

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA - DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

THAIS GRÜBEL ROYES

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:  
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA 2004-2014**

Porto Alegre

2015

THAIS GRÜBEL ROYES

**AÇÕES EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:  
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA 2004-2014**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof. Dra. Roberta Alvarenga Reis

Porto Alegre

2015

(...) Eu segurei minhas lágrimas,  
Pois não queria demonstrar a emoção,  
Já que estava ali só pra observar  
E aprender um pouco mais sobre a percepção,  
Eles dizem que é impossível encontrar o amor  
Sem perder a razão,  
Mas pra quem tem pensamento forte,  
O impossível é só questão de opinião.  
E disso os loucos sabem, só os loucos sabem (...)

(Só os loucos sabem – Chorão e Thiago Castanho)

## RESUMO

O presente trabalho faz uma revisão da literatura atual sobre a organização das ações que têm sido realizadas na atenção básica para dar conta das demandas de saúde mental. O principal intuito deste estudo foi compreender como a política de saúde brasileira está organizada para a atenção à saúde deste grupo populacional. Para alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, nos idiomas português e inglês, em artigos publicados entre 2004 e 2014, nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Inicialmente, foram localizados 74 artigos com assunto referente às palavras-chave “Saúde Mental”, “Atenção Primária à Saúde” e “Sistema Único de Saúde”, devidamente cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da BIREME – destes, 17 foram utilizados na revisão. Os resultados mostram que as produções científicas com esta temática vêm sendo desenvolvidas, porém ainda não é possível identificar um padrão nas ações oferecidas – visto que cada gestão e cada local tem a liberdade para definir como e o que será oferecido. Ainda, observa-se o fortalecimento do apoio matricial e o reconhecimento da importância das ações de saúde mental na atenção básica e também a educação permanente dos profissionais para que estes estejam capacitados e possam oferecer cuidado integral e de qualidade aos usuários com sofrimento psíquico. Conclui-se, a partir dos resultados, que o atendimento nos serviços de atenção primária, por meio do Sistema Único de Saúde, ainda não está adequado à realidade e às necessidades dessas pessoas. Os serviços são ofertados de maneira não uniforme e, em alguns locais, ainda de forma muito elementar, não trabalhando todas as potencialidades dos pacientes e, por vezes, limitando-se à renovação de receitas.

**Palavras-chave:** Saúde Mental (Mental Health); Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care); Sistema Único de Saúde (Unified Health System).

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados sobre o tema proposto.....	22
Quadro 2 – Artigos indexados de forma discordante com os unitermos de busca.....	25

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB = Atenção Básica

AM = Apoio Matricial

APS = Atenção Primária à Saúde

CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

ESF = Estratégia Saúde da Família

NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS = Organização Mundial da Saúde

SciELO = Scientific Electronic Library Online

SF = Saúde da Família

SM = Saúde Mental

SUS = Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>07</b>
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	09
1.2 JUSTIFICATIVA.....	09
1.3 OBJETIVOS.....	10
<b>1.3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>10</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>11</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO .....</b>	<b>12</b>
3.1 REVISÃO TEÓRICA .....	12
<b>3.1.1 Política Nacional de Saúde Mental.....</b>	<b>12</b>
<b>3.1.2 Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipe de matriciamento.....</b>	<b>17</b>
3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	22
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946, p. 7), a saúde é definida como “um estado de bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”. Essa pioneira definição já colocava em pauta a complexidade de se definir saúde. Hoje, já se avançou muito em relação a esse conceito. Levam-se em consideração todas as circunstâncias da vida do sujeito e essas são definitivas para ser ou não saudável/ter ou não saúde.

Portanto, fica evidente que a saúde mental (SM) é uma parte constituinte da integralidade da saúde – e é a saúde mental que permite desenvolver e realizar as capacidades cognitivas, afetivas e relacionais. Como campo de conhecimento e atuação, é complexa e intersetorial, pois envolve diversas áreas do conhecimento.

Mesmo com sua importância para o desenvolvimento do bem estar e equilíbrio da saúde das pessoas, a saúde mental é deixada de lado, historicamente, pelos governos no que se referem a programas, serviços e investimentos. As consequências desse descaso são facilmente percebidas na incidência crescente de doenças como a depressão e a esquizofrenia e no consumo abusivo de substâncias psicoativas, elevando o número de pessoas incapacitadas ou afastadas das atividades laborais, além da exposição às situações de vulnerabilidade (SILVEIRA, 2009).

Camatta (2010) faz uma importante reflexão sobre a necessidade de se fortalecer a atenção em Saúde Mental, tendo em vista a situação que os dados epidemiológicos de nosso país mostram. Ressalta ainda que esses dados dão conta das questões caracterizadas como transtorno psiquiátrico (diagnóstico médico) – o que é apenas uma parcela do sofrimento psíquico das pessoas.

O Brasil, nas últimas décadas, vem inserindo um novo modelo de atenção à saúde mental. Desde a criação do SUS, as condições para uma nova política de saúde mental tem-se estabelecido. Pelo fato de ser bastante recente, essa nova política ainda está em fase de implementação e conta com alguns pontos a serem melhor desenvolvidos – tais como as atividades de prevenção e promoção (CAMATTA, 2010).

Esses novos paradigmas em saúde mental estão preconizando a prevenção e a participação comunitária, reivindicando um modelo de clínica ampliada que possibilite entender os vários determinantes (culturais, sociais, econômicos, subjetivos, etc.) que interferem na produção do sofrimento psíquico e nos processos de adoecimento e cura (NEVES et al., 2012).

Quando se estuda a proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da reforma psiquiátrica, nota-se coerência em seus discursos, visto que esses modelos têm um olhar abrangente sobre o sujeito e o processo saúde e doença (CAMATTA, 2010).

Sabe-se que transitar pelo espaço público convivendo com outras possibilidades de vida e de tratamento ainda é uma utopia na atenção à Saúde Mental. Deve-se observar, nesse contexto, que, se a Atenção Básica deixa de ser a porta de entrada para os usuários de saúde mental, tanto os serviços substitutivos como os hospitais psiquiátricos passam a representar, muitas vezes, a única via possível de acesso ao sistema de saúde, um retrocesso em relação ao que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica (SILVEIRA, 2009).

A construção da política de Saúde Mental é um desafio ainda presente. Reconhecem-se os avanços significativos nesse processo, que, em sintonia com o projeto de democratização da sociedade brasileira, afirma que o caminho percorrido pela Reforma Psiquiátrica deve ser irreversível. Assinala-se que, embora haja modificações e técnicas de humanização na assistência, a lógica manicomial de exclusão e segregação ainda não foi totalmente superada (SILVEIRA, 2009).

O presente estudo está organizado da seguinte forma: primeiramente, apresenta-se a justificativa, objetivos e procedimentos metodológicos para a execução deste. Após, uma breve revisão sobre a política brasileira de saúde mental, atenção básica, estratégia saúde da família, núcleo de apoio à saúde da família e equipe de matriciamento. A seguir, apresentam-se os resultados e, por fim, as considerações finais apontadas a partir do conteúdo trabalhado na análise. Este trabalho não quer nem pretende encerrar a discussão sobre o assunto, mas, sim, fomentar novas discussões para que os trabalhadores da saúde prossigam na construção de uma

lógica da atenção ao usuário da Saúde Mental que favoreça verdadeiramente a sua reinserção social.

### 1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

- Como as ações em saúde mental na atenção básica brasileira estão descritas nos artigos dos últimos 10 anos (2004-2014)?

### 1.2 JUSTIFICATIVA

Em tempos de efetiva aplicação da Lei da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário maior estudo acerca dos dispositivos atuais disponíveis para darem conta dos problemas de saúde mental da população. Visto isso, é pertinente que se pesquise mais a respeito dessas ações.

No Brasil, desde o início da organização da psiquiatria, os doentes mentais não tinham direitos garantidos e perdiam a credibilidade de todas as pessoas do seu entorno - poder público, judicial, familiares, sociedade como um todo. Nessa época, o doente mental representava uma figura passiva que, uma vez que recebeu o diagnóstico/rótulo de doença mental, sempre seria tratado como um excluído, sem direitos de cidadão (CANABRAVA et al., 2010).

A assistência em saúde mental no Brasil ao longo dos tempos aliou o isolamento com a cronicidade, sendo que os termos loucura, alienação, insanidade, demência e, recentemente, transtorno mental surgiram influenciados pelos fenômenos históricos, sociais e políticos. Estes, conseqüentemente, repercutiram nas formas de conceber o doente mental e na instituição dos modelos de tratamento. Nesse cenário vêm ocorrendo significativas mudanças decorrentes do movimento da Reforma Psiquiátrica em que se constatam também discussões a respeito dos modos de tratamento e da relação entre pessoas com transtorno mental, sociedade e profissionais da saúde (BRASIL, 2004).

Antes da Lei da Reforma psiquiátrica, havia somente os hospitais psiquiátricos e ambulatórios de saúde mental. Após a aprovação da lei da Reforma (Lei nº 10.216/2001) e da Portaria do Ministério da Saúde nº 336 (2002), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são estabelecidos assim como o aumento dos leitos em Hospital Geral, com o objetivo de eliminar os Hospitais Psiquiátricos.

Diante do atual cenário, é preciso conhecer e auxiliar na qualificação dos dispositivos para reforçar as estratégias de tratamento extramuros. A formulação de políticas para a atenção básica que englobem o cuidado em saúde mental serve para firmar o direito do usuário de encontrar em sua unidade de referência uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção.

### 1.3 OBJETIVOS

#### **1.3.1 Objetivo geral**

- Revisar a literatura relativa às ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental desenvolvidas na AB no período entre 2004-2014;

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar as formas de inserção do usuário da Saúde Mental na rede de serviços de saúde;

- Descrever as formas de integração das ações de Saúde Mental na Atenção Básica, a partir dos princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica e documental de cunho exploratório, pois, segundo Gil (2010), considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. Além disso, classifica-se como exploratório, pois objetiva proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas (GIL, 2007).

Foram selecionados os artigos que abordam a temática dentro do período definido (últimos 5-10 anos – 2004-2014) nas bases de dados do SciELO e periódicos CAPES, nos idiomas português e inglês. Além disso, documentos e legislação que regulamentam os assuntos pertinentes também foram analisados e considerados. Após esta primeira busca, foi realizada uma seleção dos materiais mais relevantes para o estudo.

Critérios de inclusão de artigo no estudo:

- Palavras-chave: Saúde Mental (Mental Health); Atenção Primária à Saúde (Primary Health Care); Sistema Único de Saúde (Unified Health System);
- Teses e artigos completos, gratuitos e originais, publicados entre 2004 e 2014;
- Temática a respeito da Saúde Mental na Atenção Básica e/ou que respondam a questão de pesquisa;
- Relevância para o estudo.

Critérios de exclusão:

- Artigos que não estavam disponíveis de forma completa e gratuita, ou que estavam fora do período selecionado;
- Estudos que não envolvam a temática proposta e/ou com pouca relevância.

Por tratar-se de uma revisão bibliográfica e documental, não houve impedimentos de natureza ética para a realização da pesquisa, não sendo necessário requerer aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa.

### **3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO**

#### **3.1 REVISÃO TEÓRICA**

##### **3.1.1 Política Nacional de Saúde Mental**

A atenção em saúde mental no sistema de saúde brasileiro, assim como em diversos outros, tradicionalmente apostava na institucionalização do sujeito em hospitais psiquiátricos, isolando-o socialmente e também de seu convívio familiar. Esse modelo surgiu na França no século XVIII e promovia a exclusão da pessoa em sofrimento psíquico com o objetivo de proteção da sociedade (CAMATTA, 2010).

Atualmente, no mundo, há mais de 400 milhões de pessoas afetadas por distúrbios mentais ou comportamentais. Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que cinco das dez principais causas de incapacidade em adultos possuem relação com problemas de saúde mental. Por isso, as doenças psiquiátricas como a Esquizofrenia, Depressão Maior e Transtorno de Humor Bipolar são consideradas importantes problemas de saúde pública (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

O início da Reforma Psiquiátrica Brasileira acontece juntamente com a redemocratização do País, quando uma série de denúncias, por meio da mídia, sobre a assistência prestada aos doentes mentais nos manicômios apontava para a superlotação, o número insuficiente de profissionais e as perversas condições de vida dentro dessas instituições psiquiátricas. Essas denúncias provocaram discussões acirradas, porém com resultados positivos, evidenciando a necessidade de humanização da assistência psiquiátrica (SILVEIRA, 2009).

O Caderno de Atenção Básica número 34 é inteiramente dedicado à Saúde Mental (BRASIL, 2013) e traz conteúdos importantes para a contextualização do momento em que estamos vivendo. A política de saúde mental brasileira atual é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da Saúde iniciada em meados da década de 80, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi

impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países da Europa na substituição de um modelo de saúde mental hospitalocêntrico por um modelo de serviços comunitários com inserção territorial. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa principalmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica.

Ainda na década de 1980, os municípios iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seus territórios. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, saindo da lógica de controlar apenas sua sintomatologia - isso implica em organizar serviços abertos, com a participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (assistência social, educação, moradia, trabalho, cultura etc.) (BRASIL, 2013).

Normativas federais passam a regular e estimular a rede de serviços de base territorial. Em 2001, é sancionada a Lei nº 10.216, que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de Estado. Na década de 2000, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (RAPS), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde (BRASIL, 2013).

Também em 2001, no mês de Dezembro, realizou-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental, denominada “Cuidar, sim. Excluir, não. – efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, configurando-se como um momento oportuno e fundamental para a avaliação da Reforma Psiquiátrica em curso no País (SILVEIRA, 2009).

O campo da SM vem-se transformando com alterações na legislação brasileira em favor da reforma e da quebra da lógica hospitalocêntrica. A Reforma Psiquiátrica tem como palavra chave a desinstitucionalização, compreendida como a desconstrução

do paradigma manicomial – centrado no isolamento e na doença mental – e a construção de novos conceitos e práticas em saúde mental, bem como novas modalidades de atenção, que consistem no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade (lógica extra-hospitalar) - e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento (OLIVEIRA, et al., 2011).

Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais (BRASIL, 2004). Essas mudanças foram fundamentais para selar um compromisso com uma assistência mais humanizada e cidadã para os usuários com sofrimento psíquico.

Há quase 20 anos atrás, Galende (1997, *apud* NEVES et al., 2012) já apontava que a política em SM se encontrava com a necessidade de suprir a crescente e variada demanda surgida com o aumento de patologias clássicas (como a depressão, por exemplo) e a aparição de novas patologias. Pode-se dizer que tal fato está intimamente ligado à crescente deterioração do tecido social e às importantes mudanças culturais produzidas pelas políticas econômicas, executadas com brutalidade nos últimos anos.

Observa-se que, desde 2003, o Ministério da Saúde propõe que as ações de SM na atenção básica devem buscar a construção de vínculos, obedecendo ao modelo de redes de cuidado, com base no território e que tenham relacionamento com outras políticas. Essas ações devem fundamentar-se nas diretrizes do SUS e nos pressupostos da reforma psiquiátrica, tendo como elementos principais a noção de território, organização da SM em rede, intersectorialidade, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, multiprofissionalidade, promoção da cidadania e construção de uma autonomia possível desses usuários (BRASIL, 2003).

Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), os leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

Todas essas conquistas contribuíram para consolidar a reforma psiquiátrica e significaram a solidificação de uma nova etapa para a atenção em Saúde Mental, impactando de forma favorável o cotidiano dos usuários, das famílias e dos profissionais de saúde. Ainda assim, é preciso reiterar que a atenção em Saúde Mental

deve ser entendida como uma política pública, um dever do Estado e um direito do cidadão, visto que o sofrimento psíquico afeta a sociedade em sua totalidade (SILVEIRA, 2009).

### **3.1.2 Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família**

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa um complexo conjunto de conhecimentos e procedimentos e demanda uma intervenção em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população. Caracteriza-se principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada nas famílias, da orientação e participação das comunidades e da apropriação e adaptação cultural dos profissionais (BRASIL, 2010).

São seus atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL, 2010).

Atenção Básica (AB), denominação utilizada no Brasil para a operacionalização da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é compreendida como um conjunto de ações prestadas às pessoas e à comunidade, com objetivos relacionados à promoção da saúde e à prevenção de doenças, bem como ao tratamento e reabilitação no primeiro nível de atenção dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2011).

Os benefícios do cuidado na AB são vinculados a vários fatores: acesso rápido e universal, a intimidade e progressividade do conhecimento mútuo entre profissionais e usuários, a coordenação do cuidado e a perspectiva do cuidado ampliado. Isso permite um deslocamento para as questões de qualidade de vida, parceria, promoção da saúde e construção de uma harmonia entre o saber dos profissionais e dos usuários (TESSER; SOUSA, 2012).

A Organização Mundial da Saúde fala de Atenção Primária de Saúde como baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e

socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos usuários, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (FERMINO, 2009).

A AB caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que tem por objetivo abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, buscando desenvolver uma atenção integral. Entendemos que a saúde mental não está dissociada da saúde geral. E por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Ao delimitar certo recorte geográfico, uma equipe de saúde se torna responsável pela população que vive naquela área e pela vigilância aos determinantes do processo saúde-doença daquele território. O trabalho habitual das equipes da ESF é realizado com esta aproximação territorial que as coloca em contato direto com a comunidade e seus problemas, o que lhes permite constituir-se como uma valiosa estratégia de expansão das ações preconizadas pelo processo de reforma psiquiátrica em curso no país (NEVES et al., 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), utilizada como diretriz para reorganização da AB no contexto do Sistema Único de Saúde, tornou-se fundamental para a atenção das pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares. O trabalho organizado segundo esse modelo de atuação e por meio de ações comunitárias favorecem a inclusão social desses usuários no território onde vivem (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2012).

Ao contrário do que imagina a população em geral (público leigo), a ESF deve trabalhar não só com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (pré-natal, diabetes, hipertensão, tuberculose etc.), mas com a totalidade de assistência que lhe é permitida, por meio de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis (OLIVEIRA et al., 2011).

Embora a SM faça parte da saúde mais ampla, é corriqueiro na rede básica os profissionais atenderem a um leque diversificado de situações (como desnutrição infantil, hipertensão em adultos, diabetes, entre outros), mas não incluam a saúde mental ou as manifestações da subjetividade como parte deste leque de atuação mais habitual (SILVEIRA, 2012).

A complexidade do atendimento em saúde mental exige saberes e fazeres que não faziam parte, até então, do repertório das equipes de saúde na atenção primária. Ainda assim, acredita-se no potencial da ESF para o desenvolvimento de ações de saúde mental que possibilitem a reinserção social do usuário junto aos seus familiares e sua comunidade, com o objetivo de romper o estigma e garantir sua reabilitação psicossocial e exercício de cidadania (CAMATTA, 2010).

Cabe aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre essas questões. Compreende-se que o sofrimento psíquico não é somente daqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas, sim, algo presente na vida de todos, que trará impactos particulares a cada um, e nenhum cuidado será possível se não se procurar entender como se dão as causas do sofrimento em cada situação e para cada pessoa, singularmente (BRASIL, 2013).

### **3.1.3 Núcleo de Apoio à Saúde da Família e equipe de matriciamento**

Com a finalidade de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) - mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010).

No Caderno de Atenção Básica número 27, que é inteiramente dedicado às Diretrizes do NASF, coloca-se a seguinte definição sobre as equipes que devem compor os Núcleos e suas atribuições (BRASIL, 2010, p.7):

Um Nasf deve ser constituído por uma equipe, na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de SF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. O NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas sim de apoio às equipes de SF.

O NASF é composto de nove áreas estratégicas de atuação. São elas: saúde da criança, do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares. A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já implementadas na realidade brasileira, como é o caso do Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BRASIL, 2010).

É uma estratégia que tem por objetivo apoiar, ampliar e aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Saúde da Família (SF). Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de equipes de SF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da SF e entre sua própria equipe, incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

O exercício cotidiano do trabalho do NASF e das equipes de SF envolve o desenvolvimento de disponibilidade afetiva, criatividade, capacidade de acolhimento e vínculo, assim como de corresponsabilidade no cuidado. A política prevê que cada município, partindo de sua organização local, deve organizar ações de saúde mental, a partir da responsabilidade conjunta das equipes.

Sobre as ferramentas que são fundamentais para a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF, destaca-se aqui o apoio matricial. O apoio matricial serve como um arranjo organizacional que fornece suporte técnico na área de SM às equipes de ações básicas de saúde, participando de discussões de casos e no acompanhamento destes.

Espera-se que o apoiador matricial seja um profissional especializado em alguma área de conhecimento que difere da área de conhecimento da equipe de referência, e que possa apoiar esses profissionais com informações e intervenções voltadas para contribuir na ampliação da resolutividade das ações dessa equipe (BONFIM et al., 2013).

As ações de SM desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária a Saúde desempenham papel fundamental ao contribuir com seus saberes para a ampliação do potencial resolutivo das equipes mediante a realização do apoio matricial, que tem por objetivo superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho (JORGE, SOUSA E FRANCO, 2013). Ao contrário do que habitualmente acontecia com nos processos de referência e contrarreferência, quando um usuário participa de alguma atividade matricial ele não deixa de ser usuário da equipe local. Desta forma, diminui-se o risco de que o usuário se perca no meio do labirinto de inúmeros encaminhamentos (NEVES et al., 2012).

Para o melhor manejo da saúde mental na APS, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às equipes de SF por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais dos NASF. Esse apoio será formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (equipes de SF). Assim, se a equipe de referência é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de referência (CAMATTA, 2010).

Nas discussões de casos entre equipe de referência e núcleo de apoio, constrói-se uma série de saberes novos, compostos de diversas visões e experiências. Sabe-se que cada situação tem suas particularidades e não há uma receita a ser seguida na construção de um plano terapêutico. Entretanto, ao longo do trabalho, observa-se claramente a amplitude de conhecimento que cada participante da equipe adquire (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

Diversas experiências municipais já consolidadas demonstram que o apoio matricial em saúde mental melhorou a efetividade da atuação das equipes de Saúde da Família. Um levantamento preliminar de 2006, realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 12 estados da federação, constatou que apenas 16,3% dos municípios pesquisados realizam ações sistemáticas de saúde mental na Atenção Básica. No entanto, são referidas dificuldades pelos respectivos profissionais para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais (BRASIL, 2010).

De acordo com os estudos de Correia, Barros e Colvero (2012), foram identificadas em distintas regiões do país, experiências exitosas que demonstram a força transformadora das práticas dos trabalhadores da atenção básica, mediante a inclusão da saúde mental neste nível de atenção por meio do matriciamento. Todavia, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção de uma rede de atenção em saúde mental com a articulação de serviços que devem atuar na lógica da territorialização, corresponsabilização e integralidade nas práticas em saúde mental.

As ESF devem estabelecer vínculos de compromisso 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 dos anos (BRASIL, 2011).

A Reforma Psiquiátrica atual propõe um trabalho interdisciplinar que valorize as potencialidades de cada profissional, em benefício de uma assistência mais dinâmica e

eficiente no tratamento do doente mental. É primordial, então, incluir ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da APS, as ações de saúde mental que, com potencial transversal, devem ajudar as equipes a trabalhar a dimensão do sofrimento psíquico. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, efetivando os princípios do SUS (COSTA et al., 2012).

E são por estes motivos que a educação permanente passa a ser a principal ferramenta para que os profissionais de saúde desenvolvam uma assistência em SM de acordo com as mudanças que estão ocorrendo no âmbito da saúde pública, já que a ESF configura-se, atualmente, como porta de entrada no atendimento a todos os cidadãos – inclusive os com algum transtorno mental e suas famílias (PINI; WAIDMAN, 2012). A educação permanente dos profissionais deve ser o principal impulso na mudança das práticas em saúde e na construção de ações mais inclusivas para a população com transtornos mentais. O Ministério da Saúde tem como prioridade a educação permanente voltada às equipes de SF e já possui diversos programas de financiamento para cursos de formação. Porém, são os municípios e estados que devem se organizar para a elaboração de propostas de formação nessa área (BRASIL, 2010).

A inclusão das ações de saúde mental na APS é uma das principais formas de ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental. Além disso, a incorporação das ações da saúde mental no NASF e a sua integração com as equipes de SF representam mais um avanço na construção de uma atenção à saúde em conformidade com os princípios mais revolucionários na proposta do SUS: a integralidade e a equidade (BRASIL, 2010).

Assim, pode-se dizer que nessas práticas de Apoio Matricial e Interconsulta os profissionais são subjetivados e se autoproduzem para transformarem suas práticas, concretizarem a aproximação entre serviços e profissões distintas e trabalhar de forma coletiva em equipe, dividindo responsabilidades e se comprometendo com o acompanhamento de cada caso compartilhado. Já o paciente, é incentivado a se inserir socialmente e não ser segregado, se tornando um caso construído e discutido,

procurando levar em conta seu contexto e singularidade. Tais práticas tornam mais resolutive a atenção em saúde mental e no SUS, que não substituem os serviços especializados, mas se somam a eles (SILVEIRA, 2012).

### 3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme descrito na metodologia, a partir da pesquisa realizada nas duas bases de dados previstas, foram identificados inicialmente 74 artigos científicos com as palavras-chave selecionadas (campo “assunto”). Após essa primeira busca, efetuou-se uma nova filtragem dos artigos, eliminando duplicidades e materiais não propriamente relacionados à temática do estudo, restringindo-se a 17 artigos para realizar o trabalho, obedecendo aos critérios estabelecidos para este. Como resultado da seleção e análise dos artigos já mencionados, apresenta-se o Quadro 1.

**Quadro 1 – Descrição dos artigos selecionados sobre o tema proposto**

Nº	Título do artigo, autor(es), revista de publicação e ano:	Objetivos:
1	ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. de. Saúde Mental na Atenção Básica: Uma Abordagem Convergente Assistencial. <b>Rev. Gaúcha Enferm.</b> , Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.136-142, mar. 2011.	- Conhecer expectativas e anseios de uma comunidade em relação à implantação de um grupo de saúde mental na atenção básica.
2	BONFIM, I.G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. <b>Interface – Comunicação, Saúde e Educação</b> , Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, abr./jun. 2013.	- Analisar criticamente o apoio matricial por meio de publicações em periódicos e documentos do MS, especialmente aqueles focados no apoio matricial SM na atenção primária.

3	CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. <b>Rev. Esc. Enferm. USP.</b> São Paulo, v. 43, p.1256-1260, 2009.	- Cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde.
4	CAMATTA, M. W. <b>Ações voltadas para Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família:</b> intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares. 2010. 208 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.	- Compreender o significado das ações voltadas para saúde mental no contexto da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva de equipes, usuários e familiares.
5	CAMPOS, R. O. et al. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Estudo Avaliativo em uma Grande Cidade Brasileira. <b>Ciênc &amp; Saúde Coletiva.</b> , Rio de Janeiro, v.16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.	- Avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira (Campinas/SP).
6	CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. <b>Rev. Esc. Enferm USP.</b> , São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2012.	- Identificar e analisar na produção científica as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental.
7	COSTA, A. et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. <b>Rev. Port. de Enf. de Saúde Mental.</b> , Minas Gerais, v. 7, p. 46-53, jun. 2012.	- Descrever os elementos que compõem os desafios acerca da reabilitação psicossocial na rede de cuidados em saúde.
8	JORGE, M. S. B; SOUSA, F.S.P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. <b>Rev Bras Enferm.</b> Brasília, v. 66 n. 5, p. 738-744, set./out. 2013.	- Compreender o apoio matricial como um dispositivo para a resolução de casos clínicos de saúde mental no âmbito da Atenção Primária a Saúde.

9	NEVES, R. et al. A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde do Brasil: Duas realidades em análise. <b>Avances en Psicología Latinoamericana</b> , Bogotá, v. 30, n. 2, p. 356-368, 2012.	- Analisar as formas de funcionamento de equipes da ESF em duas unidades da rede básica das cidades de Natal e Porto Alegre.
10	NUNES, M.; JUCÁ, V.L.; 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. <b>Caderno de Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 23, p. 2375-2384, out. 2007.	- Compreender como os profissionais de saúde interpretam o sofrimento mental.
11	OLIVEIRA, F. B. de et al. (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. <b>Rev. Bras. em Promoção da Saúde</b> . Fortaleza, v. 24, n.2, p. 109-115, abr./jun. 2011.	- Avaliar a interação entre a saúde mental e a atenção básica; analisar se esses serviços possibilitam o processo de acolhimento e reinserção do usuário na família e na comunidade.
12	PINI, J. dos S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. <b>Rev. Esc. Enferm USP.</b> , São Paulo, v. 46, n. 2, p. 372-379, 2012.	- Conhecer os fatores que interferem nas ações ao portador de transtorno mental.
13	RAMOS, P. F. R.; PIO, D. A. M. Construção de Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. <b>Psic. Ciência e Profissão</b> , São José do Rio Preto, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010.	- Contribuir com a reflexão sobre as ações terapêuticas, dialogando sobre a construção de um projeto coletivo de cuidados ampliados voltados para a saúde mental no território.
14	REINALDO, A. M. dos S. Saúde Mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. <b>Esc Anna Nery Rev. Enferm.</b> , Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 173-178, mar. 2008.	- Analisar aspectos teóricos sobre a saúde mental na atenção básica e sua interface com a psiquiatria comunitária.
15	SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. <b>Ciênc. &amp; Saúde Colet.</b> , Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-2386, 2012.	- Abordar a histórica dissociação entre a saúde mental e a saúde pública.

16	SILVEIRA, M. R. da. <b>A Saúde Mental na Atenção Básica: Um diálogo necessário.</b> 2009. 146f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.	- Analisar as estratégias de cuidado para os usuários da Saúde Mental na rede de serviços de saúde do Distrito Sanitário da Pampulha no município de Belo Horizonte, MG.
17	TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. <b>Saúde Soc.</b> , São Paulo, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.	- Reconhecer e discutir afinidades eletivas entre a APS, a atenção psicossocial e as PIC.

Fonte: Bases de dados SciELO e periódicos CAPES

Aos 17 artigos acima foram incorporados mais 2. No Quadro 2, estão expostos os artigos indexados ao trabalho mesmo com unitermos e/ou temáticas discordantes dos critérios de busca, porém igualmente relevantes para este estudo.

#### Quadro 2 – Artigos indexados de forma discordante com os unitermos de busca

Nº Artigo	Título/Autores/Revista/Ano
1	CANABRAVA, D.S. et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. <b>Revista Eletrônica de Enf.</b> , Goiânia, v. 12, p. 170-176, mar. 2010. Disponível em: < <a href="http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a21.htm">http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a21.htm</a> > Acesso em: 08 jan.2015.
2	FERMINO, J. M. Atuação de psicólogos no programa de saúde da família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. <b>Aletheia</b> , Canoas, v. 30, p. 113-128, jul./dez. 2009.

Fonte: Bases de dados

Houve artigos encontrados por meio do Portal periódicos CAPES que estavam indexados também no SciELO. Nota-se que não foi encontrada literatura internacional –

os artigos que foram selecionados com os descritores em inglês eram escritos em português e somente traduzidos para o outro idioma.

Pode-se observar a quantidade de estudos abordando a questão da saúde deste segmento populacional, mesmo com um longo período examinado (2004 a 2014), quando se opta pela pesquisa das palavras-chave no campo “assunto” dos artigos científicos a serem pesquisados os resultados ficam exponencialmente menores. Ao realizar a leitura do material, observam-se conteúdos repetitivos e, devido à isso, tomou-se cuidado para não reproduzir essa repetição aqui.

Os artigos em sua maioria são de revisão bibliográfica e documental. Alguns, contendo entrevistas, relatos de experiências e conteúdo mais original, chamam mais atenção, na medida em que trazem dados novos.

Conforme o estudo de Silveira (2009), por exemplo, os dados de sua pesquisa revelaram que esse ‘novo modelo de assistência’ ao usuário em sofrimento psíquico posiciona a família na linha de frente do cuidado. Sabe-se que o cansaço dos familiares e a desestruturação vivenciada pela família diante da presença de um de seus membros em crise é uma realidade. O acolhimento às famílias de usuários da SM e a relação de parceria entre profissionais e familiares são um ponto de fragilidade da Reforma Psiquiátrica e um dos grandes desafios a serem trabalhados para a superação do modelo manicomial de atendimento.

Já um desafio apontado pelos profissionais também entrevistados por Silveira (2009) consiste em conciliar a demanda, que se apresenta maior que a capacidade de atendimento dos serviços de saúde. Concomitantemente, pontuam que, mesmo com a presença da Equipe de Saúde Mental em alguns Centros de Saúde, muitos usuários ficam sem ser acolhidos na AB.

Antonacci e Pinho (2011) realizaram grupos com usuários acompanhados por uma Unidade Básica da Região Sul. O primeiro encontro, chamado de “Oficina de Acolhimento”, teve como objetivo a produção de escutas e estratégias de corresponsabilização em relação às demandas dos usuários, atuando no fortalecimento dos vínculos entre serviços, usuários e trabalhadores. A relevância da proposta do cuidar no território está representada no depoimento a seguir (p. 138):

Eu acho muito importante tratar da cabeça aqui no postinho. É bom pra gente não ficar louco de vez, porque desde que perdi meus filhos, eu sei que não to bem, não consigo mais apagar a luz pra dormir, nem gosto mais de ficar sozinho dentro de casa. Pode ser que agora com apoio dos meus amigos [referindo-se aos participantes da oficina] eu fique bom de uma vez (U3).

Para que o ambiente dialógico dentro da UBS seja estabelecido respeitando a horizontalidade proposta pela reforma psiquiátrica, foi dado aos participantes um espaço para expor o que eles esperavam daqueles encontros. Por meio dos depoimentos, é possível entender que os sujeitos vêm apontando a necessidade das oficinas constituírem-se em espaços de troca e, principalmente de escuta atenta. A partir dessa escuta qualificada, é possível constituir e estreitar relações interpessoais. Essas relações são processos que têm como premissa a mutualidade, ou seja, o convívio e as trocas entre os indivíduos.

Nesse mesmo estudo (ANTONACCI; PINHO, 2011) foi feita a Oficina “Liberdade”. A proposta para trabalhar a liberdade partiu de uma questão inicial, a qual deveria ser respondida pelos participantes do grupo: “O que, em sua opinião, significa liberdade?” Contudo, surgiu um movimento no qual os sujeitos não se concentravam em dizer o que é liberdade, mas, sim, a falta dela. Os relatos dos usuários se estenderam por quase toda a oficina, deixando claro o sentimento de continência que o sofrimento impõe a essas pessoas. O estudo buscou refletir sobre os caminhos do cuidado em saúde mental na comunidade, visando estabelecer uma ponte entre o sujeito em sofrimento mental e o seu contexto de vida.

Os resultados do estudo de Caçapava et al. (2009) mostram que, na Unidade Básica analisada, os fluxos conectivos entre os diversos trabalhadores - e entre estes e os usuários - vêm produzindo e gerando vários e distintos espaços coletivos de trocas, possibilitando ações de saúde alinhadas à perspectiva da integralidade, por meio de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença mental, construída pela valorização das relações humanas e das subjetividades envolvidas no espaço do trabalho em saúde.

No cenário de pesquisa de Neves et al. (2012), apesar das equipes das duas unidades estudadas (em Porto Alegre e Natal) manterem representações rígidas e preconceituosas em relação à loucura, e de haver uma forte tendência de apelar à simples administração de medicação psiquiátrica como forma de resolver as demandas

em saúde mental, existem algumas diferenças na forma de pensar alternativas institucionais a essa problemática, como os autores demonstram abaixo (NEVES et al., 2012, p. 9):

Enquanto em Porto Alegre a equipe majoritariamente manifesta certa posição saudosista frente à atual limitação de internações nos antigos hospitais psiquiátricos, em Natal as preocupações do grupo eram muito mais relativas às carências da rede local e suas responsabilidades como equipes de Atenção Básica com os casos.

Um dos pontos tidos como problemático para as equipes das duas Unidades pesquisadas foi a inexistência de um protocolo de atendimento para os casos, de modo que cada trabalhador age individualmente e não existe nenhum tipo de planejamento das ações nesse campo: Há também uma queixa de despreparo e de falta de suporte para a realização desse trabalho (NEVES et al., 2012).

Grande parte dos estudos, assim como o de Campos et al. (2011) reconhece que o apoio matricial se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada. Detectou-se um papel estratégico do agente comunitário de saúde para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população. As práticas de promoção à saúde ainda não estão consolidadas. Quando os arranjos possibilitam inserções dos profissionais em atividades extramuros, os usuários reconhecem e se apropriam dos espaços, possibilitando ações que se distanciam da tradicional queixa-conduta.

Reinaldo (2008) coloca que a ação conjunta entre a SM e a AB é uma realidade a qual, diante do contingente de pessoas que sofrem com transtorno comportamental e que hoje são atendidas pelas ESF, se tornou necessária. No enfrentamento desses desafios, algumas questões devem ser priorizadas, tais como qualificar o atendimento - por meio da capacitação, do apoio matricial e da incorporação dos casos de transtornos psíquicos graves à assistência no território.

Pini e Waidman (2012) realizaram grupos com equipes de ESF e constataram que a aproximação entre profissionais da ESF e usuários com algum tipo de transtorno mental e/ou sofrimento psíquico é dificultada pelo medo gerado quando esse profissional se depara com determinadas condutas – já que ainda há a crença de que estes pacientes tenham descontrole súbito, com comportamentos violentos e

agressivos. A possibilidade de viver essas situações e o compartilhamento de experiências vividas por pessoas próximas fortalecem esse medo.

As autoras (PINI; WAIDMAN, 2012) também perceberam nos relatos um déficit na educação permanente. Os funcionários apontaram a importância de que os serviços de saúde considerem a necessidade do aperfeiçoamento profissional, pois este interfere significativamente no atendimento da população.

Por meio do grupo com usuários egressos de internações psiquiátricas, Ramos e Pio (2010) evidenciaram o fortalecimento dos vínculos e dos laços de confiança entre profissionais e usuários, o que proporciona a reconstrução das relações sociais que, muitas vezes, foram rompidas devido aos longos momentos de internações psiquiátricas. As propostas terapêuticas cujas ações enfocam a desmedicalização e a continuidade do cuidado aos usuários vindos de internações psiquiátricas no seu lugar social de origem são eficientes, fortalecem e estão em confluência com os objetivos e princípios da Atenção Básica e do SUS.

Para construir um cuidado cada vez mais integral, surge o grande desafio, da participação dos diferentes atores envolvidos no processo promoção/saúde/doença/cuidado, ou seja, os profissionais específicos da saúde mental devem somar-se ao restante dos profissionais da saúde, de modo que todos possam estar inseridos em uma equipe-interação, aquela em que há a interação entre os membros e a articulação das ações terapêuticas - além da não desvinculação da ideia de que a saúde não é algo que se dá à população, mas sim uma construção desta, um pleno exercício de cidadania que todos os profissionais devem incitar (RAMOS; PIO, 2010).

Identifica-se também que o exercício de enxergar a complexidade do atendimento em saúde mental exige saberes e fazeres que não faziam parte, até então, do repertório das equipes de saúde na atenção primária (COSTA et al., 2012).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realidade brasileira, por sua extensão geográfica e marcantes diferenças culturais e territoriais, revela que nem todos os estados e municípios dispõem de uma rede de atenção à saúde mental própria ou pactuada. Além disso, o simples fato de possuir um serviço substitutivo não implica no funcionamento de uma rede que se pretende ser também substitutiva (COSTA et al., 2012).

Camatta (2010) escreve sobre as reflexões feitas a partir das suas experiências no campo e fala sobre a assistência em saúde mental na ESF que tem sido desenvolvida frequentemente por iniciativa de alguns profissionais da equipe que se mostram sensíveis ao sofrimento das pessoas. Ressalta ainda que muitas dessas iniciativas têm um enfoque somente na assistência psiquiátrica, voltadas para o uso de medicações e supressão de sintomas.

Compactua-se com a visão de Camatta (2010), quando ele fala sobre a importância da assistência em saúde mental no território, em especial na ESF para o alcance das propostas almejadas pela reforma psiquiátrica brasileira e para a construção da atenção psicossocial no campo da saúde mental. Delimitar precisamente o que é saúde, ou mesmo saúde mental não é assim tão fácil. Entendê-la como objeto cristalizado e igual para todos parece não atender à complexidade humana.

Utilizando-se dos princípios do SUS no que diz respeito aos princípios da universalidade e da integralidade e na proposta da Reforma Psiquiátrica, observa-se nesses artigos que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam igualdade em sua execução. Percebe-se que essas execuções das ações de assistência ao doente mental ficam na dependência do profissional ou da decisão estratégica do gestor. Esse fato sugere que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral e, portanto, há necessidade de investimentos para qualificação dos profissionais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2012).

A seção do Caderno de Atenção Básica nº 27 dedicada às diretrizes e ações do NASF com relação à saúde mental (BRASIL, 2010) propõe uma série de estratégias

para que se trabalhe com os usuários de SM na AB, porém não pressupõe a presença de profissionais da área ou capacitados para tal. As equipes do NASF, assim como suas formações e suas atividades são definidas conforme cada município, e nem sempre são organizadas de acordo com as demandas sociais. Concomitante a isso, sabe-se que as equipes, muitas vezes por motivos diversos, estão incompletas – e esse fato influencia drasticamente nas ações que serão ofertadas, já que estas são sempre pensadas de acordo com cada profissional. Somente evidencia a priorização desses profissionais quando cita “diante da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, considera-se fundamental a priorização dos profissionais de saúde mental e das ações de saúde mental pelos NASF” (BRASIL, 2010, p.44).

As ações de saúde mental na SF devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O princípio da Reforma é a chamada desinstitucionalização e pressupõe a conservação da pessoa em sofrimento psíquico em seu território, na sua vivência cotidiana, evitando a internação e, se esta for necessária, que seja de curta duração e preferencialmente em leitos psiquiátricos no Hospital Geral, possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2012).

Embora se busque a reversão do modelo de assistência à saúde mental, se não se prestar atenção, podem-se repetir em novos ambientes antigas práticas, criando outro tipo de manicômio, sem muros, mas que continua a ter a segregação e a exclusão como normas máximas (SILVEIRA, 2009).

Deve-se levar em conta que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas de promoção da saúde ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (BRASIL, 2010).

A inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica é uma condição necessária, porém insuficiente se não for acompanhada da efetiva implantação de uma rede de cuidado contínuo e integral, ao lado de um processo de educação permanente para os profissionais envolvidos com a assistência (SILVEIRA, 2009).

A educação permanente se articula fortemente com os desafios na formação do trabalhador em saúde. Evidentemente, há dificuldades para se atuar em apoio matricial de maneira formativa, num cenário no qual a própria formação dos profissionais de saúde é ainda pouco dialógica e centrada dentro dos muros do próprio núcleo da sua categoria (BONFIM et al., 2013).

Apesar da conquista das leis da reforma psiquiátrica e dos serviços substitutivos, a observação e vivência do cotidiano dos profissionais do SUS indicam a existência abundante da perspectiva medicalizante no cuidado. As ações persistem centradas nas doenças (ou transtornos mentais), na terapêutica medicamentosa (que cumpre o papel de contenção e normalização dos comportamentos) e na ação médico-centrada, com evidentes consequências para os sofrimentos existenciais e psíquicos (TESSER E SOUSA, 2012).

É necessário investir numa política de saúde mental na atenção básica baseada na construção e fortalecimento de vínculos efetivos entre usuário e cuidador – de modo que este deixe de ser um número ou um prontuário e passe a ser um sujeito com toda a sua singularidade sendo levada em conta. Mudanças nos modos de produzir o cuidado implicam, dentre outras coisas, uma transformação nas posturas dos técnicos que atuam no campo da saúde, na medida em que estes precisam aprender a aliar seus saberes técnicos específicos, habilidades de escuta e entendimento das demandas que lhes são trazidas.

Espera-se, assim como Oliveira et al. (2011), que este estudo seja uma contribuição importante para o cuidado em saúde mental, podendo fomentar, sensibilizar e conscientizar docentes, profissionais e graduandos na área da saúde sobre a importância da articulação dos campos da saúde mental e Atenção Básica, potencializando uma ação transformadora das práticas e dos saberes, em benefício do portador de sofrimento psíquico.

## REFERÊNCIAS

- ANTONACCI, M. H.; PINHO, L. B. de. Saúde Mental na Atenção Básica: Uma Abordagem Convergente Assistencial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 136-142, mar. 2011.
- BONFIM, I.G. et al. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 17, n. 45, p. 287-300, abr./jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 34: Saúde Mental**. Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 27: Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, 2010.
- \_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**. Brasília, 2003.
- CAÇAPAVA, J. R. et al. Trabalho na Atenção Básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, p. 1256-1260, 2009.
- CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares**. 2010. 208f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010.
- CAMPOS, R. O. et al. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Estudo Avaliativo em uma Grande Cidade Brasileira. **Ciênc & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.
- CANABRAVA, D.S. et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Rev. Eletrônica de Enferm.**, Goiânia, v. 12, p. 170-176, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a21.htm>> Acesso em: 08 jan.2015.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2012.

COSTA, A. et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Rev. Port. de Enf. de Saúde Mental**, Minas Gerais, v. 7, p. 46-53, jun. 2012.

FERMINO, J. M. Atuação de psicólogos no programa de saúde da família: o cotidiano de trabalho oportunizando repensar a formação e as práticas profissionais. **Aletheia**, Canoas, v. 30, p. 113-128, jul./dez. 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

JORGE, M. S. B; SOUSA, F.S.P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 738-744, set./out. 2013.

NEVES, R. et al. A Saúde Mental no Sistema Único de Saúde do Brasil: Duas realidades em análise. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 30, n. 2, p. 356-368, 2012.

NUNES, M.; JUCÁ, V.L.; 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. 23, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, F. B. de et al. (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev Bras em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 109-115, abr./jun., 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1946.

PINI, J. dos S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 372-379, 2012.

RAMOS, P. F. R.; PIO, D. A. M. Construção de Projeto de Cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica. **Psic. Ciência e Profissão**, São José do Rio Preto, v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010.

REINALDO, A. M. dos S. Saúde Mental na atenção básica como processo histórico de evolução da psiquiatria comunitária. **Esc Anna Nery Rev. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 173-178, mar. 2008.

SILVEIRA, E. R. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Ciênc. & Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2377-2386, 2012.

SILVEIRA, M. R. da. **A Saúde Mental na Atenção Básica: Um diálogo necessário.** 2009. 146f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.336-350, 2012.