



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

HÉLIA MARIA DE SOUSA

A INTERFACE ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE
MENTAL: elementos para o debate

CAMPINA GRANDE – PB
FEVEREIRO DE 2014

HÉLIA MARIA DE SOUSA

**A INTERFACE ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE
MENTAL: elementos para o debate**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE – PB
FEVEREIRO DE 2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S725i Sousa, Hélia Maria de

A interface entre a estratégia saúde da família e a saúde mental
[manuscrito] : elementos para o debate / Helia Maria de Sousa. -
2014.

28 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais
Aplicadas, 2014.

"Orientação: Profa. Msc. Lúcia Maria Patriota, Departamento de
Serviço Social".

1.Saúde. 2.Estratégia Saúde da Família. 3.Saúde Mental. I.
Título.

21. ed. CDD 362.1

PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a) NOTA 10,0.

Aluno (a): HÉLIA MARIA DE SOUSA

Artigo: A INTERFACE ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE MENTAL: elementos para o debate

Data da Defesa 27/02/2014

Campina Grande - PB. 27 de 02 de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Lúcia Maria Patriota

Prof.^a Ms. Lúcia Maria Patriota (Orientadora)

Prof.^a Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Saúde Coletiva

Sandra Amélia Sampaio Silveira

Prof.^a Sandra Amélia Sampaio Silveira (Examinadora)

Prof.^a Universidade Estadual da Paraíba/Mestre em Serviço Social

Kathleen Elane Leal Vasconcelos

Prof.^a Kathleen Elane Leal Vasconcelos (Examinadora)

Prof.^a Universidade Estadual da Paraíba/Doutora em Serviço Social.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Francisca Euzébio de Sousa (*in memoriam*), com quem adquiri, muito cedo, o valor da persistência e a compreensão que tudo na vida tem um tempo certo para acontecer.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Lúcia Patriota, por não ter desistido de mim e ser exemplo de compreensão e carinho.

Aos meus amigos e irmãos, especialmente a Maria José (Bebé) e Sérgio Sousa, que me incentivaram de forma incondicional.

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura,
coragem, perseverança e paixão.”

(Nise da Silveira)

SUMÁRIO

RESUMO.....	07
1. INTRODUÇÃO.....	08
2.CONTEXTUALIZAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL.....	10
3.CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
4. SAÚDE MENTAL E SAÚDE DA FAMÍLIA: possibilidades e limites desta articulação.....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	26

**A INTERFACE ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE
MENTAL: elementos para o debate**

HÉLIA MARIA DE SOUSA

RESUMO

O presente artigo, pautado em um estudo bibliográfico e de caráter exploratório, tem por objetivos fazer uma breve reflexão sobre a interface entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Saúde Mental e evidenciar as possibilidades e limites dessa articulação. Para tanto, apresenta-se o percurso histórico e as diretrizes destas duas políticas, ressaltando suas congruências. Constata-se que a proposta de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica (AB), a partir da ESF, pode favorecer a consolidação da rede de cuidados em saúde mental, bem como a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico. Porém, verifica-se que há diversos entraves para que esta necessária articulação seja efetivada, entre eles o despreparo das equipes e a falta de apoio especializado. A necessidade de avanço na construção desta articulação é um fato.

Palavras - Chaves: Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental.

ABSTRACT

**THE INTERFACE BETWEEN THE FAMILIES' HEALTH STRATEGY AND THE
MENTAL HEALTH: elements to debate**

The present article, is a bibliographical study and with exploratory features, has as objectives, make a brief observation about the interface between the families's health strategy (FHS) and mental health and point the possibilities and limits of this articulation. To this, it's presented the historical course and the guidelines of those two policies, emphasizing their congruences. It is noted that the inclusion proposal of the mental's health actions at the Primary Care (PC), starting at the FHS, can favor the consolidation of the Health's Care Network, as well the social reintegration of the person in a psychic hardship. However, it's verified that exists a big amount of barriers fot this articulation's effectiveness, including the unpreparedness of the groups and the lack of skilled support. The need for advance on this articulation's construction is a fact.

Keywords: Health; Families's Health Strategy; Mental Health.

1. INTRODUÇÃO

Dados do Ministério da Saúde revelam que o sofrimento psíquico é um dos males que vem crescentemente atingindo os indivíduos no nosso país, realidade também constatada em diversos lugares do mundo: 3% da população do Brasil sofre com transtornos mentais severos e persistentes, 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e drogas e 12% da população necessita de algum atendimento de saúde mental seja ele contínuo ou não (BRASIL, 2003).

Tal quadro, segundo Nunes, Jucá e Valentim (2007), fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1970, reconhecesse a magnitude dos problemas de saúde mental e admitisse a impossibilidade de seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas. Preconiza-se, desde então, a descentralização dos serviços existentes, a integração de serviços psiquiátricos em unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade no processo de cuidado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado por leis complementares (Leis 8080/1990 e 8142/1990), vem gradativamente se assentando sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, busca-se otimizar a assistência à saúde e a organização da atenção básica de forma a atender aos princípios do SUS. Nesse contexto a Estratégia Saúde da Família (ESF), como vem sendo denominado o PSF desde 2006, propõe uma ampliação do locus de intervenção em saúde, incorporando na sua prática o domicílio e espaços diversos.

Atualmente, uma das diretrizes para a assistência em saúde mental tem sido o fortalecimento da articulação entre saúde mental e a Atenção Básica (AB). Integrar serviços de saúde mental nos cuidados primários é a maneira mais viável de cobrir o déficit de tratamento e assegurar que as pessoas recebam os cuidados de saúde mental que necessitam.

Isso se deve em grande parte à longa história de lutas e reivindicações que resultaram na Reforma Psiquiátrica brasileira. Neste contexto a ESF é considerada como uma forte aliada da família e dos serviços extra-hospitalares de saúde mental para a assistência a pessoa em sofrimento psíquico. Observa-se, nos últimos anos, um considerável avanço na implementação concreta desta proposta. Porém, é fato que os limites são muitos no que se refere à efetivação dessa fecunda e indispensável articulação.

Nosso interesse pelo tema em tela surgiu a partir da experiência de Estágio Curricular Supervisionado em Serviço Social, que inicialmente realizamos no CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) de Campina Grande e em seguida na Unidade Básica de Saúde da Família Ana Amélia Vilar Cantalice, também no município de Campina Grande – PB, entre os anos de 2007 e 2008.

Esse interesse aprofundou-se por ocasião da realização de mais um estágio supervisionado, desta vez na Coordenação de Atenção Básica em Saúde do município de Sumé-PB, vinculado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública da Universidade Federal de Campina Grande, a partir do qual foi produzido o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado A Atenção à Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família no Município de Sumé-PB (SOUSA, 2013). A pesquisa de campo desenvolvida e registrada no referido trabalho objetivou analisar como está configurada a atenção à saúde mental na Estratégia de Saúde da Família no município de Sumé a partir das concepções dos profissionais das unidades de saúde daquele município.

O presente trabalho objetiva refletir sobre a interface entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Saúde Mental (SM) e evidenciar as possibilidades e limites dessa articulação. Trata-se de um estudo exploratório e bibliográfico, utilizando os principais autores que trabalham a temática.

O trabalho apresenta a seguinte estrutura: no primeiro item é feita a contextualização do modelo de atenção à saúde mental a partir de uma retrospectiva histórica, evidenciando as lutas e estudos que contribuíram para a mudança de paradigmas e a construção da política de saúde que norteia o atual modelo.

No segundo item são tecidas considerações sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família, com o fim de apresentar as diretrizes que configuram esse nível primário de atenção à saúde.

No terceiro item, são apresentadas as propostas do Ministério da Saúde para a articulação entre as Políticas de Saúde da Família e Saúde Mental, bem como as reflexões de alguns autores em torno das possibilidades e limites desta articulação. E por fim, tecemos nossas considerações finais.

Acreditamos que esta é uma questão de extrema relevância para o Serviço Social, visto que o atual modelo de atenção à Saúde Mental propõe o manuseio de novas técnicas e a adoção de novas perspectivas teóricas e éticas, exigindo uma intervenção profissional crítica e competente, comprometida com a democracia e a cidadania, aspectos estes que são contemplados pelo projeto ético político do Serviço Social.

Como ressalta Bisneto (2007) o trabalho do assistente social no campo da saúde mental, abrange a compreensão das questões sociais imbricadas no processo de saúde/doença e de sua configuração nas relações, familiares, culturais e econômicas dos sujeitos envolvidos, objetivando sua inclusão social, através da atenção integral dispensada a eles.

Nesse sentido, devido à sua formação social e política, os assistentes sociais têm, nesse contexto de desinstitucionalização da saúde mental, oportunidade de ampliação do seu espaço ocupacional, com possibilidades de atuar junto à ESF, em relação à busca da eficácia das práticas e à efetivação da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

Esperamos através desse estudo contribuir para a reflexão sobre o desenvolvimento da atenção à Saúde Mental na ESF, inserida no contexto da reforma substitutiva do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Para melhor compreendermos o papel da Estratégia Saúde da Família no contexto da Política Pública de Saúde Mental, é necessário que façamos um resgate histórico da evolução da concepção de loucura e da forma de tratá-la, abordando a política e a construção de um novo modelo de atenção à saúde mental.

O fenômeno loucura tem longo registro na história da humanidade e extensa aparição nas diversas sociedades. Acerca dos estudos sobre a loucura e o surgimento da psiquiatria, Amarante (1995) referencia Michel Foucault, com sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*, como um verdadeiro marco. De acordo com Foucault (1972 *apud* AMARANTE, 1995), durante a Época Clássica, os loucos eram considerados marginais, ameaçadores da ordem social. Era necessário livrar a sociedade dessa ameaça e para isso foram criados os hospícios, ou hospitais gerais, como as Santas Casas de Misericórdia, que possuíam a função de “hospedar” esse e outros segmentos marginalizados. Essas instituições ofereciam abrigo, alimentação e assistência religiosa. Nesse período ainda não havia a preocupação com critérios médico-científicos nesses espaços.

No final do Século XVIII, a loucura passa a ser vista sob o prisma da razão. Nasce o conceito de doença mental e de alienismo, movimento fundado pelo médico Philippe Pinel, que dá origem à psiquiatria e ao conseqüente processo de medicalização da loucura, através do Hospital Geral de Paris. Pinel foi o primeiro a classificar as alienações mentais e consolidar o conceito de alienismo e a profissão de alienista. Ele propôs que os loucos fossem

libertados das correntes, mas que permanecessem submetidos ao isolamento total, pois este seria o caminho que traria de volta a liberdade perdida com a alienação. O internamento ganha características médicas e terapêuticas e a loucura se torna objeto de intervenção exclusivo dos alienistas. (AMARANTE, 1995).

O alienismo foi criticado desde a sua origem, questionavam-se o isolamento e o tratamento moral, suas premissas básicas. Além disso, década após década, a superlotação dos asilos e as denúncias de violência contra os internos tornaram-se crescentes. De modo que, depois da Segunda Guerra Mundial, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados configuravam absoluta ausência de dignidade humana. Assim nasceram as primeiras experiências de reformas psiquiátricas. Essas reformas foram várias e ocorreram em muitos países. Uma delas foi a Psiquiatria Preventivista, nos EUA. Sob inspiração dos princípios de Psiquiatria de G. Caplan, implicava na criação de alternativas extra-hospitalares, como as oficinas terapêuticas, hospitais-dia, programas de atenção primária, entre outros. (MELLO, 2007).

Entre os diferentes movimentos de reforma destaca-se a Psiquiatria Democrática, iniciada em Gorizia, na Itália, no início dos anos de 1960, e aprimorada na década seguinte em Trieste, outra cidade italiana. Este teve como líder Franco Basaglia, italiano que esteve à frente de um grupo de psiquiatras que questionou, debateu e estabeleceu princípios e estratégias para uma reforma psiquiátrica baseada na desconstrução do manicômio. Embora se registre no Brasil a influência da Psiquiatria Preventivista, a Psiquiatria Democrática foi determinante na inspiração para institucionalização de novas práticas em saúde mental no nosso país (MELLO, 2007).

Amarante (2007) relata que o erro da psiquiatria clássica estaria em separar um objeto fictício, “a doença”, da existência global, concreta e complexa dos sujeitos e do corpo social. Com esta separação, constituiu-se a “instituição” com seus aparatos científicos, legislativos e administrativos, todos referidos à “doença”. Esse modelo psiquiátrico baseia-se no paradigma biomédico, que norteava os modelos de atenção à saúde em muitos países do mundo, inclusive no Brasil. Este paradigma fundamenta-se no biologicismo, na tecnificação do ato médico e no curativismo, sustentando a prática sanitária de atenção médica centrada na doença e no hospital, dessa forma o sujeito deixa de ser integral, alienando-se o indivíduo dos aspectos sociais de sua vida.

No Brasil, o referido paradigma passa a ser questionado a partir da década de 1970, que foi marcada pela reorganização e mobilização de vários movimentos sociais, que impulsionam importantes transformações na conjuntura política. A saúde passa a contar com a participação de novos personagens na discussão das condições de vida da população e das propostas do governo apresentadas para o setor saúde, evidenciando um novo direcionamento para a área. Todo esse processo se dá por meio do chamado Movimento de Reforma Sanitária (ARAÚJO, 2007).

Nesse período surge uma nova concepção de saúde que procura articular fatores externos à saúde, como estilo de vida, meio ambiente, fatores econômicos e culturais, entre outros. Surge um novo paradigma sanitário: o da Produção Social da Saúde, pelo qual se tem uma concepção positiva e ampliada do processo saúde-doença. Conforme Mendes (1996, p.20):

Esse novo paradigma traz uma mudança não só na prática sanitária, mas uma verdadeira revolução na forma de pensar e fazer saúde. A prática médica é a vigilância à saúde, como uma ação integral que combina a promoção da saúde, ações de prevenção e de atenção curativa, baseando-se em três pilares: o território, compreendido como espaço em construção pela dinâmica social dos sujeitos; os problemas de saúde, vistos em sua totalidade; e a intersetorialidade, configurada em ações articuladas sobre os problemas.

As demandas colocadas a partir do projeto de Reforma Sanitária e todos os determinantes sociais do processo saúde-doença estabelecem uma nova dinâmica para o trabalho coletivo em saúde pública, para a qual se faz necessária a inserção de outros trabalhadores da saúde. Dentre eles, pela própria construção histórica e necessidade sociais explicitadas nesse artigo, destacamos a figura do assistente social. Segundo Carvalho; Alves; Araújo (2007, p.06):

A intervenção profissional do assistente social acontece no campo da proposição e formulação da gestão, do desenvolvimento e execução das políticas públicas, viabilizando o acesso dos segmentos das populações excluídas dos serviços, benefícios construídos e conquistados socialmente, principalmente no tocante às políticas de Seguridade Social, na perspectiva da formação para a cidadania e participação e exercício do controle social.

De acordo com Bravo (2007), a luta pelo desenvolvimento do novo paradigma da Produção Social da Saúde consolida-se nos anos de 1980, quando a saúde passa a assumir, de fato, uma dimensão política vinculada à democracia, através do fortalecimento do Movimento Sanitário.

Todo esse contexto impulsionou o surgimento de um movimento não menos importante em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira que se iniciou no contexto de reemersão dos Movimentos Sociais, entre os quais destacamos o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), nascido no final da década de 1970. A partir de um amplo movimento popular que passa a questionar o cerceamento das liberdades democráticas na ditadura, são deflagradas denúncias de maus-tratos (encarceramento, contenção física prolongada, uso de “camisa-de-força química”, etc.) a pessoas em condição de sofrimento psíquico, “tratadas” em hospitais psiquiátricos. Considera-se o episódio conhecido como “a crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), ocorrido em 1978, como o momento em que esse processo torna-se público. Articulados em torno da organização do MTSM também são denunciadas corrupção, fraudes, negligência, ausência de recursos e “psiquiatrização” do social no âmbito do subsetor da saúde mental (AMARANTE, 2006). O citado autor afirma que

A assistência à saúde mental no Brasil caracterizava-se pelo descaso e a privação dos direitos de cidadania dos usuários, que eram “jogados” aos milhares em hospitais espalhados por todo o país, em sua maioria privatizados e financiados pelo Governo. Era a chamada “indústria da loucura”. Tais hospitais apresentavam condições extremamente precárias. Os internos eram submetidos a maus-tratos, abandono, miséria e solidão.(AMARANTE, 2006,p.33)

A esse respeito, Vecchia (2006) ressalta o notável fato de que, no período da ditadura militar, ocorreu uma enorme expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados a ponto de, no ano de 1978, cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado à contratação de tais leitos.

Já nos primeiros anos da década de 1980, no período da co-gestão Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, o “Plano do Conasp” procurou estimular a descentralização e ambulatorização da assistência à saúde, em geral, através das Ações Integradas de Saúde (AIS). No campo da saúde mental, em particular, colocou-se a meta de reduzir em 30% as internações psiquiátricas, limitar o tempo médio de internação de 90 para 30 dias e expandir em 50% as consultas ambulatoriais, o que ocorreu de forma localizada e, ainda assim, com reação do setor privado. (VECCHIA, 2006)

O movimento de redemocratização pós-ditadura no Brasil foi altamente favorável para que um conjunto de transformações importantes na atenção à saúde mental (teórico e técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais) fosse estabelecido e incorporado às políticas

de Estado. Estas transformações são conhecidas como o Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica.

O projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira, com forte influência da Psiquiatria Democrática, traz em seu bojo propostas de reformulação do modelo assistencial, no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico. Isso significa questionar o paradigma baseado na classificação do sofrimento psíquico como doença; na concepção do psiquiatra como detentor dos saberes/práticas voltados à reabilitação; na idéia que a “cura” do sujeito enfermo seria obtida através da sua segregação num hospício (AMARANTE, 1995).

Nesse contexto ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que, com ampla participação da sociedade civil, tornou-se um dos marcos mais importantes da história sanitária do país, apontando as diretrizes que, dois anos mais tarde, seriam incorporados à Constituição de 1988 e que constituem o SUS. Como desdobramento da 8ª CNS, foram propostas conferências de áreas temáticas específicas, dentre elas a de Saúde Mental. Esta ocorreu em 1987, abrangendo temas programáticos como a cidadania dos “doentes mentais”, a necessidade de revisão da legislação e a reorganização da assistência à Saúde Mental. A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi o momento em que o movimento de Reforma Psiquiátrica passou a incorporar outras entidades, como a dos usuários e familiares, constituindo-se como Movimento Social na luta por uma sociedade sem manicômios (VECCHIA, 2006).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado. O SUS passa a ter seus fundamentos legais explicitados na Constituição Federal e nas Leis 8080/90 e 8142/90, nas constituições estaduais e nas leis orgânicas dos municípios, que incorporaram e detalharam os princípios da lei Magna do País.

Como referem Machado e Mocinho (2003), em 1989, o Projeto de Lei (PL) de autoria do deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, torna-se um marco histórico da luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria tradicional. O objetivo do referido PL é alterar a Legislação de 1934, que privilegia o modelo segregador e dissocializante do hospital asilar como único recurso “terapêutico”.

Em relação à Reforma Psiquiátrica, Rabelo (2005) registra que, oficialmente, os documentos preliminares, que posteriormente institucionalizaram a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, basearam-se na Declaração de Caracas (1990) que, em nível internacional, norteou o debate sobre a mudança no modelo de atenção à saúde mental

estabelecendo, como eixo da reestruturação da assistência psiquiátrica, a estratégia da Atenção Primária à Saúde (APS), no quadro dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), como forma de viabilizar modelos de atenção centrados nas populações locais e dentro de suas redes sociais. Quatro eixos principais foram estabelecidos: a) garantia de direitos civis para usuários com “transtornos mentais”, conforme a Carta das Nações Unidas (1991); b) superação do hospital psiquiátrico como unidade de tratamento; c) reestruturação do sistema de assistência psiquiátrica para reduzir a exclusão de pacientes mentais; d) construir uma rede diversificada de serviços, garantindo acesso, eficácia e eficiência no tratamento de portadores de transtorno mental.

Na opinião de Amarante (2007), a realização de mais duas Conferências de Saúde Mental, a de 1992 e a de 2001, ambas ocorridas em Brasília, ofereceram possibilidades inigualáveis de participação dos atores sociais na discussão das políticas de saúde mental e atenção psicossocial.

Porém, a restrição à internação de pessoas em instituições com característica asilar só se formaliza oficialmente com a aprovação, pelo Congresso Nacional, do já citado Projeto de Lei Paulo Delgado, depois de doze anos de sua apresentação, efetivado pela Lei 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001, estabelecendo os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, limitando e regulando as internações.

Esperidião (2001) afirma que a aprovação desta lei constituiu um avanço histórico, culminado pelo empenho de uma série de segmentos sociais engajados no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, embora ainda insista em que há um longo caminho pela frente, a fim de incorporar as alterações decorrentes da lei nas ações de saúde coletiva.

Nesse contexto de incentivo à desospitalização da assistência psiquiátrica, o Ministério da Saúde dá seguimento ao processo de reestruturação da saúde mental por meio dos modelos alternativos e substitutivos, propostos pela Reforma Psiquiátrica. Estes modelos foram subdivididos em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Residências Terapêuticas, Saúde Mental na Rede Básica de Saúde, Programas de Redução de Leitos Psiquiátricos, entre outros (MELLO, 2007).

Na especificidade da atenção em nível da atenção básica no SUS no que se refere à saúde mental, é instituída a Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004) que define normas para a atenção em saúde mental, tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial), quanto em nível hospitalar. A portaria é um marco legal em termos da atenção primária à saúde mental no SUS. Resgata os princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações e as

diretrizes de diversidade de métodos e técnicas terapêuticas, garantindo continuidade da atenção, multiprofissionalidade, participação social e comando único em cada esfera de responsabilidade (VECCHIA e MARTINS, 2008).

A proposta, como afirmam Lucchese et al (2009), é que os diversos níveis de atenção à saúde formem uma rede precisa, que responda as demandas da saúde mental em coresponsabilidade com a comunidade. Assim, o nível primário de atenção se apresenta como um "espaço" privilegiado para que esse envolvimento ocorra.

A seguir, apresentamos como está configurada a AB enfatizando a Saúde da Família, estratégia tida como porta de entrada e de acolhimento dos problemas de saúde.

3. CONSIDERAÇÕES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Posteriormente, a PNAB foi revisada pela Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011).

Esta noção de AB reconhece a complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis e estimula o desenvolvimento de ações intersetoriais, que incorporam a realização de parcerias com outras instituições e a comunidade para a solução dos determinantes dos problemas de saúde. Estas ações são pautadas na valorização do trabalho

em equipe, na democratização do conhecimento sobre o processo saúde e doença, e política de saúde, e no incentivo à organização da comunidade para o controle social.

Uma das estratégias fundamentais da AB é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, de acordo com Heimann e Mendonça (2005), supõe uma concepção ampliada de saúde e seu reconhecimento como direito de cidadania; a eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde; e a identificação de risco social e epidemiológico no território. Para o Ministério da Saúde, a partir da definição e organização da ESF como porta de entrada, desencadear-se-ia a reorganização de todo o SUS, também em seus níveis de média e alta complexidade, visando o atendimento integral à saúde e ao aprofundamento da municipalização.

Os referidos autores registram que, no Brasil, a adoção da SF ocorre a partir de 1994, quando o Ministério da Saúde divulgou o primeiro documento oficial, denominado “Programa Saúde da Família: dentro de casa”, definindo o convênio entre o governo federal, estados e municípios, com o mecanismo de financiamento, exigências de contrapartidas e critérios de seleção de municípios.

Segundo Franco e Merhy (2000) em setembro de 1998 foram definidos pelo Ministério da Saúde os princípios norteadores da SF, como sendo: a) caráter substitutivo, ou seja, substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde; b) integralidade e hierarquização: a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado AB, devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema; c) equipe multiprofissional, composta minimamente por um(a) médico(a) generalista ou médico de família, um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS); d) territorialização e adscrição da clientela: devendo cobrir cerca de 4.500 habitantes e referenciar-se a uma UBSF, que assegura acesso do usuário na rede do SUS.

Heimann e Mendonça (2005) ressaltam que o Ministério da Saúde, posteriormente ao período de implantação do PSF, considerava que outros profissionais poderiam ser incorporados à equipe mínima, porém não garantia o financiamento para tal. Portanto a iniciativa seria da gestão local, de acordo com a organização e as necessidades de cada município. Depois foram inseridos à equipe da SF um (a) dentista e um (a) auxiliar de consultório dentário. Mais recentemente, alguns municípios incluíram outros profissionais, como assistentes sociais e fisioterapeutas em suas equipes de SF.

Com base na PNAB-2006, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade. Esta portaria estabelece em seus artigos 5º e 6º os quantitativos de equipes para implantação do NASF I (mínimo de 08 equipes de saúde da família vinculadas) ou NASF II (mínimo de 03 equipes de saúde da família vinculadas e densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ano base 2007. Constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuam em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família.

A PNAB foi revisada pela Portaria Nº 2.488/ 2011, definindo a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde, num determinado território geográfico, responsável não apenas pela oferta de serviços, mas ocupando-se também de como estes estão se relacionando. Dessa forma busca assegurar que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, a fim de garantir a integralidade da atenção. A principal porta de entrada e de comunicação entre os diversos pontos da RAS é a Atenção Básica, através da SF, considerada estratégica e a partir da qual seria possível consolidar-se a mudança do modelo de atenção em saúde, além de se destacar a mesma como sendo o espaço por excelência de acolhida das questões relacionadas à saúde mental. (BRASIL, 2011).

No próximo item são apresentadas as diretrizes, bem como as possibilidades e os limites postos à articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica, a partir da Estratégia Saúde da Família.

4. SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: possibilidades e limites desta articulação

No Brasil, assim como em outros países nos quais as Reformas Psiquiátricas são fundamentadas na desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e na consolidação de bases territoriais do cuidado em saúde mental, vêm sendo enfatizadas diretrizes em torno de uma rede que contemple a atenção básica como lócus preferencial de desenvolvimento de

ações de tipo preventivo e promocional da saúde, além de se considerar que grande parte dos problemas de sofrimento psíquico podem ser acompanhados nesse nível de assistência, sem que sejam necessariamente referenciados a níveis especializados do sistema de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), em documento publicado em 2008 (OMS e WONCA, 2008) apontam sete motivos para integrar a saúde mental na atenção básica. São eles:

1. O volume de problemas mentais é grande em todas as sociedades. Eles criam uma carga pessoal substancial para os indivíduos afetados e as suas famílias, e levam a dificuldades econômicas e sociais significativas que afetam a sociedade no seu todo.
2. Os problemas de saúde mentais e físicos estão interligados. Serviços de cuidados primários integrados ajudam a assegurar que as pessoas sejam tratadas de maneira a atender suas necessidades.
3. O déficit de tratamento em relação à saúde mental é enorme. Em todos os países há uma diferença significativa entre a prevalência de problemas mentais, de um lado, e o número de pessoas a receber tratamento e cuidados, do outro lado.
4. Cuidados primários para saúde mental otimizam o acesso. Quando a saúde mental é integrada nos cuidados primários as pessoas podem ter acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, conservando assim as suas famílias juntas e possibilitando a manutenção das suas atividades quotidianas.
5. Cuidados primários para saúde mental promovem o respeito pelos direitos humanos. Serviços de saúde mental prestados em cuidados primários minimizam o estigma e a discriminação. Também eliminam o risco de violações de direitos humanos que podem ocorrer em hospitais psiquiátricos.
6. Cuidados primários para saúde mental são acessíveis em termos de custo e apresentam uma boa relação custo-benefício.
7. Cuidados primários para saúde mental geram bons resultados em termos de saúde. A maioria das pessoas com problemas mentais que são tratadas no nível primário apresentam bons resultados, particularmente quando ligados a uma rede de serviços ao nível secundário e na comunidade.

O relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001) traz recomendações específicas referentes à inclusão das ações de saúde mental na rede de atenção básica, tais como: realizar ações de vigilância em saúde mental relacionadas aos locais de trabalho e condições de moradia, etc.; criar equipes especializadas de referência para as equipes da ESF e PACS (as equipes volantes, com a proporção mínima de uma equipe

especializada para cada cinco equipes de SF); garantir minimamente um profissional de saúde mental de referência para cada duas equipes de SF, com atenção prioritária a casos graves, e proporcionar prevenção em saúde mental valendo-se de recursos comunitários.

Em se tratando dessa reforma substitutiva, que possui legislação própria (BRASIL, 2003) que determina as especificidades de suas ações, Scóz e Fenili (2003) chamam a atenção para alguns aspectos que possibilitam a convergência de ações de saúde mental na SF, por exemplo: os princípios do SUS; modalidades de cuidado que garanta a escuta, o vínculo, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e estejam atentas, recusando as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização; planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional; desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários; atendimento às pessoas em situações de gravidade, através de ações efetivas que viabilizem o acesso.

Lucchese et al (2009) apontam como importantes pontos de articulação entre a Saúde da Família e atenção à saúde mental, na lógica da Reforma Psiquiátrica, o desafio de tomar a família em sua dimensão sócio-cultural como objeto de atenção, de planejar e executar ações num determinado território, promover cidadania, participação comunitária e constituir novas tecnologias para melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A efetivação desse propósito pressupõe a integração entre a ESF e os serviços substitutivos, como o CAPS, conforme ressaltam Coimbra et al (2005, p.16):

Nos municípios onde não há CAPS, a equipe de SF, deveria receber capacitação de uma equipe de saúde mental, do próprio município, de um município vizinho ou até mesmo da Secretaria de Saúde do Estado, para que os profissionais possam ter alguns subsídios para auxiliar na assistência à demanda de pessoas em sofrimento psíquico das mais variadas origens: esquizofrenia; distúrbio bipolar afetivo; depressão; neuroses; alcoolismo; drogadição; fármaco-dependência de benzodiazepínicos; tentativa de suicídio; e problemas de ordem social que afetam direta e indiretamente as pessoas e suas famílias, como: violência sexual; violência urbana; maus tratos a crianças e idosos, dentre outros.

O Ministério da Saúde preconiza que é de fundamental importância a atuação da equipe de SF na identificação precoce de alterações de comportamento e outros sinais crônicos de agudização do quadro de transtorno psiquiátrico, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas em sofrimento psíquico. Também recomenda que sejam promovidas discussões com a família e a comunidade sobre a inserção social desses

usuários, buscando romper ou pelo menos minimizar o estigma existente em relação a tais problemas de saúde (BRASIL, 2000).

A Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004) estabelece além do atendimento individual, o atendimento grupal (grupo operativo, grupo terapêutico, grupos de orientação, atividades socioterápicas, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde, etc.), as visitas domiciliares (que podem ser realizadas por técnicos de nível médio e/ou superior) e atividades comunitárias na área de referência do serviço devem ser consideradas no planejamento das ações de assistência e prevenção.

Como afirmam Lancetti e Amarante (2006, p. 615): “Fazer saúde mental hoje é uma tarefa que compete a todos os profissionais de saúde, especialmente os que operam na atenção primária”. Isto significa que o atendimento ambulatorial das ações de saúde mental também deve ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional.

Os referidos autores sublinham características que favorecem o trabalho de saúde mental na SF: há tratamento continuado; pratica-se o acolhimento; desenvolvem-se ações coletivas; o médico de família e, algumas vezes, o agente comunitário de saúde tem poder vinculador maior que um psiquiatra ou um psicólogo. Nestes espaços, os profissionais conhecem os usuários pelo nome, conhecem suas biografias e o seu território existencial e geográfico, experimentam várias maneiras de relacionamento com eles. Os usuários também conhecem de perto a equipe e depositam nela diversos sentimentos, que podem ser negativos ou positivos. Essa relação pode contribuir para o processo terapêutico ou transformar-se em carga insuportável. Daí a importância da capacitação, do apoio dos profissionais especializados em saúde mental.

Embora a inclusão de ações de saúde mental na AB e mais especificamente nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) seja uma necessidade, o grau de complexidade inerente dificulta sua implementação de fato. De acordo com Paulon e Neves (2013), as poucas experiências registradas na literatura entre 1997 e 2007, consistiam basicamente em capacitações e discussões de casos, atendimento psicológico, realização de atividades em grupo, criação de espaços de acolhida, ou seja, experiências incipientes que não possibilitam a caracterização de uma articulação expressiva.

Na literatura consultada verifica-se que, em termos da gestão dos serviços, é consenso que uma relação estreita destas estratégias substitutivas ao hospital psiquiátrico com a atenção primária à saúde é condição necessária para que se constitua uma rede de cuidados progressivos e integrais em saúde mental. Ainda assim, colocam-se várias questões: na prática

cotidiana, as experiências têm conseguido caminhar concretamente no sentido dos princípios de desinstitucionalização? Esta necessária parceria entre ESF e Saúde Mental tem se efetivado de fato? Quais os seus limites?

Para Nunes; Jucá e Valentim (2007), embora a Política de Saúde Mental estimule práticas pautadas no território, articuladas em rede de serviços de saúde, voltadas ao desenvolvimento de ações de saúde mental na AB, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que vem sendo efetivado. O que se observa na realidade concreta é que iniciativas deste teor são ainda incipientes.

Tanaka e Ribeiro (2009, p. 05) reforçam essa constatação quando afirmam que:

Apesar dos esforços da Coordenação Geral da Saúde Mental/DAPE/SAS/MS, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é uma realidade pouco freqüente. No documento 'Política Nacional da Atenção Básica-2006', não há nenhuma referência às ações de saúde mental e não há indicadores relativos às ações de saúde mental realizadas pelas equipes do PSF no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ainda que propostas já tenham sido elaboradas.

Outros pesquisadores dessa temática têm chegado a algumas conclusões, a partir das quais se pode sintetizar diversos aspectos relevantes que podem contribuir para responder a estas questões, como os citados por Mielke e Olchowsky (2010, p.4)

Entendemos que a inclusão das ações de saúde mental na ESF está ocorrendo de maneira lenta e gradual, embora prejudicada, em alguns contextos, por aspectos relacionados à insuficiência de serviços de saúde mental tanto em quantidade como em qualidade. Outros aspectos que a prejudicam são relacionados à desarticulação da rede de serviços de saúde mental, à falta de comunicação entre os próprios serviços de saúde e entre os diferentes setores e ao desconhecimento da proposta de inclusão da saúde mental no território a partir da ESF como estratégia potencial para a reabilitação psicossocial.

O último aspecto citado pelas autoras acima é, de fato, um dos mais apontados nos trabalhos selecionados para esse estudo. O desconhecimento sobre as propostas do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de ações de saúde mental na AB, por parte dos profissionais da ESF, leva-nos a inferir que há pouco ou nenhuma capacitação na área.

De acordo com Pagliarini; Costa e Paiano (2012.p.3):

Para a implantação desse modelo de atenção são necessários conhecimentos e habilidades técnicas capazes de impedir que a assistência se torne fragilizada e ineficaz. A não formação específica, a ausência de atualizações na área de saúde mental e a dificuldade em acompanhar as mudanças propostas pela reforma podem tornar-se elementos complicadores.

Na pesquisa de Gama e Campos (2009) o tema da formação está presente como uma das necessidades mais urgentes relacionada à saúde mental na AB. A primeira questão apontada está relacionada aos próprios cursos técnicos e de graduação que, na maioria das vezes, propõem conteúdos da Saúde Mental muito descontextualizado da AB.

O mesmo resultado foi evidenciado em estudo por nós desenvolvido (SOUSA, 2013) na cidade de Sumé/PB. Ao realizar uma pesquisa de campo entre os profissionais da ESF do município, constatamos que, em sua grande maioria, os profissionais referem-se à falta de conhecimento, de capacitação específica sobre o tema, para que possam estar preparados para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência.

Arce e Sousa (2010) destacam que a falta de apoio matricial, é outro aspecto complicador, visto que as equipes de Saúde da Família não podem assumir sozinhas o cuidado em Saúde Mental. É necessário uma co-responsabilização, entre profissionais e serviços. A esse respeito, Pinto et. al (2012, p. 09) salientam que:

É no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada. Com o apoio matricial, a integração incide na interlocução entre CAPS e ESF, sobretudo. Dessa maneira, o trabalho das equipes do matriciamento compartilham informações territoriais, demandas clínicas e de procedimentos bem como ampliam seu potencial resolutivo perante os casos clínicos de saúde mental.

Este é um aspecto relevante, pois, entre outros fatores, uma rede substitutiva que não funcione eficientemente pode ocasionar o aumento de internações hospitalares, contrariando o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), que postula que as ações de Saúde Mental na Atenção Primária devem obedecer a um modelo de redes de cuidado de base territorial.

De acordo com as suas diretrizes (BRASIL, 2010), o apoio matricial é central na proposta dos NASF. Remete à compreensão de uma tecnologia de gestão que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência” e apresenta as dimensões de suporte assistencial, que vai produzir ação clínica direta com os usuários; e a ação técnico-pedagógica, que vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe..Cabe, portanto, aos profissionais da área psi, quando percebem dificuldades de uma equipe nesse campo, exercitar a dimensão técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a

compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de SF, para que possa lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos.

Arce e Sousa (2010) apontam ainda outros fatores considerados dificultadores: a) concepção medicalizante e fragmentada do cuidado em Saúde Mental, resultando em práticas que tendem a reduzir o processo terapêutico a atendimentos médico-ambulatoriais, tendo a medicação como principal recurso para aliviar o sofrimento. b) como reflexo da precária formação em Saúde Mental, os profissionais trazem para suas práticas preconceitos e idéias de senso comum estigmatizantes, que dificultam ainda mais o acesso das pessoas aos serviços.

Conclusões semelhantes são encontradas também em Nunes; Jucá e Valentim (2007, p. 05):

Entre as práticas realizadas com pacientes portadores de transtornos mentais nas ESF estudadas, existem aquelas que podemos definir como inadequadas ou pautadas em concepções retrógradas dentro do campo da saúde mental com base em três parâmetros. O primeiro deles diz respeito a ações excessivamente normatizadoras e apoiadas no modelo biomédico hospitalocêntrico. O segundo destaca ações de cunho discriminatório e o terceiro, aquelas de caráter moralista-repressivo. [...] Pelo relato, observa-se que existe uma tentativa de manejo de alguns casos apoiada em formas muito biomédicas e tradicionais de compreensão da doença mental, pautadas na medicação, na normatividade dos comportamentos, na expectativa de comportamentos agressivos e na internação como horizonte terapêutico.

Portanto, são muitos os limites encontrados para a efetiva articulação entre as políticas de AB e Saúde Mental. Limites estes que se configuram em problemas que devem ser considerados pelas gestões dos sistemas de saúde, em todos os níveis, e pelos profissionais de saúde da Atenção Básica. Trata-se da necessidade de buscar estratégias de ampliação da capacidade das equipes e de um planejamento eficaz das ações, que possibilitem assegurar aos usuários em sofrimento psíquico o atendimento adequado, considerando os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto no decorrer desse trabalho, a Reforma Psiquiátrica Brasileira que tem a desinstitucionalização como propósito nas relações do cuidado em saúde mental, propondo novas alternativas de atenção com foco no sujeito em seu território, a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, a partir da ESF, pode favorecer a consolidação da rede de cuidados em saúde mental, bem como a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico.

Com base no referencial teórico utilizado, pôde-se compreender que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira revolucionou a área da Política de Saúde Mental no Brasil. O sofrimento psíquico deixa de ser um assunto distante do cotidiano e passa a fazer parte da vida da sociedade, que assume papel fundamental no novo olhar: o psicossocial, possibilitando a desmistificação e superação de preconceitos. Propõe um processo de reinserção social, no qual o usuário é estimulado na retomada de sua vida com autonomia, valorizando sua cidadania. O indivíduo em sofrimento psíquico é considerado um sujeito de direitos e deveres, e o cuidado em saúde mental deve ser desenvolvido de acordo com esse entendimento.

Nesse contexto, a Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família é tida como porta de entrada e de acolhimento dos problemas de saúde e que, de acordo com os preceitos do SUS, é fundamentada no atendimento do indivíduo, a partir de uma visão sistêmica e integral, no seu contexto familiar e social, com o compromisso de responsabilização em relação à promoção, prevenção e recuperação da saúde (entendida com um conjunto de aspectos físicos, psíquicos e sociais). Dentre os problemas de saúde que emergem com a aproximação das comunidades, destacam-se as questões de saúde mental.

Porém, como apontado no estudo, esta "nova" demanda explicita as deficiências dos serviços tanto relativas à insuficiência na formação da equipe de saúde quanto à carência de instrumentos, apoio técnico especializado e organizacional para a resolução e/ou encaminhamento dos problemas identificados e/ou demandados pelos usuários. Constata-se o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência; a tendência à medicalização dos sintomas e, por fim, a dificuldade de estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência.

Conclui-se, portanto que o investimento na melhoria da atenção aos problemas de saúde mental é passo necessário e imprescindível. Há grande necessidade de uma ação conjunta entre a saúde mental e a atenção básica, priorizando a capacitação das equipes envolvidas na assistência da Estratégia de Saúde da Família. É importante salientar que nenhuma outra situação de saúde apresenta este grau de complexidade, que contempla aspectos biológicos, emocionais e sociais. O planejamento das ações em saúde na atenção básica integrado às políticas locais de saúde mental poderia auxiliar na definição de competências de cada dispositivo da rede de atenção e conduzir a uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos Pela Vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Rumo ao Fim dos Manicômios. In: **Revista Mente e Cérebro**. n. 164, set./2006

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, R. M. de. **Família e Saúde Mental**: Um olhar sobre a relação família/portador de transtornos mentais do bairro de Monte Castelo.. Monografia (Graduação em Serviço Social). UEPB, Campina Grande, 2007.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. Práticas de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão das potencialidades e limites para a construção de um cuidado integrado. In: **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, 2010. Disponível em www.scielo.br/scielo Acesso em 04/09/2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica**: Programa Saúde da Família. Caderno 3. Brasília, 2000. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf. Acesso em 04/09/2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 02/09/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf. Acesso em 12/09/2013

_____. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não: relatório final**. Brasília: [s.n.], 2001. 213p.

Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf Acesso em 12/09/2013

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em bvsms.saude.gov.br/bvs/.../caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf Acesso em 12/09/2013

BRAVO, M.I.S. Política de Saúde no Brasil. In: : MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2007.

CARVALHO, R. N.; ALVES, C. S.; ARAÚJO, R. C. X.S. **Política de Saúde e Serviço Social**: Programa Saúde da Família como elemento de debate para o assistente social. In: III Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA, 2007. Disponível em www.joinpp.ufma.br. Acesso em 04/02/2014

COIMBRA, V.C.C. et al. A Atenção em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.07, n.01, p. 113-117, 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 06/09/2013

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental: a inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 1, jan./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 25/02/2013

FRANCO, T. B.; MERHY, E. B. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: **Anais do Congresso Paulista de Saúde Pública**, 2000. Disponível em <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/PSF-contradicoes.pdf>>. Acesso em 02/07/2013

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental - Vol.1 N.2 - Out/Dez de 2009**. Disponível <<http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/>> Acesso em 11/07/2013

HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A Trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: Uma Busca de Identidade. In: LIMA et al (org.). **Saúde e Democracia – História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS et al(org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

LUCHESE , R. et al. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: Caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.25,n.09.Rio de Janeiro,set.2009.

MACHADO, A. P.; MOCINHO, R. R. Saúde Mental: um desafio no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 2 ,jul./dez. 2003.p.160-170

MELLO, A. N. **O Portador de Transtorno Mental, Sua Realidade e Percepção Quanto à Atuação do Programa Saúde da Família (PSF): Um Estudo na Comunidade do Bairro das Cidades - Campina Grande/ Pb.. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social)**. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2007.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista Brasileira de Enfermagem**.vol.63 no.6 Brasília Nov./Dec. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>Acesso em 12/07/2013

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2375-2384, 2007.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança.** Genebra, 2001. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf> acesso em 10/09/2013

OMS/WONCA. Organização Mundial de Saúde. Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** 2008.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulinas, 2013.

PAGLIARINI, W. M. A.; COSTA, B.; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Revista de Enfermagem . USP**, vol.46 n.5 São Paulo Oct. 2012.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciência e Saúde Coletiva** vol.17, n. 3, Rio de Janeiro, Mar. 2012.

RABELO, A. R. et al. **Um manual para o CAPS.** Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA, 2005.

SCOZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no Programa Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.5, n.2, p.71, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 25/02/2013

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e saúde coletiva** vol.14 n.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009 [http : www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 02/02/2013

SOUSA, H. M. **A Atenção à Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família no Município de Sumé- PB.** Trabalho de Conclusão do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Pública. Universidade Federal de Campina Grande. Sumé, 2013.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO; E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência e saúde coletiva**, vol.14, n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2009. Disponível em: [http : www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo). Acesso em 02/02/2013

VECCHIA, M. D. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2006.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S.T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, 2008. Disponível em:<<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo87pdf>>. Acesso em: 25/02/2013