério da Saúde, através da portaria 154/2008, recomenda a contratação um profissional da área de saúde mental para cada NASF⁽¹⁾.

A articulação entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica deve ter como princípios a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção de uma autonomia possível ao usuário e familiares⁽¹³⁾.

O engajamento dos trabalhadores das Equipes da Estratégia Saúde da Família com a Saúde Mental tem resultado em experiências bem sucedidas, demonstrando ser possível a articulação seguindo os princípios do SUS com os da Reforma Psiquiátrica⁽¹⁰⁾.

Com relação à categoria relativa ao tema *oficinas terapêuticas*, estas são referenciadas nos artigos selecionados como as atividades grupais desenvolvidas pela equipe do ESF, das quais os portadores de transtornos mentais participam. Estas são desenvolvidas ou na UBS ou na própria comunidade. São várias as atividades desenvolvidas entre elas: oficinas de artesanato, oficina de trabalhos manuais, grupos de caminhada, terapia comunitária, oficina de pintura, recepção de saúde mental, atendimentos individuais e, quando necessário, incorporação e participação da família.

Um destes artigos afirma que, além das ações de cunho coletivo, a UBS mantém as consultas individuais para os usuários; neste caso, para os que apresentam sofrimento mental e demandam intervenção individual, como proposto pelo Ministério da Saúde através de intervenções terapêuticas individualizadas, respeitando a realidade local e a inserção social⁽²⁰⁾. Há também uma atividade que se refere à possibilidade de expressão subjetiva da equipe, em que se expressam as angústias e o sofrimento.

Outros trabalhos desenvolvem oficinas com atividades manuais que surgiram como ação de saúde mental na UBS e contribuem na efetivação do princípio da humanização no SUS. A humanização no atendimento refere-se à responsabilização mútua entre o serviço de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre a equipe de profissionais e a população⁽¹⁷⁾.

Há oficinas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde na UBS desenvolvendo ações de reabilitação psicossocial e promoção da cidadania, através de atividades como pintura e grupos de caminhada, que suscitam a interação e participação. Incorporam a família na recuperação destes indivíduos. Estas atividades possibilitam a comunicação entre indivíduos e um incremento de sua rede social e de trabalho. Há também oficinas que desenvolvem atividades que possibilitam ganhos financeiros.

Estas atividades desenvolvidas nestes estudos promovem o ensino de habilidades, minimizando os sintomas da desabilitação dos pacientes, assim como melhoram a

qualidade de vida dos familiares e do paciente, e estes são os objetivos propostos para reabilitação psicossocial⁽⁴⁾.

Esta nova modalidade de tratamento determina um processo de construção de um modelo de assistência. Procurando a reabilitação e a convivência do doente mental na sociedade, devemos ajudá-lo a construir sua cidadania, aumentando o seu poder de contratualidade, que se apresenta sobre três cenários: o habitat (casa), a rede social e o trabalho⁽⁴⁾.

O processo terapêutico da Reabilitação Psicossocial ocorre através da construção da necessidade do indivíduo exercer a cidadania, que acontece quando se destrói a cronicidade, aumenta a capacidade contratual do doente com a comunidade e verificam-se quais variáveis influenciam na melhora ou piora do paciente⁽⁴⁾.

Para adquirir a cidadania e estar incluído socialmente, o indivíduo deve ter um poder de contratualidade e esta se apresenta sobre três cenários. O primeiro seria o habitat (casa), que é o espaço onde se vive e onde se tem poder contratual elevado na relação organizacional e na relação afetiva com os outros. O segundo seria o cenário da rede social, onde estaria empobrecida, com poucos vínculos. E o terceiro cenário seria o trabalho, onde tem valor social, num contexto da economia solidária (cooperativa) superando, assim, o referencial do *trabalho protegido*⁽⁴⁾.

Assim, os indivíduos atuam nestes três cenários com poder de trocas, que às vezes apresentam mais habilidade, menos habilidade ou desabilidade, devido a falta do poder contratual. Neste caso, necessitam ser reabilitados⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Com a implantação do SUS concomitantemente com a Reforma Psiquiátrica, diversas mudanças ocorreram no sistema de saúde brasileiro, principalmente no modelo de assistência em saúde mental.

Utilizando-se dos princípios do SUS no que diz respeito à universalidade e à integralidade e na proposta da Reforma Psiquiátrica, observamos nestes artigos que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução. Percebemos que estas execuções das ações de assistência ao doente mental ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor.

Portanto, inovadores dispositivos de tratamento devem ser utilizados, suscitando novas práticas e maneiras que os profissionais devem apropriar-se para desenvolverem uma assistência de maneira integral, rumo à reabilitação psicossocial e à construção de cidadania do doente mental, e ainda buscar conhecimento para dar suporte aos seus familiares.

Observamos que a melhor estratégia para se conseguir êxito na assistência ao doente mental no PSF foi o

investimento na qualificação dos profissionais através de educação e capacitação permanente nesta área.

Apesar de haver um número crescente de trabalhos com essa temática, ainda são incipientes os trabalhos que apresentam soluções concretas para esta problemática.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2010 fev. 15]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
2. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
4. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Cora; 1999.
5. Koga M, Furegato ARF. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: Labete RC, organizador. Caminhando para assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1999. p. 363-75.
6. Lopes JMC, Fernandes CL, Lenz MLM, Heyer MB, Valvassori S. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde: experiência do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição [Internet]. Porto Alegre; 2003 [citado 2010 fev. 15]. Disponível em: http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-content/uploads/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf
7. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):183-93.
8. Ribeiro CC, Ribeiro LA, Oliveira AGB. A construção da assistência à saúde mental em duas Unidades de Saúde da Família de Cuiabá - MT. *Cogitare Enferm*. 2008;13(4):548-57.
9. Rehem TCMSB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para a atenção básica [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2010 fev. 15]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2010 fev. 15]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>
12. Sousa MF, Fernandes AS, Araujo CL, Fernandes MC. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulg Saúde Debate*. 2000;(21):7-14.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília; 2006.
14. Lancetti A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: caderno de texto [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2010 fev. 15]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conf_mental.pdf
15. Costa Neto MM. Educação permanente. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Cadernos de Atenção Básica).
16. Cabral B. Estação comunidade. In: Janete A, Lancetti A, organizadores. Saúde mental e saúde da família. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 137-54.
17. Brasil Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. Brasília; 1999.
18. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília; 2007.
19. Lancetti A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: Lancetti A, coordenador. Saúde mental e saúde da família. São Paulo: Hucitec; 2000. (Saúde e loucura, 7)
20. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec. 2001: 13 – 18.
21. Caçapava JR, Colvero LA, Martines WRV, Machado AL, Aranha e Silva AL, Vargas D, et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n.esp):1256-60.