

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

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA: UMA  
REVISÃO TEÓRICA**

**VANIA FIGUEIREDO COELHO**

**BELO HORIZONTE  
2010**

**VANIA FIGUEIREDO COELHO**

**ACOLHIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA UNIDADE BÁSICA: UMA  
REVISÃO TEÓRICA**

Monografia apresentada como exigência do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

**Orientadora: Paula Cambraia de Mendonça Vianna**

**BELO HORIZONTE  
2010**

Dedico esta Monografia:

À minha mãe Maria Elgita pelo amor e companheirismo.

Aos meus filhos Henrique e Clara pelo carinho.

A minha irmã Tereza pelo apoio e incentivo

**Agradecimentos:**

A orientadora Paula Cambraia pela atenção.

A minha irmã Tereza pela amizade.

Aos meus filhos Clara e Henrique pela compreensão, quando foram privados de minha companhia e fui privado de sua presença tão reconfortante.

A minha mãe Maria Elgita pela tolerância e paciência.

Aos meus amigos e colegas de estudo com quem muito aprendi no decorrer dos últimos meses.

A equipe de saúde da família com a qual trabalhei.

Agradeço a Deus por ter-me dado a saúde e o tempo necessários para a realização de tal empreendimento.

“Cultivar estados mentais positivos como a generosidade e a compaixão decididamente conduz a melhor saúde mental e a felicidade”

Dalai Lama

## RESUMO

A Organização Mundial de Saúde (2001) acredita que os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população em 2020. Em virtude disso, observa-se a importância da melhoria dos serviços de saúde dedicados aos pacientes com transtornos mentais nas diversos âmbitos da saúde. O objetivo desse trabalho consiste em realizar uma revisão teórica sobre saúde mental na atenção básica, identificando a importância do acolhimento como porta de entrada das demandas em saúde mental na atenção básica e contextualizando o critério de responsabilização da equipe de saúde da família nas ações em saúde mental. A metodologia utilizada para esse trabalho foi a seleção de artigos de interesse a partir de levantamentos bibliográfico em acervos do sistema informatizado: Bireme, Scielo, Lilacs, nos sites com dados estatísticos oficiais do governo - Datasus e IBGE e na Biblioteca Joaquim Baeta Vianna (UFMG) em Belo Horizonte. A partir da elaboração dessa revisão foi observado que o acolhimento em saúde pressupõe dar atenção ao indivíduo de maneira que o mesmo se sinta confortável e apto a receber um atendimento ímpar, por meio de parâmetros humanitários, éticos, técnicos e solidários. Sendo assim, o profissional capacitado em prestar um bom acolhimento tem condições de ouvir o paciente de uma forma receptiva, atenciosa e solidária, sendo capaz de promover maior efetividade e eficiência no decorrer do seu trabalho. Concluímos que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica são características essenciais na unidade básica de saúde no país, sendo imprescindível que a equipe de saúde tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos mentais. Para que isso ocorra as equipes de saúde da família devem estar em constante treinamento e interlocução com as equipes de saúde mental.

Palavras Chave: Acolhimento, saúde mental, unidade básica.

## ABSTRACT

The World Health Organization (2001) believes that mental disorders will be the leading second cause of illness of the population in 2020. As a result, there is the importance of improving health services dedicated to patients with mental disorders in different areas of health. The aim of this work is to conduct a literature review on mental health in primary care, identifying the importance of the host as a gateway to the demands for mental health in primary care and contextualizing the criterion of accountability of the health team on family health actions mental. The methodology used for this work was the selection of articles of interest from surveys bibliographic collections in the computerized system: Bireme, Scielo, Lilacs, at sites with official statistics of the government - and Datasus IBGE and the Library Joaquim Baeta Vianna (UFMG ) in Belo Horizonte. From the development of this review it was observed that in health care requires attention to the individual so that it feels comfortable and able to receive a unique service, by assessing humanitarian, ethical, technical and supportive. Thus, the skilled professional to provide a good host is able to listen to the patient in a receptive, attentive and caring, being able to promote greater effectiveness and efficiency in the course of their work. We conclude that the inclusion of the mental health services in primary care are essential features in the basic health unit in the country, therefore, essential that the health team has knowledge and motivation to act for patients with mental disorders, and for this to happen teams must be in constant training with the mental health teams.

Keywords: host, mental health, the basic unit.

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

BDENF - Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CS – Centros de Saúde

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCIELO - Livraria Eletrônica Científica Online

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UPHG - Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

UBS – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2- JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3- METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>4- RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>15</b>
<b>4.1. O Sistema de Saúde:.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2. A Saúde Mental na Atenção Básica:.....</b>	<b>16</b>
<b>4.3. A Reforma Psiquiátrica:.....</b>	<b>17</b>
<b>4.4. O Acolhimento:.....</b>	<b>21</b>
<b>5- PROPOSTA DE ATUAÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>7- REFERÊNCIAS .....</b>	<b>29</b>

## 1 - INTRODUÇÃO

O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/paciente e sua rede social por meio de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o paciente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde (Ministério da Saúde, 2008). Neste sentido, o acolhimento é uma maneira de organização e sistematização que tem como objetivo maior atender os pacientes que procuram os serviços de saúde de uma forma receptiva e atenciosa, considerando o ouvir, o escutar e a resposta ao paciente como valores nesse propósito. Implica prestar um atendimento com responsabilidade e resolutividade, orientando, se necessário, o paciente e a família para outros serviços de saúde, possibilitando uma continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (Ministério da Saúde, 2008).

Acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento na saúde, deve construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a construção da cidadania (BUENO; MERHY, 2002).

Já em relação à saúde mental, observa-se atualmente que os transtornos mentais e comportamentais causam um grande sofrimento individual e social, atingindo 450 milhões de pessoas no mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 25% das pessoas desenvolvem ao menos uma desordem mental em algum momento da vida. Nesta condição, os indivíduos são vítimas de violação de direitos humanos, isolamento social, baixa qualidade de vida e aumento do risco de morte, além do custo econômico e social (OMS, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003), as queixas psíquicas são a segunda causa mais freqüente de procura por atendimento na Atenção Básica. Com essa consciência, a OMS estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica. Recomenda que a prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crônicas do que o tratamento institucional em hospitais psiquiátricos ou clínicas especializadas.

Acredita-se que os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado com o tratamento.

Diante dessa perspectiva e realidade no cenário nacional, o Ministério da Saúde (2003) está nos últimos anos incentivando o acolhimento em saúde mental nas unidades de atenção básica para permitir uma responsabilização compartilhada dos casos, excluindo a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Em 2006, foi lançada a 2ª edição do Acolhimento nas práticas de produção de saúde - Textos Básicos de Saúde – Brasília, e um dos objetivos dessa cartilha foi mostrar a importância de avaliar os riscos e a vulnerabilidade de um paciente que esteja em um sofrimento tanto físico quanto psíquico em uma unidade básica.

Partindo dessa perspectiva, esse estudo se propõe a realizar uma revisão teórica sobre saúde mental na atenção básica, identificando a importância do acolhimento das demandas em saúde mental na atenção básica e contextualizando o critério de responsabilização da equipe de saúde da família nas ações em saúde mental. A partir dessa revisão, serão propostas estratégias de atendimento à saúde mental na atenção básica como forma de estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes com quadros menos graves para a atenção especializada.

## 2 – JUSTIFICATIVA

Diante da crescente demanda pelo atendimento na área de saúde mental e que estas pessoas são de responsabilidade da equipe do programa de saúde da família, muitas vezes, os profissionais de saúde têm convivido com algumas situações no acolhimento a estes pacientes. Por meio de experiências práticas, observa-se que a maioria dos profissionais tem dificuldade de acolhimento a este tipo de clientela, seja por falta de experiência em saúde mental, por não saberem como abordá-los, não decifrarem o que estão necessitando, ou pelo medo de estarem correndo risco de agressão durante o atendimento ou ainda, por não acreditarem que realmente a pessoa está em sofrimento mental e não simulando uma situação para obter algum tipo de ganho.

Por meio da vivência na atenção básica na cidade de Belo Horizonte, já se observa que durante o acolhimento geral realizado diariamente pela equipe de Programa Saúde da Família (PSF) captam-se os portadores de sofrimento mental, ou também por visita domiciliar solicitada por algum familiar ou pelos agentes comunitários de saúde (ACS) da área de abrangência do centro de saúde. Eles chegam ainda por meio de encaminhamentos de outros serviços de saúde que prestam atendimentos em saúde mental. Durante o atendimento da demanda, ouve-se a necessidade da pessoa e quando necessário marca-se uma consulta com o médico generalista, médico clínico ou enfermeiro da equipe. Os casos mais complexos são encaminhados a uma reunião mensal no centro de saúde com a equipe de PSF e a equipe de saúde mental. Nessas reuniões são feitas orientações pelo psiquiatra ao restante da equipe, repasse de casos entre as equipes, e outras informações pertinentes. Os casos menos complexos são atendidos pela equipe de PSF e, em especial, pela equipe de saúde mental que funciona como equipe de apoio ao PSF. Os casos mais complexos são atendidos pela psiquiatra, psicóloga e assistente social.

Esta revisão bibliográfica faz-se necessária, pois por meio de pesquisas, conhecimentos serão adquiridos na área de acolhimento em saúde mental, sendo de extrema importância para as equipes que trabalham com saúde mental nas unidades básicas. Essa revisão possibilitará entender como o acolhimento bem feito pode ser peça fundamental para um atendimento correto e bem sucedido, reduzindo

a sobrecarga de trabalho por parte da equipe de saúde mental e proporcionando um bem social para a comunidade através de um bom acolhimento.

### **3 - METODOLOGIA**

Este trabalho é uma revisão da literatura integrativa recente sobre o acolhimento em saúde mental na atenção básica. Esta revisão abrange artigos científicos nacionais publicados no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2009, assim como cartilhas e recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde do Brasil. As fontes do levantamento bibliográfico foram buscadas em acervos do sistema informatizado, BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SCIELO (Livraria Eletrônica Científica online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil) e na Biblioteca Joaquim Baeta Vianna (UFMG) em Belo Horizonte. Foram utilizadas como indexadores as palavras chaves: saúde mental, acolhimento e unidade básica. Foram selecionados 34 resumos, dentre eles, utilizou-se 21 referências na elaboração desse trabalho, que atenderam aos critérios de inclusão devidos à abordagem da saúde mental na unidade básica.

Os artigos foram catalogados no primeiro semestre do ano de 2010. Durante esse período, foram analisados de acordo com o título e resumo e selecionados os de maior interesse para elaboração dessa pesquisa.

## **4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES**

### **4.1 – O Sistema de Saúde**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi consagrado na Constituição de 1988, tendo como princípios norteadores a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (BRASIL, 1988).

Os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Mediante a adstrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (Brasília, 2003).

Na última década do século XX, em 1994, o Brasil implantou o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi proposto pelo governo federal para implementar a atenção básica. O PSF foi elaborado para ser uma das principais estratégias na reorganização do processo de trabalho nos serviços de saúde, através da reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, na prevenção de doenças e reabilitação, e na promoção à saúde. Esse modelo tem como um dos objetivos proporcionar uma atenção integral às pessoas, respondendo pela acolhida, enquanto capacidade de desenvolver ações para o usuário como um todo, superando as tradicionais ações fragmentárias voltadas exclusivamente para órgãos e sistemas do seu corpo, acesso à atenção para toda a demanda expressa ou reprimida, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais, e responsabilidade pelos problemas de saúde de uma região. (BRASIL, 1996). Verifica-se, portanto, que o objetivo deste modo de pensar em saúde por meio do PSF se insere nas questões relacionadas ao acolhimento de um paciente, seja ela portador de sofrimento psíquico ou não.

Entre os desafios institucionais do Ministério da Saúde frente à atenção básica coloca-se a elaboração de protocolos assistenciais integrados (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação) dirigidos aos problemas mais freqüentes do

estado de saúde da população, com indicação da continuidade da atenção, sob a lógica da regionalização, flexíveis em função dos contextos estaduais, municipais e locais. (BRASIL, 2010).

#### **4.2 – A Saúde Mental na Atenção Básica**

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados. Estão incluídos nesta rede: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. (BRASIL, 2003). Aqueles municípios que não possuem uma população acima de 20 mil habitantes não necessitam ter CAPS. Assim, essas cidades podem começar a estruturar sua rede de cuidados mental a partir da atenção básica.

Diante dos desafios a serem alcançados pelo Ministério da Saúde em relação à atenção básica e a Saúde na Família, observa-se que há muito que fazer e que muito já foi feito quando o problema abordado é saúde mental.

A realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. (BRASIL, 2003). Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes de atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Segundo estimativas internacionais e do Ministério da Saúde (2004), 3% da população brasileira (5 milhões de pessoas) necessitam de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves). Quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, a necessidade de atendimento regular atinge cerca de 6 a 8% da população, embora existam estimativas ainda mais elevadas.



(BRASIL, 2003). De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (2001), os transtornos mentais serão a segunda causa de adoecimento da população em 2020.

Ainda neste contexto, a Atenção Básica, em especial a Estratégia Saúde da Família, tem papel importante na reestruturação e reorganização dos serviços de saúde dos municípios, pois de acordo com o Ministério da Saúde as queixas psiquiátricas são a segunda causa de procura por atendimento na atenção básica pela população, sendo as queixas mais comuns à depressão, a ansiedade, fobias e o alcoolismo. (BRASIL, 2004).

A realidade nos mostra que os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. No entanto uma grande parte de pessoas com sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas. Desse modo, as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. (BRASIL, 2003)

#### **4.3 - A Reforma Psiquiátrica:**

A Reforma Psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental (GONÇALVES; SENA, 2001). A Reforma Psiquiátrica é consequência de uma luta social que dura há mais de 12 anos, e persiste em constante construção. Trata-se de uma grande transformação do atendimento público em Saúde Mental, que proporciona o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Busca-se uma mudança no modelo de tratamento, preterindo o isolamento e apoiando o convívio com a família e a comunidade. Dessa maneira, o atendimento é feito em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência. Esse modelo caracteriza-se por ser essencialmente público, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. As

internações, quando necessárias, são realizadas preferencialmente em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. Há uma tendência para que os hospitais psiquiátricos deixem de existir e sejam substituídos com o passar dos anos. (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Saúde Mental propõe ao governo brasileiro reduzir de forma pactuada e programada os leitos psiquiátricos; assim como qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementando uma política de atenção integral voltada a usuários de álcool e outras drogas. Outra proposta do Ministério é promover direitos aos usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, e garantindo um tratamento digno e de qualidade ao louco infrator.

Com o incentivo e ações voltadas para o início da reforma psiquiátrica alguns objetivos passam a ser alcançados. Dentre eles, observa-se o processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação. Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica tornaram-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganhou grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, que instituíram mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. (OMS, 1990). Alguns marcos importantes devem ser destacados no processo de reforma psiquiátrica. Em relação ao fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, verifica-se que eram mais de 100.000 leitos em 313 hospitais no início dos anos 80; em 2006 eram 44.067 ainda cadastrados no SUS, em 231 hospitais. Em 2009 o número de leitos reduziu para 35.426 e o número de hospitais psiquiátricos nesse ano é de 208. (BRASIL, 2009) Esse dado demonstra que o número de leitos foi reduzido em mais da metade e está ocorrendo uma redução progressiva no decorrer dos anos. Quanto à implantação da rede substitutiva, em 1996, havia 154 CAPS cadastrados junto ao Ministério da Saúde; em 2006, já eram 612 (MINAS GERAIS, 2006) e em 2010 a quantidade total de CAPS no Brasil subiu para 1513, sendo que Minas Gerais é o terceiro estado em quantidade de CAPS, com 153 unidades. (BRASIL, 2010)

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. (GONÇALVES; SENA, 2001).

Tem-se observado nos últimos anos um modelo de atenção que consiste em um modelo aberto e de base comunitária, transformando conceitos históricos centrados na referência hospitalar. Apesar dessa evolução no sistema, isso não quer dizer que o país vive um momento ideal em relação a saúde mental na atenção básica, tampouco nas outras esferas da saúde. Tem-se ainda muito a evoluir nesse sistema, que ainda está em uma fase inicial de implantação nos municípios brasileiros.

Um dos instrumentos da Reforma Psiquiátrica é o Programa de Volta para Casa, que foi promulgado em 31 de julho de 2003 através da Lei Federal 10.708 que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial a pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas. O objetivo deste programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania. O programa conta hoje com 2600 beneficiários no território nacional. (BRASIL, 2010).

A criação dos Leitos de Atenção Integral é uma iniciativa que pretende se expandir e substituir a internação em hospitais psiquiátricos convencionais. O objetivo desses leitos é ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. Os leitos de atenção integral são todos recursos de hospitalidade e de acolhimento noturno articulados à rede de atenção à saúde mental, como por exemplo: leitos de Hospitais Gerais, de CAPS III, das emergências gerais, dos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas. (BRASIL, 2010).

No ano de 2009 foram capacitados 200 profissionais na área de saúde mental para trabalhar com as Equipes de Saúde da Família. A atenção básica/Saúde da Família é a porta de entrada preferencial de todo o Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. O objetivo é resgatar a particularidade de cada usuário, a responsabilidade pelo tratamento. É uma aposta na atuação como ator principal o paciente e nessa situação tenta-se romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que a medicação é a 'única' responsável pela melhora. Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, o profissional da saúde mental participa de reuniões de planejamento das equipes de Saúde da Família (ESF), realiza ações de supervisão, discussão de casos, atendimento compartilhado e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação. Tanto o profissional de saúde mental, quanto a equipe se responsabilizam pelos casos, eles promovem discussões conjuntas e intervenções junto às famílias e comunidades. (BRASIL, 2010).

A Reforma formula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura. O sucesso da Reforma depende, portanto, de novas formas de clinicar e praticar o tratamento, e supõe que o trabalhador em saúde, seja ele específico em saúde mental ou não, esteja preparado para realizar essas atividades. Sabe-se, entretanto, que entre a teoria e a prática há uma distância que nem sempre se revela nos relatórios oficiais encaminhados, periódica e sistematicamente ao Ministério da Saúde. (BERLINK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008)

Para que a Reforma Psiquiátrica se propague no território nacional, é necessário que o acolhimento não fique restrito à apenas uma esfera no serviço de saúde. A unidade básica pode atuar de maneira conjunta com os trabalhadores da saúde mental, aproximando os pacientes com transtornos mentais do serviço destinado a toda população por meio do exercício de um acolhimento de qualidade e de comprometimento com a comunidade assistida. Destaca-se que o acolhimento não é o único determinante para a implantação da reforma, e sim um deles.

#### **4.4 - O Acolhimento**

Em todos os níveis da assistência, o acolhimento, certamente, é a dimensão primeira. Do porteiro ao motorista, do auxiliar administrativo ao funcionário da limpeza, da equipe técnica, enfim, de todos que participam do processo de trabalho em um serviço de saúde, acolher é o primeiro e indispensável passo para um atendimento correto e bem sucedido. (MINAS GERAIS, 2003).

O *Acolhimento* busca a intervenção de toda a equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta e resolução do problema do usuário. A proposta é realizar uma mudança no fluxo de entrada, de forma a não mais ocorrer de forma unidirecional (quando se agenda para o médico todos os pacientes que chegam). Toda a equipe participa da assistência direta ao usuário. O fazer em saúde, seja nas relações interpessoais (dos profissionais com os usuários e dos profissionais entre si), ou no diagnóstico e terapêutica, passa ser o resultado da complementação dos saberes e práticas específicos e comuns das diversas categorias, assim como da interpenetração crítica desses diversos saberes e práticas. (MALTA et al, 2000)

A escuta do usuário, o diagnóstico e a prescrição, a realização de procedimentos, o ministrar de cuidados, não mais se dariam em operações isoladas e desarticuladas, mas como resultado da integração das atividades e da parceria de todas as categorias. Portanto, o médico estaria na supervisão e na retaguarda, interagindo com os demais profissionais. O *Acolhimento* consiste ainda em uma etapa do processo de trabalho, ou seja, o momento de recepção dos usuários e as possibilidades de resposta. (MALTA et al, 2000).

Tais constatações levam à reflexão de que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2003).

Leite et al (1999) afirmam que, para humanizar a relação serviço x profissional de saúde x usuário, não basta considerar a questão da responsabilidade, do respeito, pressupostos para a realização da assistência. É necessário ultrapassar essa visão afetuosa da atenção e discutir o modo como os trabalhadores se relacionam com seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento de indivíduos e da coletividade. (LEITE; MAIA; SENA, 1999)

Em um estudo realizado por Coimbra (2003), foi observado que o acolhimento agiliza os atendimentos, ele acaba com as chamadas “filas de espera”, as consultas

para os profissionais são marcadas o mais breve possível, mesma que muitas vezes ultrapasse o número de atendimento estipulados para o dia. Dessa maneira, a autora concluiu que esse cuidado faz com que o usuário não perca o vínculo que começou a ser construído. Nesse mesmo estudo, a autora observou que o acolhimento foi a primeira etapa de uma séria de intervenções, que possibilitaram os usuários a entender a sua doença, e a voltar a ter qualidade de vida.

O acolhimento foi implementado em 1995 na rede pública municipal de Belo Horizonte, tendo como objetivos norteadores a construção de processos efetivos de acolhimento dos usuários na recepção dos serviços de saúde. O início da implementação deu-se ao final de 1995, com 6 Centros de Saúde participantes. No ano de 1996 ampliou-se para 67, sendo apenas 7 CS em 1997, totalizando até julho de 1997, 74 CS implantados. Chama a atenção que mesmo sem grande impulso institucional, o acolhimento aos adultos foi desencadeado pela própria rede básica, forçando as áreas técnicas a repensarem estratégias, formularem protocolos e treinamentos, afim de responder à demanda da rede. (MALTA et al, 2000).

O acolhimento é um sistema que se mostra dependente de toda a equipe do centro de saúde. Malta et al (2000) elaboraram um questionário para realizar um trabalho, cujo objetivo foi descrever alguns dos dispositivos do Planejamento que foram implantados na Secretaria Municipal de Saúde em Belo Horizonte (1994-1996), visando a mudança do processo de trabalho nas unidades básicas de saúde. Foi observado em um dos questionários que da composição da equipe do Acolhimento desde a recepção ao usuário participaram categorias profissionais diferenciadas. Os auxiliares e enfermeiras participaram de forma preponderante, 95,58 e 87,78% respectivamente. Os médicos em cerca de 34% das equipes, tendo sido discutido mais o seu papel na retaguarda, apoiando as equipes com o conhecimento específico. A participação de outros profissionais nas equipes (assistentes sociais, psicólogos e outros) foi em torno de 46,67%. Esses números devem ser avaliados enquanto integração processual da equipe, em trabalho multiprofissional. Na prática, a reivindicação da enfermagem quanto à necessidade de ampliar a participação dos demais profissionais especialmente dos médicos na recepção e retaguarda ao usuário, sempre foi constante no processo.

De acordo com dados dos Centros de Saúde de Belo Horizonte, em julho de 2007 em uma pesquisa realizada por Malta et al (2000), a Saúde Mental implantou o

acolhimento em 35,6% dos Centros de Saúde ou em todos aqueles onde existia a equipe de Saúde Mental.

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico. (BRASIL, 2003).

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. (BRASIL, 2003) Dessa maneira, é imprescindível uma relação estreita da atenção básica com a saúde mental.

No que diz respeito ao acolhimento em saúde mental, existem duas maneiras do paciente ser acolhido. Uma das opções é procurar um serviço específico de Saúde Mental, como um CAPS ou CERSAM; a outra opção seria chegar em outro tipo de serviço de Saúde, como unidades básicas, centros de saúde ou hospitais gerais. (MINAS GERAIS, 2003).

O acolhimento na unidade de Saúde Mental dar-se-á de acordo com os verdadeiros princípios do acolhimento já citados. No entanto, quando se trata de pacientes que chegam a unidades básicas de saúde alguns usuários de Saúde Mental podem ser tido como pessoas difíceis de lidar pelos profissionais de saúde que trabalham naquele local. É nesse momento que o trabalhador de saúde tem de desenvolver uma maneira de lidar com essas pessoas, sejam elas portadoras de sofrimento mental ou não. Um pouco de tolerância e um pouco de firmeza costumam resolver essas situações. O que não é correto é encaminhar estas pessoas para a Saúde Mental meramente como forma de passar o problema adiante. (MINAS GERAIS, 2003).

Considerando que o paciente não se encontra em um estado grave, o profissional de saúde que recebeu o paciente na unidade básica deve escutá-lo e tentar avaliar o motivo real da chegada desse paciente nessa unidade. A partir de uma conversa inicial, de um melhor entendimento entre paciente e profissional, este deverá prosseguir o caso de uma maneira um pouco mais fundamentada. É inaceitável nessa situação o trabalhador não ouvi-lo, e tampouco deixar de realizar atitudes que poderiam ser benéficas para o paciente naquele momento.

O fato de que o usuário ou seu familiar chegue ao serviço solicitando atendimento na Saúde Mental não significa que essa seja a melhor opção para ele. Quando alguém traz uma queixa de “depressão”, ou mostra uma receita de medicação psiquiátrica, isto não quer dizer necessariamente que se trate de um portador de sofrimento mental: afinal, muitas pessoas que estão atravessando um momento difícil de suas vidas são equivocadamente diagnosticadas assim. Portanto, não só o acolhimento, mas também o acompanhamento dessas pessoas muitas vezes podem ser feito pelas equipes dos Programas de Saúde da Família. (MINAS GERAIS, 2003)

Em um estudo realizado por Caçapava (2008), foi observado que existem alguns conflitos entre a unidade básica de saúde e os centros especializados de saúde mental, no sentido de não ocorrer a articulação e interação necessária entre ambos os sistemas, impossibilitando reuniões técnicas proveitosas e dificuldades no trabalho em grupo.

Outra dificuldade encontrada pelos profissionais da Unidade Básica, relatada por Caçapava (2008), refere-se a grande demanda de usuários com sofrimento psíquico que chegam à UBS e o número de vagas insuficientes para atendê-los de maneira acolhedora, o que traz um sentimento de angústia e impotência a esses profissionais.

De maneira geral, não convém deixar o acolhimento dos portadores de sofrimento mental apenas a cargo da equipe de Saúde Mental, separando-o do acolhimento dos outros usuários. Contudo, deve-se ressaltar que: a qualquer momento, o técnico de Saúde Mental pode e deve ser chamado para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento, participar de uma avaliação. (MINAS GERAIS, 2003).



## 5 - PROPOSTA DE ATUAÇÃO:

Como uma medida estratégica de melhoria na atenção à saúde mental na unidade básica deve-se inicialmente motivar e fornecer conhecimento ao gestor e toda a equipe de profissionais dessa unidade para que de fato fique convencido que a implantação do acolhimento em saúde mental no serviço seja uma medida satisfatória para a comunidade assistida. Nesse processo é imprescindível o “acolhimento” da idéia pelo gestor e equipe. É o gestor, com toda sua capacidade de liderança, de motivação às equipes, de delegação de funções e cargos, que deve prevalecer a responsabilidade maior. O processo de trabalho em uma situação inovadora e descentralizadora como é o acolhimento em saúde na unidade básica é um instrumento de difícil manejo e dificuldade para o sucesso, e para isso, é necessário a visão de um gestor que acredite e repasse esse ideal para toda a sua equipe de trabalho, contextualizada pelos agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, dentistas, médicos e secretária.

Outra estratégia interessante é convidar as equipes de saúde mental dos respectivos municípios para proporcionarem capacitação em saúde mental aos profissionais da saúde da família, com a intenção de assegurar resolutividade aos casos atendidos, e qualidade da assistência prestada à população. No entanto, a implantação e qualificação destas equipes é um desafio em todo o país, mas sua efetivação constitui avanço fundamental no processo de consolidação das mudanças no cuidado em saúde mental.

A partir da motivação de toda a equipe de saúde da unidade básica pelo exercício de um acolhimento em saúde mental de qualidade, os gestores devem incentivar a realização de visitas pela própria equipe a outras unidades que já possuem um acolhimento satisfatório. A realização de cursos teóricos não são suficientes para o aprendizado da equipe. É necessário que a equipe de saúde observe o processo de acolhimento a partir de uma boa experiência, e concilie o aprendizado teórico com a prática observada, sendo capaz de exercer críticas sobre o desenvolvimento do acolhimento naquela unidade de saúde observada e conseqüentemente proporcionar um acolhimento de qualidade aos pacientes com transtornos mentais na unidade básica de origem.

É importante ressaltar que para o sucesso do acolhimento em saúde mental na unidade básica não basta a motivação do gestor, e o interesse de um enfermeiro,

um agente comunitário de saúde. É necessário que todos os integrantes da equipe da unidade básica estejam empenhados, interessados, e disponíveis para aprender e praticar o acolhimento na unidade. No exercício do acolhimento não existe aquele profissional que tenha maior importância que o outro, pelo contrário, todos são de igual importância e responsáveis por preservar e fortalecer os laços sociais do usuário no seu território. Caso um membro da equipe não exerça o acolhimento de forma integral, esse membro pode ser o responsável pelo insucesso do processo de acolhimento de um usuário e do sistema.

A extensão da cobertura em saúde mental a um maior número de usuários na unidade básica e por consequência a redução no número de encaminhamentos de pacientes com quadros menos graves para a atenção especializada está diretamente relacionada à estratégia de melhoria no serviço de acolhimento a saúde mental. Pode-se dizer que um bom acolhimento, com o decorrer da experiência e do tempo, é capaz de agilizar o atendimento, reduzindo o tempo de espera na fila dos pacientes, contribuindo para a qualidade e também para a aquisição de novos pacientes com transtornos mentais menos complexos pela unidade básica.

Antes de realizar o acolhimento propriamente dito, é necessário reconhecer o usuário que necessita e/ou procura esse serviço, seja um adolescente usuário de drogas e/ou álcool, um adulto com um transtorno mental ou um idoso depressivo, implicando uma necessária ação de acolhimento, e tomando em sua responsabilidade o agenciamento do cuidado, seja pelo próprio serviço ou por meio de encaminhamento, caso realmente se faça necessário.

Deve-se destacar a importância da unidade básica de saúde ao promover reuniões com os familiares dos usuários portadores de sofrimento psíquico em uma tentativa de prestar um acolhimento não só aos pacientes que sofrem com a doença, mas também aos familiares que estão acompanhando esses pacientes nos vários momentos de sua vida, contribuindo para o aprendizado da sociedade em relação a vários transtornos psíquicos e conseqüentemente provocando uma humanização da comunidade assistida.

## 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constata-se, pela presente pesquisa, que a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica é essencial para o cuidado integral na unidade básica de saúde no país. A compreensão e capacitação dos profissionais de saúde que trabalham nas unidades básicas em saúde mental tornam-se, cada vez mais, instrumentos de importância ímpar para uma prática com qualidade e responsável por atender o paciente de uma forma acolhedora e eficiente. Por meio das referências citadas no artigo, observa-se que o manejo e a inclusão dos pacientes com transtornos mentais já são realidades em alguns municípios do Brasil e tendem ao crescimento com o decorrer dos anos. Para que esse crescimento ocorra, é necessário o constante apoio das três esferas de governo: municipal, estadual e federal, assim como um apoio incondicional dos gestores de saúde. É imprescindível que a equipe de saúde tenha conhecimento e motivação para atuar frente aos pacientes com transtornos mentais, e para que isso ocorra as equipes devem estar em constante treinamento com as equipes de saúde mental.

Dessa maneira, a nossa proposta consiste em intensificar o estímulo ao trabalho interdisciplinar, como preconizam as diretrizes do SUS. Com um trabalho conjunto, pode-se aprender mais e repassar o aprendizado na forma de excelência e qualidade no serviço para os pacientes em se tratando de acolhimento. Por isto, sugerimos a interdisciplinaridade como sendo um instrumento indispensável ao acolhimento, uma vez que estimula a ruptura das especialidades, simultâneo à melhor preparação das equipes para o exercício da diferença.

Observa-se que a implantação do acolhimento possibilita o resgate dos princípios do SUS. A relação com os usuários, a relação entre equipes de saúde e com a gestão foram melhores observadas a partir dessa mudança no processo de trabalho em saúde, contribuindo para uma saúde que atue tanto na promoção quanto na prevenção e tratamento de maneira igualitária.

Vimos que o processo de acolhimento, ao mesmo tempo em que contribui para uma melhora no atendimento inicial ao paciente, não é suficiente para resolver os problemas vinculados aos transtornos mentais. Estamos vivenciando a implantação da Reforma Psiquiátrica, que propõe a desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação e várias outras ações que podem atuar conjuntamente com o acolhimento em saúde mental na unidade básica para

potencializar a qualidade do serviço prestado ao portador de transtorno mental, sob as diretrizes da liberdade, cidadania e reabilitação psicossocial.

Por fim, consideramos que o acolhimento em saúde mental pode estabelecer vínculos entre o profissional de saúde e o usuário, de maneira que a escuta esteja presente e de modo que esta relação possibilite a inclusão do paciente como co-responsável pela sua saúde, proporcionando a construção de sua autonomia como cidadão.

## 7 - REFERÊNCIAS:

BERLINK, Manoel T; MAGTAZ, Ana C; TEIXEIRA, Mônica. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas**. São Paulo: Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.11 no.1 Mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. Brasília**; Série B. Textos Básicos de Saúde, 2ª Ed. 2008, 44p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude\\_2\\_ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2_ed.pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2010a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 08 jun. 2010b

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo da Saúde, Brasília: Senado, 1988. 168p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é Reforma Psiquiátrica**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=33929](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929)>. Acesso em: 10 jun. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Volta para Casa – Residências Terapêuticas**. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/residencias.html>>. Acesso em: 18 jun. 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde – SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**. Brasília; 1996. 91p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 7p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 09 Jun. 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília; 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2010

CAÇAPAVA, Juliana Reale. **O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia do trabalho em equipe**. São Paulo: Universidade de São Paulo: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, dez. 2008, 123p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-05052009-121722>. Acesso em: 19 jun. 2010.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. Ribeirão Preto: 2003. 190f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 27p.

FRACOLLI, Lislaine A; BERTOLOZZI, Maria R. **A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem**. Ministério da Saúde. Manual de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde: 2001. 4p.

GONÇALVES, Alda M; SENA, Roseni R. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. [S.I.]. Rev Latino-Am Enfermagem,; p 48-55, mar 2001

LEITE, Juliana C. A; MAIA, Carmem C. A; Sena, Rosângela R. **Acolhimento: Perspectivas de Reorganização da Assistência de Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v.52, n.2, P.161-168.abr/Jun.1999.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.24, n. 56, p. 2134, set/dez 2000.

MERHY, Emerson E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec 3ª Ed, 2002. p145, Saúde em Debate.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Belo Horizonte: Casa de Editoração e Arte, 1ª Ed, 2006. p238.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Questões do acolhimento: sem medo de responder**. Belo Horizonte: Sirimim, ano II, número 1, set/out 2003. 4p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE-OPS/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-OMS. **Declaração de Caracas. Conferência Regional sobre**

**reestruturação da atenção psiquiátrica no contexto dos sistemas locais de saúde**; Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1990. 5p.