



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA – UFRB  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:  
A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

**LARISSA MUNIZ RIBEIRO ARAS DOS SANTOS**

CRUZ DAS ALMAS - BA.  
Março - 2016

**LARISSA MUNIZ RIBEIRO ARAS DOS SANTOS**

**SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA:  
A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), como requisito final para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Lúcia da Silva Sodré

CRUZ DAS ALMAS – BA.  
Março - 2016

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais essa oportunidade de crescimento e por me revestir de forças para lutar pelos meus sonhos;

Aos meus guias de luz, pela proteção;

A minha amada mãe, Izabel, por estar ao meu lado em todos os momentos me motivando a seguir em frente e por ser o meu espelho de resignação e coragem;

A Fábio, meu amor, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações e receios inerentes ao desenvolvimento deste trabalho, pela confiança depositada, companheirismo e cuidado diários. Seu apoio e incentivo foram fundamentais para que pudesse concluir essa etapa;

As minhas queridas amigas, companheiras de vida, por compartilharem comigo alegrias e dificuldades e por tornarem os meus dias mais leves. Em especial, a Nanda, que nos últimos anos compartilhou comigo as vitórias e dificuldades cotidianas e que se tornou muito mais que uma colega do mestrado, obrigada pela amizade e serenidade que me transmite;

A Val, pela inestimável ajuda. Sua colaboração foi de extrema importância para a conclusão deste trabalho;

Aos colegas do mestrado, pelas trocas enriquecedoras, apoio e por serem exemplos de motivação e superação de dificuldades.

A minha orientadora, Maria Lucia, pelas contribuições feitas durante a elaboração deste trabalho que me permitiram aprimorar e lançar um novo olhar ao mesmo.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa, agradeço pela disponibilidade e pelos diálogos enriquecedores. A contribuição de vocês foi de inestimável importância para uma maior compreensão do tema proposto.

A todos vocês, a minha eterna gratidão.

**Eu atravesso as coisas — e no meio da travessia não vejo! - Só estava era entretido na ideia dos lugares de saída e de chegada. Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa; mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo, bem diverso do que em primeiro se pensou (...) o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia...**

**(ROSA, 1994, pp. 42/85).**

## RESUMO

O novo modelo de atenção em saúde mental preconiza a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e a integração destas no âmbito familiar e social, sendo a integração da saúde mental com a atenção básica apontada como um caminho fundamental para o fortalecimento e consolidação da atenção psicossocial, visando à operacionalização de ações que caminhem no sentido da não institucionalização dessa população e do investimento no empoderamento e autonomia da mesma. Nesse sentido, a inserção de ações que objetivem atender às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica é um dos desafios propostos pela Reforma Psiquiátrica e perpassa pela comunicação e articulação entre esse nível de atenção e os serviços de referência em saúde mental, com vistas à construção de ações coletivas e intersetoriais. O presente trabalho teve como objetivo identificar se existe o apoio matricial e o desenvolvimento de ações conjuntas entre a Atenção Básica de Saúde e os Serviços de referência em Saúde Mental da cidade de Santo Antônio de Jesus – BA, a fim de compreender a relação estabelecida entre os mesmos no município. Além disso, pretendeu analisar como profissionais da Atenção Básica compreendem e identificam o sofrimento psíquico em pessoas que buscam atendimento nas unidades de saúde e quais as ações realizadas para prestar o cuidado a essa população. Para tal, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e explicativo, por meio da aplicação de entrevista semiestruturada com profissionais das Unidades de Saúde, dos Centros de Atenção Psicossocial e do Ambulatório de Saúde Mental do município. Os resultados encontrados indicaram que a inclusão de ações de assistência à saúde mental na atenção básica em Santo Antônio de Jesus tem enfrentado dificuldades e é uma realidade ainda não contemplada na atuação dos profissionais que compõem essas equipes. Os impasses que emergiram nos discursos desvelaram uma carência de suporte às equipes de saúde da família no que tange ao cuidado em saúde mental e a inexistência do apoio matricial nesse campo, além de concepções estereotipadas acerca do sofrimento psíquico e a manutenção da lógica de atuação biomédica na condução da dinâmica das unidades de saúde da família.

**Palavras-Chave:** Sofrimento Psíquico, Reforma Psiquiátrica, Políticas Públicas.

## ABSTRACT

The new model of mental health care calls for the deinstitutionalization of people in psychological distress and the integration of the family and social environment, and the integration of mental health with primary care identified as a fundamental way to the strengthening and consolidation of psychosocial care, aiming at the implementation of actions that walk towards non institutionalization of this population and investment in the empowerment and autonomy of it. In this sense, the inclusion of actions that aim to meet people in psychological distress in primary care is one of the challenges proposed by the Psychiatric Reform and permeates the communication and coordination between this level of care and referral services in mental health, with a view to building collective and intersectoral action. This study aimed to identify if there is a matrix support and the development of joint activities between primary health care and referral services in Mental Health of the city of Santo Antônio de Jesus - BA, in order to understand the relation between the same municipality. Furthermore, he intended to analyze how primary care professionals understand and identify the psychological distress in people seeking care in health facilities and that the actions taken to provide care to this population. For this, a qualitative study of descriptive and explanatory character was carried out through interviews with semi-structured application professionals from health units, the Psychosocial Care Centers and the county Mental Health Clinic. The results indicated that the inclusion of mental health care in the primary care in Santo Antonio de Jesus has struggled and is a reality not yet contemplated in the work of professionals that make up these teams. Deadlocks that have emerged in the speeches unveiled a lack of support for family health teams with respect to mental health care and the lack of matrix support in this field, as well as stereotypical conceptions of psychological distress and the maintenance of biomedical performance logic in driving the dynamics of family health units.

**Keywords:** Psychic Suffering, Psychiatric Reform, Public Policy.

## LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Atenção Primária

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensão

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PAC – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSM – Política Nacional de Saúde Mental

PSF – Programa de Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SM – Saúde Mental

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>1. POLÍTICAS PÚBLICAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	
1.1 Conceituando políticas públicas.....	17
1.2 Antecedentes do Sistema Único de Saúde: breve histórico das políticas de saúde no Brasil.....	19
1.3 O SUS na Constituição Federal: princípios e diretrizes.....	26
1.4 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família.....	28
1.5 Percursos da loucura e política de saúde mental brasileira.....	32
<b>2. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: VÍNCULO E DIÁLOGO NECESSÁRIOS PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO</b>	
2.1 Importância e dificuldades enfrentadas na articulação entre atenção básica e saúde mental.....	44
2.2 Saúde mental: possíveis ações na atenção básica.....	57
<b>3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO</b> .....	62
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	
4.1 O sofrimento psíquico e o agir em saúde mental na atenção básica: a compreensão das equipes.....	66
4.2 Diálogos e (des)encontros entre a atenção básica e os serviços de referencia em saúde mental.....	73
4.3 Dos demais impasses apontados para a realização de ações em saúde mental na atenção básica.....	80
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
<b>6. REFERÊNCIAS</b> .....	91
<b>7. APÊNDICES</b> .....	97



## INTRODUÇÃO

[...] Todo/a cidadão/ã tem o direito a uma equipe que lhe cuida, com a qual estabelece fortes vínculos terapêuticos, sustentáculo de processos de corresponsabilização no cuidado”.

(PASCHE, 2010, p. 19).

Este trabalho tem como enfoque duas importantes políticas públicas de saúde – a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e, se propõe a discutir a importância do diálogo e de ações articuladas entre os serviços de referência em saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família, partindo da compreensão que estas são dimensões imprescindíveis para uma prestação de cuidado integral e resolutiva às pessoas que buscam atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

No Brasil, as primeiras políticas públicas passaram a receber atenção do setor estatal no governo de Getúlio Vargas e referiam-se, em especial, embora não exclusivamente, às questões trabalhistas (AGUIAR, 2011). Somente a partir da década de 80, com o fim da ditadura, as políticas públicas brasileiras ganharam uma nova roupagem, sendo redesenhadas e ampliadas pela Constituição de 1988. A partir da promulgação da carta magna, o Estado passou a ser mais responsabilizado pela regulação, implantação e gestão das mesmas e foram propostos avanços específicos nas áreas de educação e saúde, com a universalização do ensino fundamental e o cerne para a criação do SUS.

A questão da saúde mental, inserida no âmbito do SUS, tem como pauta a busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup> (AMARANTE, 2006).

---

<sup>1</sup> Refere-se ao processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 2006).

Aspectos históricos de tal reforma têm sido discutidos na literatura setorial, assim como a crítica ao modelo de atenção manicomial, pautada em práticas excludentes, de alienação e violência às pessoas em sofrimento psíquico<sup>2</sup>.

Ribeiro e Dias (2011) apontam que a transformação desse debate em agenda governamental pode ser constatada em documentos do Ministério da Saúde, traduzidos em Leis e Portarias, ganhando contornos normativos. Destaca-se neste rol, enquanto um marco no processo político, a aprovação da Lei Federal 10.216 de 2001. Conhecida como Lei Paulo Delgado, ela redireciona o modelo de assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços com base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS preconiza a redução gradual e planejada dos leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização assistida de pessoas com longo histórico de internações. Ao mesmo tempo, prioriza a implantação de uma rede diversificada de Serviços de Saúde Mental com base comunitária, que seja capaz de atender com resolutividade as pessoas que necessitam de cuidados, tendo como finalidade a reinserção social destas (BRASIL, 2001). Nesse sentido, é de extrema importância à articulação da Saúde Mental com toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Básica (AB), que se constitui como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Conforme aponta o Ministério da Saúde, a AB caracteriza-se por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do

---

<sup>2</sup> Os documentos do Ministério da Saúde e parte da literatura consultada utilizam o termo 'transtorno mental' no lugar deste, ou, os dois termos enquanto sinônimos no corpo do texto. No entanto, neste trabalho, optou-se por fazer uso do termo sofrimento psíquico por considerar que este é mais adequado para se referir a uma compreensão que busca superar o paradigma médico e a concepção de tal vivência enquanto algo que necessita de uma adequação. No entanto, Who (1992) apud OMS (2005, p. 27), chama atenção que o termo "transtorno" é utilizado para evitar estigmas ainda maiores inerentes ao uso de termos como "enfermidade" e "doença". Dessa forma, aponta que este não é um termo exato, mas ainda é utilizado nesses documentos para indicar "a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado na maioria dos casos a sofrimento e a interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não deve ser incluído no transtorno mental conforme aqui definido".

exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011 p. 2).

A AB é desenvolvida de modo descentralizado, pela proximidade com as pessoas em seus territórios, deve ser o contato preferencial dos usuários com o SUS e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), considerando o sujeito em sua singularidade. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Desse modo, tem como uma de suas principais diretrizes possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde resolutivos e de qualidade, acolhendo os usuários, promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades, considerando que a Unidade Básica de Saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2011).

A AB Consiste em um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território, além da capacidade de ser resolutiva às questões de saúde apresentadas. É, então, ponto estratégico para a transformação e adoção de práticas no campo da saúde mental, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida e atenção integral das pessoas (SOUZA; RIVERA, 2010).

A importância da articulação da Saúde Mental com a Atenção Primária<sup>3</sup> é reiterada pelo Ministério da Saúde que aponta a importância da integralidade da atenção e constata que as equipes da Rede Básica, cotidianamente, se deparam

---

<sup>3</sup> Considera-se neste trabalho, em conformidade com documentos recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), atenção básica e atenção primária como termos equivalentes associados à noção de vinculação e responsabilização das equipes de saúde pelo cuidado continuado de pessoas em seus territórios, visando garantir a acessibilidade destas aos serviços de saúde e a prestação de atenção integral e resolutiva na gestão do cuidado. Desse modo, os dois termos aparecerão no corpo deste trabalho como correspondentes.

com questões de saúde mental e que, por sua proximidade com as famílias e comunidades, essas se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento das mesmas (BRASIL, 2005).

A noção de integralidade apontada, diz respeito ao conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Um modelo de atenção integral deve contemplar o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação, dispondo de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, até ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA, 2011).

Esta é a perspectiva proposta pela Lei Orgânica Nacional da Saúde 8.080/90 e está atrelada ao acesso a diferentes serviços, em diferentes níveis de atenção. Souza e Rivera (2010) apontam uma ampliação da compreensão de tal termo, extrapolando o conceito legislativo. Para os autores, o conceito de integralidade está relacionado à noção de direito e vem sendo utilizado ao se falar do indivíduo enquanto um sujeito biopsicossocial, que deve ser compreendido de modo integral, em suas diferentes necessidades. Portanto, integralidade envolve também a noção de responsabilização entre os segmentos sociais que compõem a rede, a fim de promover melhorias nas condições de saúde e de vida das pessoas, o que exige a composição e articulação de diferentes saberes e práticas.

Desse modo, a relação entre equipe e população assistida deve estar baseada na responsabilização pelo cuidado integral, que no âmbito da AB, refere-se também a uma ação longitudinal que requer a construção de vínculo e corresponsabilização, bem como o uso de tecnologias de trabalho como projetos terapêuticos singulares, interconsultas, grupos de discussão, entre outros, o que recombina ofertas tradicionais baseadas, meramente, em consultas individuais (PASCHE, 2010).

Avaliando que muitas vezes as equipes não se encontram preparadas para lidar com o tema, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão psicológica dos usuários nas ações da atenção básica, como uma forma de “[...] responsabilização em relação à produção da saúde, à busca da

eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo [...]” (BRASIL, 2005 p. 33), criando uma rede de cuidados em saúde mental pautada no modelo de redes de cuidado de base territorial e no estabelecimento de vínculos e acolhimento.

Nesse sentido, o tema em questão possui grande relevância social na medida em que amplia as pesquisas no cenário brasileiro sobre as ações de cuidado em saúde mental realizadas no contexto da atenção primária à saúde, e fornece elementos que podem contribuir para a construção e aperfeiçoamento de mecanismos destinados à proteção e promoção dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, além de possibilitar uma maior compreensão acerca da atuação de profissionais no que diz respeito à articulação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial no país.

A importância da realização de estudos que visem compreender tal articulação é apontada por diversos autores (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; LUCCHESI, et al. 2009; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUZA; RIVERA, 2010). Estes reforçam que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico no contexto da AB é um passo fundamental para possibilitar o acesso mais facilitado e rápido ao cuidado em Saúde Mental, o que visa não só proporcionar uma atenção integral e de melhor qualidade, como também visa à redução do índice de encaminhamentos inadequados e tratamentos impróprios ou não específicos, como, por exemplo, o encaminhamento para serviços especializados de casos que poderiam ser atendidos na atenção básica.

Destaca-se que o aumento da resolutividade referente às demandas de saúde mental por esse nível de atenção, está atrelado a capacitação das equipes das UBS/USF para atendê-las. Nesse sentido, o Ministério da Saúde aponta a importância do apoio matricial entre as equipes da Atenção Básica e de Saúde Mental. Este se configura enquanto:

[...] um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da Atenção Básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos (BRASIL, 2004, p.80).

A intenção de pesquisar sobre tal articulação localiza-se na minha experiência de atuação em um estágio realizado no CAPS II do município de Santo Antônio de Jesus - BA como requisito para cumprimento da matriz curricular do curso de graduação em Psicologia e, posteriormente, como psicóloga do Ambulatório de Saúde Mental e do CAPS I do município de Amargosa – BA.

O contato com serviços de referência da Rede de Saúde Mental e da Atenção Básica de ambos os municípios me despertou o interesse em pesquisar a temática, pois, a implantação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, acompanhadas pela mudança da lógica de tratamento pautadas em um modelo antimanicomial, tem indicado a necessidade de que a Atenção Básica seja compreendida e funcione efetivamente como um espaço que possa prestar atenção com resolutividade também às demandas de saúde mental.

Considerando que as equipes de AB são geralmente o primeiro meio de contato que o indivíduo faz com o Sistema de Saúde e, pela atuação no território, possuem vínculo privilegiado com a comunidade, essas têm um importante papel na assistência a tais demandas. No entanto, na prática cotidiana, muitos desses profissionais declaram que as questões de saúde mental são as que mais os angustia, gerando uma sensação de impotência e vulnerabilidade pessoal.

Em experiências de trabalho com alguns, percebi que muitos se encontravam impregnados pelo imaginário social da loucura<sup>4</sup> atrelada a uma visão negativa, associada à periculosidade, predominando uma visão de medo, insegurança e de rechaço. Tal aspecto contribuía para a reprodução de ações baseadas no modelo biomédico, priorizando práticas curativas e encaminhamentos de casos para os serviços de referência, havendo um desinvestimento e não responsabilização pelo atendimento dessa população nesse nível de atenção.

Em paralelo, ao identificar as dificuldades advindas da atenção básica, em muitos casos, os serviços de referência aventavam a necessidade de se discutir tal

---

<sup>4</sup> Termo aqui utilizado em referência as pessoas em sofrimento psíquico para demarcar a condição de representantes sociais de uma posição de alteridade, uma diferença que a sociedade não reconhece como pertencente a si, e, portanto, estigmatiza e segrega.

aspecto e estreitar as ações com as unidades de saúde, mas na prática mantinham-se afastados e apresentavam dificuldades em sistematizar e propor estratégias com o objetivo de facilitar a articulação entre os serviços e oferecer suporte a essas equipes no que tange ao atendimento das pessoas em sofrimento psíquico.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo geral identificar se existe o apoio matricial e o desenvolvimento de ações conjuntas entre a Rede Básica de Saúde e os Serviços de referência em Saúde Mental (CAPS II, CAPS ad e Ambulatório de Saúde Mental) da cidade de Santo Antônio de Jesus – BA, a fim de compreender a relação estabelecida entre os mesmos no município. Além disso, teve como objetivos específicos, analisar como profissionais da Atenção Básica compreendem e identificam o sofrimento psíquico em pessoas que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da família e quais as ações realizadas por esses profissionais para prestar o cuidado a essa população.

Para tal, foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e explicativo, por meio da aplicação de entrevista semiestruturada com os profissionais das unidades de saúde da rede básica e dos serviços de referência em saúde mental. Para fomentar a discussão a que se propõe, o trabalho encontra-se dividido da seguinte forma: além de informações gerais que compõem a introdução, como apresentação, relevância do tema proposto e objetivos da pesquisa, são apresentados quatro capítulos.

O primeiro capítulo contextualiza o conceito de políticas públicas e faz uma breve revisão histórica acerca das políticas de saúde no Brasil, abordando a política nacional de atenção básica em seu modelo atual, tendo a estratégia de saúde da família como diretriz prioritária para sua operacionalização. Com relação ao campo da saúde mental, este capítulo objetiva fazer uma breve explanação das diferentes percepções acerca da loucura que compreenderam os períodos da idade clássica até a modernidade, para facilitar o entendimento do movimento da Reforma Psiquiátrica e instituição da atual política de saúde mental brasileira.

O segundo capítulo se propõe a discutir a importância da articulação e do diálogo entre a Atenção Básica e a Saúde Mental no que tange a prestação de uma atenção resolutiva e integral as demandas apresentadas, para tal, aborda a

importância e dificuldades enfrentadas e apresenta algumas ações de saúde mental possíveis de serem desenvolvidas no nível primário.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada no presente estudo e por fim, no quarto capítulo, são apresentados os resultados e discussões referentes às dificuldades enfrentadas para o estabelecimento desse diálogo em Santo Antônio de Jesus – BA, apontando para a escassez de ações articuladas entre a atenção básica e saúde mental no município.



## 1. POLÍTICAS PÚBLICAS E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### 1.1 Conceituando Políticas Públicas

O termo políticas públicas é marcado por uma polissemia de significados e estudado por diversas áreas do conhecimento. Desse modo, tem a sua descrição e definição abrangidas por campos interdisciplinares como as Ciências Sociais Aplicadas, a Ciência Política e a Administração Pública. Para uma melhor compreensão do conceito, é importante que se tenha um entendimento prévio relativo ao termo política, já que o mesmo é imprescindível para o entendimento do campo de Públicas.

Conforme aponta Rodrigues (2013), historicamente o termo política teve sua origem atrelada ao adjetivo *Politikós* derivado da palavra grega *pólis*, referindo-se à cidade, ou seja, ao que é urbano, público, civil e social e é habitualmente empregado para indicar um conjunto de atividades que têm como termo de referência o Estado.

Na língua portuguesa, o termo política costuma assumir duas conotações principais que são diferenciadas pela língua inglesa por meio dos termos *politics* e *policy* (DIAS; MATOS, 2012; SECCHI, 2010). O primeiro refere-se às atividades ligadas ao exercício do poder sobre o homem e assume o sentido de um conjunto de interações que definem múltiplas estratégias entre atores sociais para melhorar seu rendimento e alcançar objetivos. Já o segundo termo – *policy*, é mais concreto e tem relação com orientações para a tomada de decisão e ação, estando o termo política pública (public policy) a ele vinculado (SECCHI, 2010).

Desse modo, em contraponto ao termo que tinha como referência apenas a *pólis*, a política, na conotação moderna, diz respeito ao conjunto de atividades referenciadas ao Estado e engloba um conjunto de procedimentos que expressam relações de poder em tomadas de decisões no que se refere aos bens públicos. Partindo de tal compreensão, pesquisadores têm defendido pontos de vista diferentes relacionados ao protagonismo das políticas públicas, considerando que há perspectivas que defendem uma concepção estatista, enquanto outras compreendem tal campo a partir de uma visão multicêntrica.

Para Secchi (2010), a abordagem estatista considera as políticas públicas enquanto monopólio de atores estatais. Segundo esta concepção, o que determina

se uma política é ou não pública é a personalidade jurídica do seu formulador, ou seja, é política pública somente quando emanada de ator estatal. É importante ressaltar que, a perspectiva estatista admite que atores não estatais exercem influência no processo de elaboração de políticas públicas, mas não lhes confere o privilégio de estabelecer e liderar o processo.

Já a multicêntrica considera que, em geral, as políticas públicas são elaboradas dentro do aparato institucional-legal do Estado, embora as iniciativas e decisões tenham diversas origens (SECCHI, 2010). Tal perspectiva não tem seu enfoque em quem protagoniza o estabelecimento da política pública, que pode ser diferentes atores (organizações privadas, não governamentais, organismos multilaterais), mas considera a origem do problema a ser enfrentado. Desse modo, uma política recebe o adjetivo de “pública” se o problema que se propõe a enfrentar é público, ou seja, coletivamente relevante.

Em resumo, tem-se que a abordagem estatista adjetiva o termo política em função do decisor e a abordagem multicêntrica o adjetiva em função do objetivo da política. A perspectiva de política pública adotada no presente trabalho é a multicêntrica, uma vez que considera, em acordo com Secchi (2010), que a essência conceitual da mesma deve ser a intenção de responder a um problema público, compreendendo também que uma política pública vai além da perspectiva estatal, na medida em que o Estado, com sua estrutura administrativa, não é o único a protagonizar a elaboração das mesmas.

Desse modo, uma política pública é uma diretriz orientada ao enfrentamento de problemas públicos. Envolve, portanto, a gestão de demandas coletivas através da utilização de metodologias que identificam prioridades, racionalizam a aplicação de investimentos e fazem uso do planejamento para atingir objetivos e metas definidas (SECCHI, 2010).

O presente estudo versa sobre duas políticas públicas de saúde – Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - e tem como enfoque a relação estabelecida entre ambas em um município baiano. Para Oliveira et al. (2007), as políticas de saúde, como políticas sociais, têm suas diretrizes voltadas para o planejamento e a organização do sistema de saúde em variados níveis de atenção, bem como, incluem aspectos voltados à organização

dos serviços, financiamento, instâncias de participação da população e às políticas de recursos humanos e tecnológicos empregadas para operacionalizá-las.

## **1.2 Antecedentes do Sistema Único de Saúde: breve histórico das políticas de saúde no Brasil**

Contextualizar a evolução do atendimento às demandas de saúde no Brasil é fundamental para uma melhor compreensão acerca da construção da atual política de saúde brasileira, tendo em vista que esta adquiriu características e foi marcada pela influência social, política e econômica de diferentes momentos históricos.

Durante muito tempo a saúde pública no Brasil foi relegada a segundo plano, recebendo atenção apenas nos momentos de caos sanitário, quando doenças infectocontagiosas ameaçavam a população e impactavam o setor econômico e social. Neste cenário, a assistência caracterizava-se por campanhas paliativas, práticas autoritárias e de orientação médico-curativas. Em contraponto a esse modelo, o SUS tem em sua gênese a luta e o debate de diversas categorias sociais pela reorientação e melhoria da assistência à saúde e representa um avanço das políticas públicas no país.

O período do Brasil Colônia e Império tiveram como característica um quadro sanitário marcado por uma série de doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente, pelos escravos e demais estrangeiros que chegavam ao país por imigração ou para tratar de questões comerciais (AGUIAR, 2011). A assistência médica era restrita às classes dominantes e exercida pelos poucos profissionais que vinham da Europa. Aos demais, restava o acesso aos conhecimentos advindos da medicina popular.

Bravo (2000) destaca que a atenção à saúde neste contexto esteve por muito tempo limitada a prestação de cuidado feita pelas instituições filantrópicas, aos próprios recursos naturais e, àqueles que desenvolviam as suas habilidades na arte de curar por meio de práticas liberais. O início das políticas de saúde no país, mesmo que de forma precária, se deu com a vinda da família Real em 1808. Anterior a esse período, a assistência à saúde era uma prática sem qualquer regulamentação no Brasil.

A vinda da família real para o Brasil possibilitou também a chegada de mais médicos e o aumento da preocupação com as condições de vida nas cidades, possibilitando o início de um projeto de institucionalização do setor saúde no Brasil e a regulação da prática médica profissional. Foi assim que, no mesmo ano da chegada da família ao Brasil (1808), foi inaugurada a primeira faculdade de medicina, a Escola médico-cirúrgica, localizada em Salvador - Bahia, com vistas à institucionalização de programas de ensino e à normalização da prática médica em conformidade aos moldes europeus (BAPTISTA, 2007, p. 31).

Conforme aponta Baptista (2007), a instituição do ensino e da prática médica resultou em um maior controle e substituição gradativa das práticas populares de atenção à saúde. De forma tímida começaram a surgir hospitais públicos para atender a algumas doenças consideradas graves para a população e que demandavam um controle pelo Estado, como a tuberculose, hanseníase e, as até então chamadas “doenças mentais”. Assim, em 1852 as manifestações mentais tornam-se objeto de estudo do saber médico e foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro no Rio de Janeiro, o Hospital D. Pedro II, com o objetivo de tutelar e tratar medicamente essas pessoas.

A despeito dessas ações, até meados do século XIX as atividades de saúde pública enfatizavam as atribuições sanitárias exercidas pelas juntas municipais e o controle de navios e saúde dos portos, áreas fundamentais para a economia da época. No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro encontrava-se diante de um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas epidemias de doenças graves que acometiam à população, o que gerou sérias consequências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, uma vez que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (AGUIAR, 2011).

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, este se propôs a erradicar às epidemias que assolavam a cidade por meio das campanhas sanitárias (LUZ, 1991; POLIGNANO, 2001). O modelo de intervenção proposto ficou conhecido como campanhista, pautado em uma abordagem de alcance coletivo e concebido dentro de uma visão onde os fins justificam os meios, e no qual o uso de práticas autoritárias foram utilizadas, muitas vezes, enquanto os instrumentos preferenciais de ação. Polignano (2001) ressalta que apesar das arbitrariedades e dos abusos

cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, o que o fortaleceu e tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor na direção do Departamento Federal de Saúde Pública, introduziu ao modelo de ação campanhista basicamente fiscal e de coerção vigente até então, ações de propaganda e educação sanitária como forma de prevenção. Criaram-se então, órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial passaram a ser prestadas em caráter individualizado e as atividades de saneamento foram expandidas para outros estados, além do Rio de Janeiro (LUZ, 1991). Observa-se com o modelo de intervenção sanitário campanhista proposto por Chagas, ainda que de forma incipiente, avanços significativos em direção à instituição e organização das ações de saúde pública no Brasil.

Nas primeiras décadas do século XX, em decorrência das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no Brasil. Por meio de tais movimentos, os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais, o que culminou para a aprovação da Lei Eloi Chaves em 24 de janeiro de 1923, marco inicial da previdência social no Brasil, através da qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) (AGUIAR, 2011; BRAVO, 2000).

Neste sistema, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita (empregados, empresa e consumidores dos seus serviços), e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP com o objetivo de prover para os trabalhadores, aposentadorias, pensões, além de serviços médicos e funerários (AGUIAR, 2011; BAPTISTA, 2007). No entanto, nem toda empresa ofertava ao trabalhador a possibilidade de formação de uma CAP, restando à parcela da população que não tinha acesso ao benefício, os serviços filantrópicos ou os cuidados prestados pelos que tinham conhecimento da medicina popular.

No período seguinte, inicia-se uma fase de marcante centralização política e participação estatal nas políticas públicas. Em meio à conjuntura de ascendência e hegemonia do Estado populista, foram criados o Ministério do Trabalho, da Indústria e Comércio e o Ministério da Educação e Saúde (POLIGNANO, 2001). A política de

proteção ao trabalhador iniciada na era Vargas demarca um movimento de expansão e consolidação de direitos sociais, e em 1933 transformam as CAPs nos institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP), organizados por categorias profissionais.

Tais institutos visavam favorecer as camadas de trabalhadores urbanos que eram considerados fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Ferroviários empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram algumas das categorias assalariadas favorecidas pela criação dos IAPs, pois representavam importantes pontes com o mundo urbano industrial em ascensão na economia (BRAVO, 2000; LUZ, 1991; POLIGNANO, 2001).

Nesse contexto, a política de saúde passou a ser compartimentalizada - com as ações de caráter coletivo alicerçadas no modelo de atuação do sanitarismo campanhista sob a gestão do Ministério da Educação e Saúde, e as ações curativas e individuais sob a responsabilidade dos IAPs. Em 1953 o Ministério da Saúde tornou-se independente da pasta da educação, dando início ao debate entre grupos de sanitaristas que defendiam diferentes propostas no âmbito da saúde pública no país.

De um lado havia os que argumentavam a favor da manutenção do sanitarismo campanhista e de suas práticas autoritárias e higienistas, e do outro, os que consideravam a perspectiva de um sanitarismo desenvolvimentista e defendiam a articulação das campanhas sanitárias com práticas preventivas, curativas e de promoção da saúde, compreendendo a relação da saúde com as condições de desenvolvimento do país (AGUIAR, 2011). Apesar da perspectiva inovadora destes, os escassos recursos governamentais, destinados a saúde pública na época, limitavam a atuação dos profissionais e reforçavam a pouca efetividade de tal política no país.

Em 1956 o Brasil, governado por Juscelino Kubitschek, viveu uma fase de intensa expansão industrial, com ênfase no desenvolvimento e fortalecimento da burguesia. Aguiar (2011) aponta que este período foi marcado por poucos avanços no campo da saúde e pelo fortalecimento de uma assistência médico-curativa pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão, em uma lógica de restabelecer a saúde do trabalhador, com vistas à manutenção da sua produtividade. Nessa época, algumas

empresas começaram a contratar serviços médicos particulares e houve uma ampliação do modelo médico-privatista.

Segundo Bravo (2000), a política de saúde que norteou os anos de 1930 a 1964 foi de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, sendo que o primeiro foi predominante até meados dos anos 60 e enfatizou a criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. Somente a partir de 1966, com a unificação dos IAP culminando com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, é que o subsetor de medicina previdenciária veio a sobrepor-se àquele.

Tal medida visou uniformizar um sistema previdenciário para todos os brasileiros inseridos no mercado de trabalho. O INPS passa então a estimular a contratação de serviços privados de saúde, estimulando o fortalecimento do setor e o crescimento da medicina pautada no lucro.

Na década seguinte, em 1974, segue um período de intensa crise econômica e recessão. No campo da saúde, houve uma ênfase em um modelo de atuação pautado em práticas individuais e curativas, em detrimento de ações de saúde coletiva. A Lógica lucrativa e segregacionista continuou a excluir grande parcela da população brasileira do acesso aos serviços de saúde. Ao final da dos anos 70, a pouca resolutividade do sistema, aliada ao alto custo da assistência, desvios de recursos e menor arrecadação financeira devido à crítica conjuntura econômica, fez com que o sistema previdenciário entrasse em colapso e os serviços públicos de saúde, já sucateados pela falta de investimento, vivenciassem um caos (AGUIAR, 2011).

A crise do setor saúde foi discutida em 1975 na V Conferência Nacional de Saúde. Nessa ocasião, ao discutir os problemas e ineficácia do sistema, foi proposta a Lei 6.229 de 17 de julho de 1975 - posteriormente revogada pela lei 8.080 de 1990 -, cujo objetivo foi instituir o Sistema Nacional de Saúde. Através dessa Lei foram definidas as atribuições das várias instituições, ficando a assistência individual e curativa sob a gestão da Previdência Social e os cuidados preventivos e ações coletivas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; AGUIAR, 2011).

Em 1977, houve uma mudança burocrático-administrativa visando reordenar o sistema de saúde e efetivou-se a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Este sistema era composto por diferentes órgãos que compunham o sistema previdenciário, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – responsável pelo pagamento de benefícios e de outros programas assistenciais -; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) – responsável pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais e a Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – cuja finalidade era prestar assistência à população carente (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Destaca-se ainda na década de 70, a conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ocorreu no ano de 1978 em Alma Ata. Esse encontro enfatizou a necessidade da ação governamental e da sociedade civil para proteger e promover a saúde em nível mundial e teve como produto a formulação de uma declaração que versa acerca da importância da atenção primária, defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o caminho para a prestação de uma atenção integral.

Como consequência do acirramento da crise na saúde, das discussões levantadas sobre os problemas enfrentados e recomendações internacionais articuladas na conferência, um grupo de representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social apontaram a necessidade de reformulação do setor e lançaram a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), cujo objetivo era promover a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação, preconizando a importância da participação comunitária e da atenção primária enquanto a porta de entrada do sistema de saúde. Apesar dos avanços propostos, tal projeto encontrou uma série de objeções na época e foi rejeitado (AGUIAR, 2011; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1981, foi criado o Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS com o objetivo de reorientar as proposições do Prev-Saúde. Este contemplou em seu bojo uma proposta de mudança do modelo de saúde vigente, com vistas à melhoria da qualidade da assistência e a ampliação dos serviços prestados. Aguiar (2011) chama atenção que



foi a partir do CONASP, que foi criado em 1983 o Programa de Ações Integradas de Saúde cujo objetivo era fazer a articulação da rede de saúde com vistas à integralidade da atenção. Os governos estaduais passaram a repassar recursos aos municípios, o que possibilitou a construção de Unidades Básicas de Saúde e a contratação de profissionais para compor as equipes destas.

A crise no setor saúde e o modelo de atenção pautado em práticas individuais, curativas e que excluía grande parcela da população impulsionaram os debates sobre a necessidade de mudanças e foram incluídos nas agendas e pautas de reivindicações de intelectuais, profissionais de saúde, estudantes e outros membros da sociedade civil brasileira. É nesse contexto sócio histórico, entre as décadas de 70 e 80, que emerge no país o movimento da Reforma Sanitária, propondo transformações de valores sociais e tendo na promoção da saúde o eixo para a mudança democrática com a redução das desigualdades sociais.

Paralelo a esse movimento social, surgiram também questionamentos e debates com relação às políticas de assistência psiquiátrica e suas práticas de violência e segregação vigentes na época. Tais movimentos culminaram na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com representantes de diversos grupos da sociedade civil.

Os debates que se travaram no decorrer da VIII Conferência colocaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um Programa para a Reforma Sanitária. Além disso, a VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 392).

As propostas formuladas nessa ocasião tornaram possível a elaboração de uma emenda popular que assegurou a inclusão no texto constitucional da garantia à saúde enquanto um direito do cidadão e um dever do Estado. Desse modo, a constituição de 1988 inscreve-se como um marco na história dos direitos sociais, sobretudo no campo da saúde pública brasileira e formula um novo conceito de saúde, afirmando no artigo 196 que a “[...] saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 91).

A inclusão da saúde como um dos três pilares da seguridade social – assistência social, saúde pública e previdência social -, vinculou o compromisso legal do Estado com o fornecimento das condições para o desenvolvimento de políticas e estratégias que promovessem o exercício da cidadania. O texto constitucional estabeleceu o cerne para a proposta do SUS como uma ferramenta administrativa a ser implementada com o intuito de viabilizar o acesso universal aos meios de promoção e recuperação da saúde.

Cabe destacar que embora a instituição formal do SUS tenha ocorrido com a promulgação da Constituição de 1988, somente em 1990 foi aprovada a lei Orgânica da Saúde – 8.080/90. Esta define o modelo operacional do SUS propondo a sua forma de organização e de funcionamento, o concebendo enquanto um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público, ressaltando que a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Desde a sua instituição, o SUS vem sendo paulatinamente implantado, avaliado e reformulado em um constante processo de construção coletiva, mostrando significativos avanços. Dentre eles, o Ministério da Saúde (2010) destaca a criação de uma política de saúde mental e o fortalecimento da atenção básica com a ampliação do número de equipes de Saúde da Família como importantes conquistas para possibilitar uma ampliação da cobertura para a população brasileira, a melhoria da assistência e de seus mecanismos gestores.

### **1.3 Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e diretrizes**

O Sistema Único de Saúde resulta da formulação e legitimação de propostas de modificação do sistema de saúde brasileiro e é descrito pela Constituição Federal de 1988 no capítulo que trata da Seguridade Social. A carta magna aborda a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado, explicitando a responsabilidade deste com relação à garantia de um acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde com vistas a sua promoção, prevenção e recuperação, o que

implica na formulação e implementação de políticas públicas que tenham como finalidade a melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Falar em SUS significa fazer referência a um amplo sistema que deve estar organizado e articulado de modo a possibilitar a todos os cidadãos o acesso a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como de prevenção das doenças e agravos (BRASIL, 1990). Para o alcance das ações propostas, o SUS segue a mesma filosofia em todo território nacional com base em princípios doutrinários e organizativos (diretrizes) que constituem as bases para o seu funcionamento e organização no país. Matta (2010) aponta que os princípios doutrinários representam os valores, preceitos e bandeiras que sustentam o sistema e constituem a base filosófica e ideológica do SUS. Já as diretrizes se referem aos meios e estratégias usadas para alcançar os objetivos do sistema.

Princípios doutrinários do SUS (BRASIL, 1990, p. 4-5):

**Universalidade** - É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde sem necessidade de pagamento ou contribuição prévia, assim como àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal;

**Equidade** - É assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos.

**Integralidade** - É o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

Diretrizes do SUS (BRASIL, 1990, p. 5):

**Hierarquização** - Os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de resolubilidade (solução de seus problemas). O acesso da população à rede deve se dar através dos serviços de nível primário de atenção que devem estar

qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica;

**Resolubilidade** - É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência;

**Descentralização** - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual, e, o que for de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde - é o que se chama municipalização da saúde. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos;

**Participação popular** - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local.

#### 1.4 Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil é composta por um conjunto de ações e serviços com diferentes configurações tecnológicas e objetivos assistenciais, que são articulados de forma complementar e territorializada, visando atender às necessidades de saúde da população. Destaca-se, na composição desses arranjos organizativos, a atenção básica como o primeiro núcleo de atenção desse sistema.

A AB se orienta pelos princípios e diretrizes do SUS e se propõe, por meio de práticas de cuidado e gestão participativas e democráticas, a atender de forma resolutiva e integral, no âmbito individual e coletivo, as demandas de saúde da população. Com vistas a uma reorientação do modelo assistencial, é desenvolvida de forma descentralizada, próxima a vida das pessoas e deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Para contribuir com o funcionamento da RAS, o Ministério da Saúde (2012) aponta que a atenção básica deve cumprir algumas funções:

- 1) Ser base - ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
- 2) Ser resolutiva - identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- 3) Coordenar o cuidado - elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários por meio de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral; Articular as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais por meio da incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado.
- 4) Ordenar as redes - reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Gama e Onocko Campos (2009) apontam que a Atenção Primária vem sendo operacionalizada no país por meio das Unidades Básicas de Saúde, estas representam um avanço em direção a descentralização e universalização do sistema de saúde, por estarem localizadas na comunidade, próximas a realidade das pessoas. No entanto, as práticas de saúde em muitas destas unidades ainda permanecem médico-centradas, com um enfoque na doença e transpassadas por relações distanciadas entre a equipe e a população. Para viabilizar a reorientação do

modelo assistencial a partir da atenção primária, buscando superar o modelo vigente de atenção à saúde e operacionalizar as mudanças propostas, foi criado pelo Governo Federal, o Programa Saúde da Família (PSF).

Segundo Farias et al. (2010), o PSF teve seu início no final da década de 80, no Ceará, com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Tal programa foi concebido, dentre outras finalidades, para servir de elo entre as comunidades e os serviços de saúde da região e possibilitou uma maior veiculação de informações relevantes para as ações de vigilância e para a organização da atenção à saúde nos municípios, contribuindo com a gestão dos processos de descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde - SUS. Tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em todo o território nacional.

A operacionalização do PACS em nível nacional alcançou bons resultados e fez com que, em 1994, tendo também como referência experiências exitosas desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra, fosse criado no Brasil o PSF. O programa preconiza uma equipe mínima<sup>5</sup> e institui uma nova lógica para o processo de trabalho em saúde com enfoque nos indivíduos e em suas famílias, assim como, com a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais as populações dos territórios sob sua responsabilidade estão submetidas (FARIAS et al, 2010).

O PSF tem como objetivo desenvolver ações de promoção e proteção à saúde da população por meio de um modelo de assistência com enfoque comunitário, que preconiza a família como o núcleo prioritário no atendimento às demandas de saúde e que tem suas ações ancoradas no trabalho de equipes de

---

<sup>5</sup> A PNAB indica para o funcionamento da atenção básica equipes multiprofissionais compostas, conforme modalidade definida, por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliar em saúde bucal ou técnico em saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo incorporar outros profissionais, que devem ser escolhidos em função da realidade epidemiológica, institucional e das necessidades de saúde da população. O Ministério da Saúde preconiza para as Unidades com Estratégia de Saúde da Família, uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012, pg 55).

saúde e na construção de vínculos. Em 1996, o Ministério da Saúde começou a romper com o conceito de programa<sup>6</sup>, passando a reconhecer a saúde da família como uma estratégia para a reestruturação do modelo tradicional de assistência à saúde na AB, buscando garantir-lhe maior efetividade (RODRIGUES, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passa a ter na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação, preconizando que o conjunto de ações de saúde deve ser realizado por meio de uma equipe mínima, interdisciplinar, de modo que as diferentes especialidades possam compartilhar saberes e se corresponsabilizarem quanto ao planejamento e atendimento das pessoas, a partir da escuta e acolhimento de cada demanda.

Essa proposta modifica a lógica de um atendimento tecnicista pautado em uma perspectiva médico-curativa, para um modelo de atenção à saúde que reconhece a importância de considerar a pessoa em sua singularidade e de um reposicionamento do profissional para prestar uma atenção integral que impacte na situação de saúde, qualidade de vida e autonomia da população do território pelo qual assume responsabilidade sanitária.

A adesão a Estratégia de Saúde da Família (ESF) não ocorre de modo uniforme e cabe ao âmbito municipal elaborar o projeto de implantação para a reorientação das suas unidades básicas de saúde, o que não significa a criação de novas estruturas assistenciais, com exceção de áreas necessitadas, mas a substituição das práticas convencionais de atenção à saúde (BRASIL, 1997). Desse modo, as Unidades de Saúde da Família (USF) deverão ser instaladas nos postos, centros ou unidades básicas de saúde já existentes no município, que, por sua vez, devem ter suas estruturas físicas e equipe adequadas às necessidades da nova dinâmica a ser implementada.

Esse nível de atenção possui, em potencial, condições que favorecem a conquista da integralidade e aumento da resolutividade da atenção em saúde. Paulon e Neves (2012) destacam como características que demarcam importantes avanços na reestruturação do modelo de atenção em saúde a partir da atenção

---

<sup>6</sup> Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p. 8).

básica, a possibilidade de acompanhar o usuário no seu contexto de vida, planejando as ações a serem executadas em resposta às demandas do contexto local; a proximidade das equipes com os usuários, possibilitando o estabelecimento de vínculos; a continuidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção prestada.

O foco da atenção deixa de ser a doença em si e passa a ser a compreensão e identificação da existência de sofrimento e das condições que envolvem a produção de saúde e adoecimento em cada contexto, visando um redimensionamento da relação saúde/doença e a melhoria da qualidade de vida da população. Dessa forma, partindo da compreensão de saúde-doença enquanto um processo sócio histórico, influenciado pelas condições e pela qualidade de vida das pessoas, a estratégia de Saúde da Família propõe-se a potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS, assumindo um conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do contexto sociocultural e não apenas da dimensão do corpo das pessoas.

### **1.5 Percursos da loucura e política de saúde mental brasileira**

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar.

(BRECHT)

Para uma melhor compreensão de como os modelos assistenciais substitutos ao hospitalocêntrico se instauraram no Brasil, bem como de alguns acontecimentos que sustentam as práticas da política de saúde mental em seu modelo vigente, faz-se necessário revisitar a história da assistência psiquiátrica e das diferentes percepções acerca da loucura. Durante muito tempo, o espaço de vivência de tal fenômeno foi, por excelência, o da exclusão. Reconhecidos historicamente enquanto sinônimos de desrazão, indisciplina e periculosidade, os sujeitos em sofrimento psíquico, representantes sociais da loucura, foram mantidos por séculos fora do convívio social.



Em algumas sociedades antigas a esses indivíduos era dado um status religioso e místico, sendo estes considerados dotados de forças sobrenaturais. Nessa época, acreditava-se que eles tinham a capacidade de se comunicar com divindades e a experiência com a loucura não era vista enquanto algo negativo, sendo considerada, por muitos, um privilégio. O louco era mantido a certa distância por ser representante de uma experiência sagrada e não por simbolizar uma alteridade radical (SILVEIRA; BRAGA, 2005). Na antiguidade clássica a associação com o misticismo começa a desaparecer e faz com que esses sujeitos não mais simbolizem a verdade divina e ocupem, progressivamente, um lugar de exclusão.

Silveira e Braga (2005) apontam que durante a Idade Média, uma epidemia de lepra se proliferou pela Europa causando pavor e sentenciando as pessoas doentes à segregação e ao isolamento social. Somente com o fim das Cruzadas e a ruptura com os focos de infecção é que a lepra desaparece e reivindica um novo representante para ocupar essa posição: o louco. Este era visto como alguém que não tinha responsabilidade sobre os seus atos e que, portanto, ameaçava a ordem social.

Na Renascença intensifica-se a associação entre loucura e desrazão. O louco passa a ser frequentemente escorraçado das cidades e levado por embarcações para lugares distantes. A navegação simbolizava ser lançado à incerteza da sorte, e todo embarque representava o último. Essas pessoas tornavam-se prisioneiras da própria partida e não tinham sequer o direito de serem habitantes de um local específico, sendo destituídos de suas próprias identidades (CANOVA, 2011; FOUCAULT, 2009).

Durante a época clássica, o hospício tinha a função eminentemente de recolher e abrigar os elementos vistos pela sociedade como heterogêneos ou nocivos, tendo como finalidade o afastamento dessas pessoas do convívio social. Amarante (2006) destaca que não eram apenas os tidos como loucos que eram destinados a essas instituições, junto com eles estavam os desempregados, doentes, bandidos, prostitutas e libertinos, ou seja, tal instituição não possuía finalidade terapêutica, mas sim, representava uma espécie de prisão que segregava e impedia que esses indivíduos marginalizados pudessem estar em contato com a sociedade.

No século XVII, atrelada às condições econômicas, políticas e sociais inauguradas pela modernidade, a ligação entre loucura e internamento ocorre. Nessa época, a pobreza e o desemprego começam a fazer parte das cidades europeias e o estado passa a estimular a criação de instituições para abrigar aqueles que eram considerados inválidos ou inaptos para o processo produtivo, e o louco passa a ser enclausurado por ser considerado inútil socialmente. Para Foucault (2009),

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto de problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido (FOUCAULT, 2009, p. 78).

Ao considerar esses indivíduos incapazes para o trabalho, a sociedade burguesa passa a enxergá-los enquanto representantes de um mal-estar e fontes de desordem. Neste sistema, a internação adquire a característica de uma medida econômica e social que visava impedir a mendicância e ociosidade nas cidades.

O século XVIII vem marcar efetivamente a apreensão da loucura como objeto do saber médico, caracterizando-a como manifestação de uma “doença mental” e que é, portanto, passível de cura (SILVEIRA; BRAGA, 2005). A medicina começa a marcar o seu lugar na maneira de compreender a vivência desse fenômeno, enfatizando a “cura” através da medicalização e não somente a sua retirada da sociedade.

Nesse período, ocorre uma valorização do pensamento científico e o surgimento do hospital psiquiátrico enquanto um espaço privilegiado destinado para o tratamento e controle dessas pessoas. A loucura vai progressivamente sendo associada e tornando-se representante da agressividade/periculosidade para a sociedade da época.

Para garantir seu funcionamento e a instituição de uma nova ordem, o modelo hospitalocêntrico instaurou uma série de medidas disciplinares fundamentadas em princípios de vigilância constante, de forma a garantir que nenhum sujeito escapasse

as regras estabelecidas. Amarante (2006) sinaliza que, ao tornar-se representante do perigo, o louco passa a ser institucionalizado e vítima de práticas que correlacionavam punição a tratamento.

Consolida-se então um novo modo de controle - exercido pela instituição, suas regras e modos de funcionamento, que limitam e, por vezes, dissolvem a subjetividade do indivíduo. A loucura começa a estar submetida às normas institucionais e o saber médico assume a função de produzir a exclusão e tutela desses sujeitos.

Os manicômios representam a ruptura dos sujeitos com o mundo externo e com as demais esferas de suas vidas, e pelo seu caráter fechado, são considerados instituições totais. Nestes locais, as necessidades humanas passam a ser controladas e vigiadas pela organização burocrática, os internados perdem seus bens individuais, e, violados em suas identidades, destituídos de subjetividade, sofrem a cada dia um processo de massificação e mutilação do próprio eu, caminhando para uma mortificação social (GOFFMAN, 2010).

Para Basaglia (2005), essas instituições se caracterizam pela nítida divisão entre quem dispõe e quem não dispõe de poder, de onde se pode concluir que a subdivisão dos papéis representa a relação de abuso e violência entre quem manda, e, quem obedece. É nesse cenário que ocorre o autor chama de objetificação do sujeito:

O fato de o corpo examinado pelo médico pertencer a um sujeito específico, que o vive e o significa, não diz respeito à finalidade da relação que se instaura. O sujeito, embora projete aquele corpo sofredor, não é levado em conta nesse relacionamento específico, como se fosse mantido a uma certa distância. Deste modo, o encontro entre o médico e o doente se dá mediante um corpo anatômico, que serve, simultaneamente, como objeto de investigação e como segundo pólo da relação. Não se trata, portanto, de um encontro real, em que um sujeito objetifica o outro ao mesmo tempo em que é por ele objetificado, mas de um encontro entre um sujeito e um corpo ao qual não é dada outra alternativa exceto a de converter-se em objeto aos olhos de quem examina (BASAGLIA, 2005, p. 74).

Conforme aponta Amarante (2006), a partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria assume uma vertente eminentemente biológica, que se limita a observar, descrever e classificar o que nomeiam enquanto “doenças mentais”, com vistas a estabelecer relações de causalidade e cura. O internamento em hospitais psiquiátricos vem reiterar a separação sanidade/doença feita pelo campo médico e o

‘tratamento’ direcionado para o sujeito reconhecido enquanto louco passa a ser marcado por práticas de tortura, exclusão e maus tratos.

Aprisionados intramuros, sob o estatuto de doentes, essas pessoas são violentados em seus direitos, estigmatizadas e destituídas de suas identidades. Ao transformar a experiência da loucura em uma enfermidade mental, o paradigma psiquiátrico clássico produz uma demanda social de tratamento e assistência, distanciando os sujeitos em sofrimento psíquico do espaço social. Estes são separados e classificados enquanto necessitados de uma ação pedagógica e tratamento moral que possa restituir suas dimensões de razão e equilíbrio.

A relação que se estabelece entre sujeito que cura e seu objeto de intervenção reduzem as dimensões subjetivas e histórico-sociais a uma leitura meramente classificatória delimitada pelo saber médico. Ocorre o nascimento de uma visão acrítica acerca da loucura que passou a ser produtora de exclusão e morte social - o manicômio torna-se o lócus de concretização da segregação e relação com a diferença produzida pela modernidade (AMARANTE, 2006).

Depreende-se que, do ponto de vista histórico, os hospitais psiquiátricos oferecem respostas às inquietações sociais, objetivando a supressão do que é percebido enquanto estranho no sujeito, e, portanto, não é reconhecido como pertencente ao grupo. Para Acioly (2009), além da suposta finalidade terapêutica historicamente impressa à figura do hospital psiquiátrico, há outras subjacentes à internação nessa instituição, tais como exclusão, segregação e invalidação. Nesse sentido, o significado preponderante da internação não responde necessariamente a uma demanda clínica, mas se situa no campo moral ao institucionalizar necessidades da sociedade.

De acordo com Amarante (2006), o período pós-guerra torna-se cenário para a eclosão da Reforma Psiquiátrica e, começam a surgir, em vários países, movimentos com o objetivo de questionar e problematizar o modelo hospitalocêntrico e as práticas de violência empreendidas no ‘tratamento’ às pessoas em sofrimento psíquico no âmbito dos hospitais psiquiátricos. A reforma emerge então, como uma forma de questionar o paradigma asilar e o lugar social imposto à loucura, propondo novos modos de atenção e a construção de uma posição que permita a expressão e vivência das singularidades desses sujeitos em sociedade.

Conforme afirma Birman (1992), este é um movimento que está além da discussão sobre a assistência psiquiátrica e os modos de tratamento empregados, mas envolve, sobretudo, a necessidade de se repensar os modos de relação e percepção atreladas à vivência com o sujeito reconhecido socialmente como louco, objetivando a construção de outro lugar social para este. A respeito deste lugar, Amarante (1999, p.49), chama atenção para que este “[...] não seja o da doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incompetência, incapacidade, defeito, erro, enfim, ausência de obra”.

Dentre os movimentos que se propuseram a questionar e propor possíveis formas de transformação do modelo asilar, o da Reforma Psiquiatria Italiana, com Franco Basaglia, exerceu grande repercussão e influencia no Brasil. A reforma Basagliana propõe uma confrontação e ruptura radical com o paradigma psiquiátrico, questionando o conceito de “doença mental” e as relações estabelecidas pelo saber médico, apontando a importância da desinstitucionalização dos sujeitos. Para Amarante (1995, p. 4):

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade... desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.

Ao chamar atenção para a necessidade de desinstitucionalizar, este movimento propôs não só a desospitalização, mas a desconstrução de um modelo de tratamento com ênfase no conceito de doença entendida enquanto ausência ou erro. No Brasil, o movimento da reforma psiquiátrica se inscreve no contexto da redemocratização do país e inicia-se na década de 70 com a mobilização de diferentes membros da sociedade civil, tendo como disparador o episódio da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) ocorrida em 1978, onde médicos da área denunciaram as péssimas condições e irregularidades dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (AMARANTE, 2006).

As denúncias realizadas tiveram repercussão nacional e mobilizaram profissionais de diferentes setores que se articularam para denunciar a precariedade e as escassas condições de trabalho que refletiam na assistência dispensada no

âmbito das políticas de saúde mental no país. É neste contexto que nasce um dos principais protagonistas pelas reformas no campo da saúde mental - O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais, dentre outros seguimentos sociais, este movimento nasce com o objetivo de constituir-se em um espaço de luta e lócus de debate acerca da necessidade de transformação da assistência psiquiátrica e passa a construir a denúncia da violência dos manicômios e a protagonizar coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico no país (AMARANTE, 2006).

A partir das discussões fomentadas em diferentes campos de luta, em 1986 foi inaugurado, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, e em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru, tendo como lema “Por uma sociedade sem manicômios” este evento suscitou a necessidade do envolvimento da sociedade no debate e proposições de questões relacionadas à reformulação da assistência em saúde mental no país, aprofundando a discussão dos direitos de cidadania, da legislação em relação às pessoas com sofrimento psíquico e instituindo o dia 18 de maio como o “dia da luta antimanicomial” (BRASIL, 2005).

Em 1989 dois outros acontecimentos marcaram a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. O primeiro foi um processo de intervenção realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Conforme aponta Amarante (1995), tal intervenção deu início ao processo de fechamento do hospital e fomentou a substituição do modelo assistencial através da criação de diferentes dispositivos que demonstravam a real possibilidade da construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

O outro importante marco foi o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico e a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados. Essa lei foi sancionada em 2001, e passou a nortear a atual política de saúde mental brasileira.

Imerso no cenário de mudança, o Brasil adere na década de 90 a Declaração de Caracas – documento que marca as reformas em saúde mental nas Américas - e passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, bem como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Anterior ao movimento de reforma psiquiátrica, a noção de saúde mental no campo da psiquiatria estava eminentemente atrelada a um processo de adaptação social que considerava um padrão de normalidade externo à singularidade do sujeito e que objetivava a sua adequação e normatização social (TENÓRIO, 2002).

Em oposição a esse modelo, a atual política de saúde mental brasileira tem como objetivo promover a redução programada dos leitos em hospitais psiquiátricos e a construção e ampliação de uma rede substitutiva que permita a assistência em saúde mental no território, a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial dos sujeitos em sofrimento psíquico, apostando na valorização da sua singularidade, reintegração social e cidadania.

Nesse aspecto, a diferença recai sobre a concepção do que é a 'doença mental' (ou a experiência da loucura) e do que é o tratar em psiquiatria (ou o que visamos em nossa prática junto aos loucos). Ao se propor, hoje, um tratamento que mantenha o paciente na comunidade e faça disso um recurso terapêutico, ao contrário de normalizar o social, propõe-se que é possível ao louco, tal como ele é, habitar o social (e não o asilo de reclusão). Fazer da rede social de suporte um instrumento de aceitação da diferença, e não de normalização do social, esta é a perspectiva atual (TENÓRIO, 2002, p. 31).

A partir dessa perspectiva, o conceito de “doença” entra em desuso e começa a ser implantada no Brasil uma nova rede de atenção à saúde mental, sendo esta composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracterizando-se por ser essencialmente pública e norteada pelos princípios do SUS.

Os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental preconizam que O CAPS deve assumir um papel estratégico na organização dessa rede comunitária de cuidados, fazendo o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental na sua área de abrangência por meio do delineamento de projetos terapêuticos e comunitários, dispensação de medicamentos, além de assessorar e

dar suporte para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

O CAPS passa então a ser um importante dispositivo para o alcance de um cuidado em saúde mental de forma mais humana, constituindo uma importante estratégia para a Reforma Psiquiátrica. Este é um serviço de referência e tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, que objetiva oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e possibilitando o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

Estes serviços se diferenciam pelo porte, composição da equipe, capacidade de atendimento e clientela atendida. Conforme o Ministério da Saúde (2005), estes são divididos em:

- CAPS I – atende municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Oferece atendimento diário para adultos com transtornos mentais severos e persistentes em sua população de abrangência. Deve ter sua equipe composta, por no mínimo, 1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;
- CAPS II – atende municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, e pode ter um terceiro período que funcione até às 21 horas. Oferece atendimento diário para adultos com transtornos mentais severos e persistentes em sua população de abrangência. Deve ter sua equipe composta, por no mínimo, 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 6 profissionais



de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

- CAPS III – atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana; oferece atendimento diário e noturno para adultos com transtornos mentais severos e persistentes em sua população de referência. Deve ter sua equipe composta, por no mínimo, 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior e 8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;
- CAPSi - atende municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, e pode ter um terceiro período que funcione até às 21 horas. Oferece atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. Deve ter sua equipe composta, por no mínimo, 1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;
- CAPSad - atende municípios com população acima de 100.000 habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira, e pode ter um terceiro período que funcione até às 21 horas. Oferece atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. O CAPSad possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. Deve ter sua equipe composta, por no mínimo, 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com

formação em saúde mental; 1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; 4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e 6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Os profissionais que compõem essas equipes devem trabalhar de forma articulada para acolher e atender os usuários do serviço, fazer o planejamento dos projetos terapêuticos e atividades de reabilitação psicossocial, além de equacionarem outras questões que, porventura, surjam durante o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2005). Nesse sentido, eles precisam se inserir e dialogar com uma rede articulada de serviços e organizações que fazem parte da rede de atenção psicossocial, a fim de alcançarem a continuidade do cuidado e uma maior resolutividade no manejo das situações que envolvam demandas de saúde mental.

A partir das discussões e avanços propostos inerentes a diversos movimentos de luta, a atual Política de Saúde Mental Brasileira passa a reconhecer que a pessoa em sofrimento psíquico, antes excluída do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se sujeito, e não objeto do saber psiquiátrico (AMARANTE, 1995). Entende-se aqui por sofrimento psíquico uma condição caracterizada por comportamentos, pensamentos e sentimentos disfuncionais para o sujeito, que comprometem o seu funcionamento em uma ou mais esferas, impactando à sua qualidade de vida.

É importante destacar que todas as pessoas sofrem, em certa medida, em decorrência de circunstâncias pessoais e sociais, e que a presença de determinadas emoções e comportamentos, por si só, não são indicativos de uma disfuncionalidade para o sujeito, comprometendo o seu desempenho e o estabelecimento de relações interpessoais. Avaliar a recorrência e o tempo de duração dos sintomas é fundamental para uma compreensão destes, do mesmo modo, é necessário levar em consideração as diferenças culturais, crenças sociais, religiosas ou políticas do sujeito, a fim de não rotular ou tomar como indicativo de sofrimento, algo que está relacionado ao contexto sociocultural e que denota uma expressão da sua subjetividade.

O conceito de saúde mental além de se referir a um campo complexo de atuação, envolve a noção de bem-estar subjetivo, autonomia, interações funcionais, auto realização, dentre outros aspectos (OMS, 2001). Sendo assim, seria reducionista definir a saúde mental de forma única, tendo em vista que cada cultura considera diferentes prerrogativas e o que é funcional para um sujeito, pode não ser para outro.

Ainda que existam critérios diagnósticos que auxiliem os profissionais a traçarem suas intervenções e delinearem um projeto terapêutico, é importante não perder de vista que as pessoas não podem ser reduzidas a um sistema classificatório. As atuais diretrizes em saúde mental partem da compreensão que a identificação dos quadros e sintomatologias pode servir de base para que os profissionais tenham uma visão mais ampla do processo e prestem um cuidado que reconheça e respeite a singularidade dessas vivências, convocando o sujeito a se engajar e participar do seu projeto terapêutico, e não como um recurso cujo objetivo é restrito a tentativa de medicalizar para “normatizar” e adequar o sujeito às expectativas sociais.

## 2. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: VÍNCULO E DIÁLOGO NECESSÁRIOS PARA A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

### 2.1 Importância e dificuldades enfrentadas na articulação entre atenção básica e saúde mental

A possibilidade de arriscar é que nos faz homens. Vôo perfeito no espaço que criamos. Ninguém decide sobre os passos que evitamos. Certeza de que não somos pássaros e que voamos. Tristeza de que não vamos por medo dos caminhos.

(DAMÁRIO DA CRUZ)

A reforma psiquiátrica brasileira nasce no bojo da reforma sanitária, e compartilha com esta, a busca pela reestruturação e transformação do modelo de assistência a partir da proposição de novos modos do pensar e fazer em saúde, com a construção de novas estratégias e modalidades mais humanizadas de cuidado. As áreas da Saúde Mental e Saúde da Família são hoje importantes representantes das transformações das políticas de saúde no Brasil propostas por tais movimentos.

O novo modelo de atenção em saúde mental preconiza a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento psíquico e a integração destas no âmbito familiar e social, reconhecendo a importância de favorecer o fortalecimento de vínculos e o desenvolvimento da autonomia. Esta é entendida:

Como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários<sup>7</sup> é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Desse modo, a possibilidade de o indivíduo em sofrimento psíquico frequentar e estabelecer relações nos diversos âmbitos sociais, o retira de uma posição de assujeitamento, e promove o desenvolvimento dessa dimensão à medida que

---

<sup>7</sup> Termo usado em referência às pessoas em sofrimento psíquico que frequentam serviços de referência em saúde mental.

favorece a ampliação da sua rede de suporte e dos espaços de negociação para a realização de trocas sociais e afetivas, assim como, para a construção de práticas efetivas de cuidado, que apostem no sujeito enquanto protagonista do processo.

A despeito da relevância de tal aspecto, o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) aponta que menos de 1% dos recursos da saúde é investido em ações para a saúde mental, e chama atenção para o fato de que cerca de 40% dos países ainda carecem de políticas em saúde mental e 30% não tem sequer programas nessa esfera (OMS, 2001). No âmbito brasileiro, o Ministério da Saúde (2003) aponta que 3% da população necessita de cuidados contínuos relacionados à ocorrência de transtornos mentais graves e persistentes, cerca de 8% apresenta transtornos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% necessita de algum atendimento nessa esfera, seja ele contínuo ou eventual.

Tais dados indicam a importância do desenvolvimento de políticas públicas que contribuam com processos de reabilitação psicossocial dessa população, que em muitos locais ainda se encontra desassistida. Nesse sentido, a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos representa um avanço em direção à consolidação e operacionalização de bases territoriais<sup>8</sup> no cuidado em saúde mental, aproximando os serviços e ações da comunidade.

Saraceno (2001) considera que um processo de reabilitação psicossocial engloba um conjunto de estratégias que tem como objetivo valorizar a subjetividade e potencialidades das pessoas em sofrimento psíquico, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida. Assim, entende que é uma ação ampliada que deve contemplar três eixos primordiais - casa, trabalho e lazer, possibilitando a reinserção social do sujeito através do resgate da sua autonomia e cidadania nos diferentes âmbitos. Este é um pilar de atuação que norteia a atual política de saúde mental brasileira e que deve sustentar a atuação das equipes de saúde que atendem a essa população.

---

<sup>8</sup> Considera-se neste trabalho, que a noção de território se refere não apenas a uma área geográfica, mas as pessoas, instituições, redes e cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005, p. 26).

Para Souza e Rivera (2010) essa proposta aponta para a criação de modos de atenção que rompam com o aparato institucional criado historicamente para conter e excluir a “loucura”. Nesta lógica, inclui-se a construção de serviços de atenção diária que estão pautados em processos de trabalho que devem ter o sujeito e suas redes de relações sociais, e não mais a doença, como focos de atenção, considerando a importância de garantir a integralidade do cuidado e a responsabilização compartilhada entre equipe e usuário do serviço, bem como, a consolidação de espaços de convivência, socialização e valorização da subjetividade das pessoas que demandam atendimento.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como dispositivos estratégicos para mudança do modelo assistencial e para a consolidação do deslocamento do centro de cuidado para fora do âmbito hospitalar, assumindo um importante papel na organização da rede de atenção à saúde mental. A portaria 336/02 define o CAPS enquanto um “serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território [...] sendo o articulador central das ações de saúde mental do município ou do módulo assistencial” (BRASIL, 2002).

Desse modo, são os organizadores da rede e principais responsáveis pela saúde mental no território de sua referência, e enfrentam o desafio de promover uma articulação social e intersetorial com o estreitamento de laços e a construção de um diálogo entre o campo da saúde mental, e a comunidade (DELFINI et al, 2009).

Apesar de estratégicos, os CAPS não são os únicos dispositivos que compõem a rede de atenção em saúde mental. Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, cujo objetivo foi “a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS” (BRASIL, 2011b, p.1). Desta, fazem parte as Unidades de Saúde da Família (USF); os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); os centros de lazer e convivência; os serviços que compõem a atenção de urgência e emergência, como o SAMU; os ambulatórios de saúde mental; as residências terapêuticas e a atenção hospitalar.

É imprescindível o diálogo e o desenvolvimento de parcerias entre os diversos componentes desta rede, sendo a integração da saúde mental com a atenção básica, apontada como um caminho fundamental para o fortalecimento e

consolidação da atenção psicossocial, visando à operacionalização de ações que caminhem no sentido da não institucionalização dessa população e do investimento no empoderamento e autonomia da mesma. Esta proposta se direciona para ampliação e qualificação do cuidado prestado nos serviços de base territorial, ao considerar que a atenção deve ser prestada o mais próximo possível da rede familiar e social das pessoas, possibilitando uma compreensão mais ampliada da sua história de vida, produção de saúde e processo de adoecimento.

O relatório sobre a integração da saúde mental nos cuidados primários (OMS; WONCA, 2008) considera que os cuidados em saúde mental, nesse nível de atenção, são um componente essencial para o funcionamento eficaz do sistema de saúde, e aponta como principais razões para essa integração: 1) a elevada magnitude e prevalência dos transtornos mentais; 2) a necessidade de um cuidado integral em saúde devido à indissociação entre os problemas físicos e de Saúde Mental; 3) o déficit entre a prevalência dos transtornos mentais e o número de pessoas que são efetivamente atendidas pelos serviços especializados; 4) a facilidade do acesso nesse nível de atenção; 5) maior qualificação das ações e dos serviços, propiciando o respeito aos direitos humanos nesse campo; 6) a boa relação custo-benefício, uma vez que o atendimento a nível primário proporciona redução de custos indiretos com a procura de tratamento em locais distantes e obtém boa aceitação da comunidade; 7) os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados e melhorias nas condições de saúde da população, uma vez que favorecem o fortalecimento de vínculos e a reinserção social.

No que tange às ações, o documento pontua que a AP deve incluir entre seus serviços essenciais: a identificação precoce de transtornos mentais; o tratamento de transtornos mentais comuns<sup>9</sup>; o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis; a referência para outros níveis de atenção quando necessário; a atenção às necessidades de saúde mental das pessoas que procuram a unidade com problemas de saúde física, e a prevenção e promoção da saúde mental. É

---

<sup>9</sup> A definição de transtorno mental comum refere-se a indivíduos que não preenchem aos critérios diagnósticos para depressão e/ou ansiedade segundo as classificações do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10). Estão relacionadas à presença de sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas, que podem provocar incapacidade funcional comparável ou, por vezes, maior do que quadros crônicos já estabelecidos (ONOCKO-CAMPOS e GAMA, 2008).

necessário, no entanto, não só que a equipe esteja preparada para realizar tais práticas dentro das unidades: a continuidade do cuidado e acompanhamento das pessoas no território é um elemento primordial para uma atenção primária efetiva. Reforçando a importância dessa articulação, a OMS conclui:

Quando a saúde mental está integrada nos cuidados primários, as pessoas têm acesso a serviços de saúde mental mais perto das suas casas, mantendo-se, desta maneira, junto das suas famílias e mantendo as suas atividades diárias. Os serviços de cuidados de saúde primários também facilitam iniciativas comunitárias junto da população e a promoção da saúde mental, assim como a monitorização e a gestão a longo-prazo dos indivíduos afetados (OMS; WONCA, 2008, p. 24).

No Brasil, para viabilizar tal interlocução, o Ministério da Saúde tem estimulado a expansão de diretrizes que incluam a dimensão psicológica dos usuários nas ações da atenção básica, reconhecendo que esta se constitui enquanto um locus privilegiado para a construção de uma nova lógica de atenção e de relação com as questões referentes à saúde mental, visando à promoção de uma atenção integral para a população. Com o intuito de debater e desenvolver estratégias que possibilitassem o desenvolvimento deste diálogo, a coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu alguns eventos com gestores, profissionais da saúde mental e da Atenção Básica (BRASIL, 2003). Dentre esses encontros, destacam-se:

A Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica” em 2001, com a presença do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM/MS) e alguns municípios com experiências em curso de Saúde Mental na Atenção Básica;

O Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado através da parceira MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard em 2002;

A Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica” em 2003, com a participação do DAB, Coordenação Geral de Saúde Mental/DAPE, coordenadores estaduais e municipais de saúde mental e trabalhadores da saúde mental de diversas regiões do país.



Os debates realizados nestes eventos subsidiaram a proposta de diretrizes para a organização das ações de saúde mental na Atenção Básica, a saber:

- **Apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica**

O apoio matricial visa proporcionar um suporte técnico, em áreas específicas, às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde. Este deve ser feito através do compartilhamento e discussão de casos, assim como de intervenções conjuntas realizadas junto à comunidade, favorecendo a corresponsabilização. Para o Ministério da Saúde (2003), por meio do suporte matricial é possível romper com a lógica do encaminhamento, muitas vezes atrelada a desresponsabilização, e aumentar a resolutividade do atendimento realizado pelas equipes locais. Desse modo, indica que as ações de apoio matricial devem ser organizadas da seguinte forma:

- a. Onde houver CAPS, oficinas e/ou outros equipamentos da Saúde Mental: os diversos membros dessas equipes de saúde mental farão o apoio matricial às diferentes equipes da atenção básica, programando sua carga horária para encontros semanais, e formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências;
  - No caso de municípios onde o número de CAPS é insuficiente para garantir apoio matricial a todas as equipes da atenção básica é possível compor esse apoio com a implantação de equipes de apoio matricial (conforme item b) e/ou planejar a expansão do número de CAPS.
- b. Onde não houver serviços de saúde mental: criação de equipes de apoio matricial compostas por, no mínimo, um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro, etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo 6 e no máximo 9 equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 a 30 mil habitantes;
  - No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior. Recomenda-se que os municípios com menos de 20 mil habitantes organizem sua atenção em saúde mental sem os CAPS, por meio da AB, trabalhando com a lógica de apoio matricial (BRASIL, 2003, p. 4-5).

Em 2008, foram criados pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais núcleos são formados por equipes multiprofissionais que devem atuar

de forma integrada às equipes Saúde da Família, com a lógica do matriciamento, apoiando-as e compartilhando saberes (BRASIL, 2013).

Conforme aponta a portaria 154/08, “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental” (BRASIL, 2008, p.2). Desse modo, o NASF deve realizar, dentre as suas ações, o apoio matricial em saúde mental, o que conforme aponta o Ministério da Saúde (2013), não exclui o matriciamento feito por equipes de outros pontos de atenção da rede.

Para operacionalizar tal prática, é necessário que as equipes matriciais de apoio à AB realizem, em conjunto com esta, ações de supervisão, discussões de caso e atendimento, além de fomentar e participar de iniciativas de capacitação e qualificação desses profissionais.

- **Formação como estratégia prioritária para a inclusão da saúde mental na atenção básica**

Para que as ações de saúde mental sejam desenvolvidas no âmbito da AB, é fundamental o fortalecimento da rede e a capacitação das equipes. Conforme aponta o Ministério da Saúde (2003), a Coordenação de Saúde Mental prevê a implantação de núcleos regionais de capacitação e produção de conhecimento por meio de polos de educação permanente em saúde. Estes se constituem enquanto instrumentos de apoio aos municípios que estiverem realizando ações de saúde mental na AB e podem ofertar cursos para as equipes da rede básica de saúde, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, havendo também a disponibilidade para suporte e orientação aos gestores locais.

O financiamento da formação depende da avaliação do contexto local e pode ocorrer através de recursos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTES), de recursos específicos da Coordenação Geral de Saúde Mental, e de parcerias realizadas entre gestores locais e estaduais (BRASIL, 2003).

Tendo em vista o reconhecimento da importância de uma formação permanente e não apenas de capacitações pontuais, é fundamental que as equipes de apoio matricial trabalhem com a lógica de possibilitar uma formação continuada e

em serviço, por meio de discussões de textos, casos e situações junto às equipes da atenção básica.

- **Inclusão da saúde mental no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)**

Compreendendo a AB enquanto um âmbito privilegiado para realização de ações de saúde mental, o Ministério da Saúde propôs a inclusão de indicadores de monitoramento da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB<sup>10</sup>) com o objetivo de acompanhar as ações realizadas e evitar a exclusão do acompanhamento às pessoas com sofrimento psíquico grave nesse nível de atenção e a institucionalização das mesmas. Nesse sentido, foram propostos os seguintes indicadores:

- Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo;
- Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo;
- Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo;
- Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica, acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo;
- Prevalência de transtorno convulsivo (epilepsia) por sexo e faixa etária (BRASIL, 2003, p. 7).

Em 2011 foi acrescentado ao SIAB o registro de ações pontuais realizadas na área de saúde mental que antes não eram contempladas (BRASIL, 2011). O registro refere-se apenas ao tipo de procedimento clínico realizado e restringe-se aos

---

<sup>10</sup> O SIAB se constitui enquanto o principal instrumento de monitoramento das ações de Saúde da Família e fornece informações sobre cadastros, condições de moradia, saneamento e situação de saúde da população, além de fomentar a cultura de avaliação da produção e composição das equipes de saúde em nível local. Tal sistema foi desenvolvido como instrumento gerencial dos sistemas locais de saúde e visa monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão. Desde 2013, encontra-se em um processo de reestruturação e transição para um sistema mais completo e moderno – o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB).

profissionais de enfermagem e medicina, não tendo ainda sido efetivada a inclusão dos indicadores para registro de atendimentos realizados pelos demais profissionais.

O déficit de indicadores específicos sobre saúde mental contribui para a escassez de informações epidemiológicas na área e criam uma lacuna referente ao acompanhamento dessas ações na atenção básica. A inclusão destes permitirá avaliar se, de fato, a AB tem se responsabilizado pelo atendimento e acompanhamento das demandas referentes à saúde mental e poderá contribuir para a sistematização de tais informações e planejamento de ações no território.

Essas três diretrizes devem nortear a organização das ações em saúde mental na AB, contribuindo para o delineamento e operacionalização de práticas que sejam resolutivas e que não reproduzam um modelo de atenção manicomial, excluindo o sujeito de um direito fundamental: a garantia de ser atendido no serviço de saúde em uma perspectiva integral, tendo a sua demanda ouvida e acolhida por uma equipe capacitada a enxergá-lo a partir de uma ótica não reducionista, que leve em consideração aspectos para além da manifestação de sintomas físicos. Corroborando com o exposto, Nunes et al. (2007), ao afirmar que:

As formas do relacionamento com a clientela devem priorizar o diálogo com a população, ampliando a escuta para o território mais vasto, saindo das linhas de ação apenas empreendidas pelos trabalhadores especializados. Finalmente, a concepção dos efeitos terapêuticos e éticos superaria a visão de uma terapêutica voltada apenas para a remoção de sintomas, a adaptação à realidade e a supressão de carências. Esta se fundamentaria em uma ética que valorizasse os aspectos subjetivos, além daqueles sociais e políticos da existência dos usuários (NUNES, et al., 2007, p. 2).

A realidade das equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com demandas de saúde mental. O Ministério da Saúde (2010) aponta que é comum que os usuários que demandam atendimento nesse nível de atenção apresentem simultaneamente questões de ordem psicológicas, físicas e sociais, com elevado grau de comorbidade, havendo comumente a coexistência entre quadros depressivos, ansiosos, de somatização e abuso de substâncias. Isso aponta para a necessidade de aumentar a detecção e a capacidade resolutiva para o tratamento dessas pessoas, bem como o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde neste âmbito.

Todavia, as práticas nessa área, quando existentes no nível básico, nem sempre condizem com o que é proposto pelos militantes da Reforma Psiquiátrica

Brasileira e pelo que está delineado nas diretrizes para atuação, suscitando a necessidade de se avançar, não só no que diz respeito aos modos de tratamento, mas, sobretudo, com relação à concepção dos profissionais acerca da pessoa em sofrimento psíquico, possibilitando a desestigmatização e a ocupação de outro lugar social para aqueles que historicamente foram excluídos e violentados em seus direitos.

A organização de tais ações a nível primário exige uma sensibilização e preparo das equipes cuidadoras, que não estão familiarizadas com o universo da saúde mental, o que contribui para uma dificuldade em considerar as singularidades que permeiam a vivência de quem sofre psiquicamente, e conseqüentemente, de prestar um cuidado adequado a essas pessoas (NUNES et al., 2007).

Dimenstein et al. (2009) aponta que as equipes que operam na atenção primária enfrentam uma série de dificuldades com relação a definição de estratégias de cuidado em saúde mental e ao estabelecimento de uma interação com a atenção especializada, e pontuam a necessidade da oferta de um suporte técnico e afetivo para que realizem tais ações. A falta de conhecimento e aproximação com tal campo contribui, muitas vezes, para a negligência dos aspectos psicológicos na AB e o encaminhamento para serviços especializados, de casos que poderiam ter resolubilidade nesse nível de assistência.

Conforme aponta o Ministério da Saúde (2011), esse é um problema que está relacionado, dentre outras questões, há uma formação acadêmica historicamente deficitária nos cursos de saúde, no que diz respeito à saúde mental e ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Tal formação, quando existe, geralmente ocorre em ambiente hospitalar ou serviços psiquiátricos especializados, possibilitando ao aluno ter contato apenas com pacientes com transtornos mentais graves ou em períodos de crise, e estimulam a reprodução de práticas segregadoras e medicalizantes. Os estudantes acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico, julgam-se incapazes para lidar com tais demandas e, posteriormente, reproduzem tais dificuldades enquanto profissionais.

Nesse sentido, investir em uma formação acadêmica que aborde à saúde mental a partir de outro olhar e que possibilite ao estudante conhecer os princípios da reforma psiquiátrica e a instituição de novos modos de cuidado, pode contribuir, sobremaneira, para uma ressignificação dos modos tradicionais de atuação.

Todavia, é necessário que posteriormente, enquanto membros das equipes cuidadoras desses sujeitos, eles tenham um suporte para lidar com tais questões.

A oferta de capacitação e educação continuada é fundamental para uma mudança na percepção acerca do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, na postura adotada frente a tais demandas, podendo contribuir para a reestruturação e ampliação das práticas ofertadas no âmbito da rede básica. Essa proposta não se refere à transmissão de conhecimento de modo verticalizado, mas a um modo de produzir saúde em que equipes de saúde mental possam integrar e agregar saberes referente a esse campo para as equipes de saúde da família, em um processo de corresponsabilização e construção compartilhada. Para o Ministério da Saúde:

Tradicionalmente, os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar. A comunicação entre os dois ou mais níveis hierárquicos ocorre, muitas vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contra referência que não oferecem uma boa resolubilidade. A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra referências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais (BRASIL, 2011, p. 13).

Dessa forma, é comum que os profissionais da atenção primária encaminhem as demandas de saúde mental para serem atendidas por especialistas nos ambulatórios, CAPS e/ou hospitais e não acompanhem o resultado da consulta e a evolução do tratamento no que se refere aos aspectos psicológicos. A pessoa em sofrimento psíquico é encaminhada e não é mais vista pela equipe da atenção primária como de sua responsabilidade, apesar de estar no seu território. Esse movimento, por vezes, sobrecarrega os serviços de referência com atendimentos que poderiam ser feitos em um nível primário de assistência.

Em contrapartida, os serviços de referência sentem dificuldades em oferecer à rede básica um retorno com a indicação das ações realizadas a partir desses encaminhamentos recebidos, assim como, em investir e delinear estratégias para orientação e suporte destas equipes no que tange a corresponsabilização no

atendimento desses casos. O matriciamento<sup>11</sup> é, então, estratégia fundamental para a mudança dessa lógica, possibilitando a operacionalização de um trabalho em parceria entre as equipes de saúde mental - matriciadoras, e as equipes da atenção básica – matriciadas. Envolve, pois, um trabalho que deve proporcionar um suporte assistencial com o atendimento e desenvolvimento de ações diretamente voltadas para os usuários do serviço, e técnico-pedagógico, com a realização de ações educativas para a equipe e junto com esta (BRASIL, 2010).

Essas dimensões devem se entrelaçar e possibilitar a construção de vínculos que permitam o suporte especializado e apoio institucional em um processo de enriquecimento e aprendizado mútuos entre os profissionais, favorecendo a corresponsabilização. Para o Ministério da Saúde, o apoio matricial pode e deve ser solicitado, dentre outras situações:

- 1) Nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio da saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto terapêutico e abordagem da família;
- 2) Quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas da atenção primária, tais como grupos de pacientes com transtornos mentais;
- 3) Para integração do nível especializado com a atenção primária no tratamento de pacientes com transtorno mental, como, por exemplo, para apoiar na adesão ao projeto terapêutico de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em atendimento especializado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS);
- 4) Quando a equipe de referência sente necessidade de apoio para resolver problemas relativos ao desempenho de suas tarefas, como, por exemplo, dificuldades nas relações pessoais ou nas situações especialmente difíceis encontradas na realidade do trabalho diário (BRASIL, 2011, p. 15).

Nesse sentido, o desenvolvimento de práticas de atuação que rompam com o paradigma manicomial está atrelado ao enfrentamento da fragmentação do sujeito e do trabalho em caixas de especialidades, onde cada domínio é pensado e tratado separadamente. O trabalho em equipe e entre equipes é fundamental para a construção e operacionalização de um modelo de atenção à saúde que dialogue e compartilhe saberes ao lidar com pessoas que devem ser atendidas de modo integral.

---

<sup>11</sup> Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica... Ele pode ser entendido com base no que aponta Figueiredo e Campos (2009), como: “um suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (CHIAVERINI, et al., 2011, p. 13 e 14).

Essa proposta sugere que tais relações sejam sustentadas, não mais com base na autoridade de um suposto saber, mas em ações que diminuem a compartimentalização imposta ao processo de trabalho decorrente da especialização crescente em diversas áreas de conhecimento (BELOTTI; LAVRADOR, 2012). No âmbito da atenção básica, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um componente essencial para o fortalecimento da rede e comunicação da equipe, e representa um importante suporte para o acompanhamento em saúde mental nesse nível de atenção.

Nessa nova organização, o saber do agente comunitário de saúde (ACS) inserido na Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental e não deve ser ignorado. O ACS torna-se uma espécie de “ponte”, por ser o elo integrador entre a comunidade e a Unidade Saúde da Família (USF), sendo elemento importante na composição da rede de cuidados de saúde mental. É esse agente que tem convivência mais direta com os usuários. Ao realizar a visita domiciliar, ouve as queixas e as angústias, presencia conflitos, atuando enquanto porta-voz dessas famílias com os diversos equipamentos de saúde. O ACS tem a possibilidade de fortalecer o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde (BRASIL, 2015, p. 134).

A compreensão de determinantes sociais é fundamental para entender os processos de adoecimento e produção de saúde das pessoas. Dessa forma, ao estarem próximos da realidade desses sujeitos, inseridos em seus locais de vida, os ACS têm a possibilidade de identificar mais facilmente algumas questões que, por vezes, escapam aos olhos dos demais profissionais, tornando-se estratégicos para fazer o reconhecimento e prevenção dos agravos, assim como, para articular, em conjunto com os demais membros da unidade, ações de promoção da saúde no território.

Diante do exposto, denota-se que a inclusão da saúde mental na rede básica representa um importante avanço e mudança na concepção da assistência, com vistas à prestação de um cuidado mais próximo da rede familiar, social e cultural das pessoas que buscam atendimento, fortalecendo os seus vínculos comunitários e favorecendo a ressignificação de suas histórias de vida e conseqüentemente de seus processos de saúde/adoecimento. Os saberes e práticas dos profissionais de ambos os campos devem se articular para prestar uma atenção integral com ações que valorizem a subjetividade e que possibilitem a construção de serviços de saúde mais acolhedores e humanizados.



## 2.2 Saúde mental: possíveis ações na atenção básica

Qualificar o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico no contexto da atenção básica inclui não só a oferta de um conhecimento técnico pelos profissionais, mas a superação da lógica centrada no modelo médico e estigmatização no que se refere às demandas de saúde mental. Nesse sentido, é fundamental que as equipes possam repensar as suas práticas e modos de atuação, a fim de ampliar as ações promotoras de atenção integral, que compreenda e resgate a autonomia e subjetividade dos sujeitos, possibilitando uma assistência efetiva que está além da identificação e encaminhamento de demandas.

Partindo dessa compreensão, o Ministério da Saúde tem discutido a necessidade de que os profissionais da rede básica se apropriem de práticas e intervenções resolutivas e promotoras do cuidado e reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico nesse âmbito. Para tal, tem apontado uma série de ações em saúde mental possíveis de serem realizadas no âmbito da atenção básica, que devem estar organizadas de acordo com as seguintes diretrizes:

- Deve-se identificar, acolher e atender às demandas de saúde mental do território, em seus graus variados de severidade – os pacientes devem ter acesso ao cuidado em saúde mental o mais próximo possível do seu local de moradia, de seus laços sociais e familiares;
- Devem ser priorizadas as situações mais graves, que exigem cuidados mais imediatos (situações de maior vulnerabilidade e risco social);
- As intervenções devem se dar a partir do contexto familiar e comunitário – a família e a comunidade devem ser parceiras no processo de cuidado;
- É fundamental a garantia de continuidade do cuidado pelas equipes de Saúde da Família, seguindo estratégias construídas de forma interdisciplinar;
- As redes sanitária e comunitária são importantes nas estratégias a serem pensadas para o trabalho conjunto entre saúde mental e equipes de Saúde da Família;
- O cuidado integral deve articular ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação psicossocial;
- A educação permanente deve ser o dispositivo fundamental para a organização das ações de saúde mental na Atenção Primária.

(BRASIL, 2010, p. 37)

Dentre as práticas em saúde mental importantes de serem desenvolvidas na rede básica e que podem ser delineadas através do apoio matricial, O Ministério da Saúde (2011) destaca:

- **Grupos na atenção primária à saúde**

Grande parte dos grupos realizados na atenção primária englobam temas de educação em saúde, dentro da proposta de promoção e prevenção. Entre os grupos tradicionalmente realizados por essas equipes podemos destacar os grupos de doenças crônicas (hipertensão e diabetes); de gestantes; de adolescentes; de convivência; de atividade física e de planejamento familiar. Conforme aponta o Ministério da Saúde (2011), estes, muitas vezes, são realizados em modelos clássicos de transmissão de informações, o que gera dificuldades relativas à adesão dos pacientes e não estimula a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde.

A participação de profissionais de saúde mental junto aos profissionais da atenção básica nesses grupos pode facilitar o manejo dos aspectos subjetivos e inerentes ao processo grupal, contribuindo com a identificação de aspectos relevantes para a compreensão e delineamento das terapêuticas individuais, além de proporcionar uma série de benefícios, como por exemplo, uma maior aderência do paciente ao tratamento, estimulando a sua responsabilidade no processo; o desenvolvimento de uma maior capacidade para assimilar e tecer críticas às informações recebidas, ampliando as noções de direitos e deveres, e a melhoria na comunicação equipe-paciente (BRASIL, 2011; BRASIL, 2010).

É comum que as pessoas em sofrimento psíquico sejam excluídas da participação nessas atividades, ainda que apresentem perfil para estarem inseridas. O fato de serem identificadas pela equipe como tendo algum tipo de demanda que necessite de auxílio psicológico ou psiquiátrico, muitas vezes, faz com que sejam encaminhadas para os serviços de referência e identificadas como 'casos' que devem ser de responsabilidade destes. O Ministério da Saúde (2011) aponta que o cuidado a essas pessoas também é ação da rede básica e pode ocorrer através do auxílio de dispositivos grupais, seja por meio da participação em grupos que objetivem trabalhar questões psicológicas específicas ou inseridos nos demais grupos desenvolvidos na unidade.

- **Intervenções terapêuticas - a construção de um espaço para a escuta e acolhimento**

A facilidade de acesso e proximidade dos profissionais de saúde com a população no contexto da atenção básica faz desse nível de cuidado um local estratégico para o estabelecimento e estreitamento de vínculos. No entanto, muitos profissionais ignoram ou desconhecem o poder terapêutico deste, que pode ocorrer desde o primeiro contato do paciente com o serviço de saúde. Para o Ministério da Saúde (2011), a ação terapêutica decorrente de vínculos de cuidado bem-estruturados sustenta-se em quatro pilares que podem ser operacionalizados por todos os profissionais de saúde que compõem a unidade. São eles:

**O acolhimento** – estabelece o vínculo e permite o cuidado; **a escuta** – permite o desabafo (denominado catarse em termos psicológicos) e cria espaços para o paciente refletir sobre seu sofrimento e suas causas; **o suporte** – representa continente para os sentimentos envolvidos, reforçando a segurança daquele que sofre, empoderando-o na busca de soluções para seus problemas; **o esclarecimento** – desfaz fantasias e aumenta a informação, reduzindo a ansiedade e a depressão. Facilita a reflexão e permite uma reestruturação do pensamento com repercussões nos sintomas emocionais e até mesmo físicos.

(BRASIL, 2011, p. 63, grifos meus).

Essas ações auxiliam a ressignificação de vivências associadas ao sofrimento psíquico e contribuem para a melhoria da capacidade de enfrentamento e resolução de problemas, assim como para o aumento da resiliência desses sujeitos frente a situações mobilizadoras. A partir desses alicerces, o Ministério da Saúde (2011) aponta que é possível lançar mão de diferentes intervenções terapêuticas em saúde mental nesse nível de atenção, como por exemplo:

**Reatribuição de sintomas somáticos sem explicação médica** – é comum que pacientes na atenção primária apresentem queixas relacionadas a sintomas físicos que não encontram uma explicação médica. Essas queixas acabam fazendo com que os profissionais solicitem uma série de exames para detectar possíveis doenças físicas quando, na verdade, representam uma forma de externalizar um sofrimento psíquico. Reatribuir significa ajudar o paciente a construir uma conexão entre as queixas físicas e seu sofrimento emocional. A intervenção passa a focar, então, a

compreensão da história de vida, visando a resolução ou diminuição do impacto de problemas psicossociais, assim como, a ressignificação e diminuição do sofrimento.

**Terapia Interpessoal Breve (TIP)** – É realizada por profissionais especializados em saúde mental juntamente com os profissionais da atenção básica; tem como objetivo ressignificar as situações e sintomas que são geradores de sofrimento e impactam na qualidade de vida das pessoas, identificando estressores psicossociais e reestruturando o funcionamento interpessoal por meio de um trabalho pontual, focado em situações específicas, identificadas e determinadas junto com o sujeito nos primeiros encontros da terapia.

**Terapia Comunitária (TC)** – É um espaço comunitário utilizado para compartilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. Nesse modelo, cada participante torna-se terapeuta e corresponsável pela busca da ressignificação do sofrimento e superação dos desafios cotidianos, com base na escuta das histórias de vida relatadas no grupo. A TC pode ocorrer em qualquer espaço físico onde as pessoas tenham condições de se reunir e conversar, para tal é necessária apenas a presença de um ou mais terapeutas comunitários com formação, podendo ser qualquer profissional de saúde, líder comunitário ou pessoa capacitada (BRASIL, 2011).

Conforme aponta Barreto (2008), a utilização da Terapia Comunitária no âmbito da rede básica contribui para a formação de agentes comunitários e demais profissionais de saúde no que tange a escuta do sofrimento e inquietações dos indivíduos, criando um ambiente de troca destas experiências e melhoria da comunicação entre os pares. Valoriza, ainda, as práticas populares, incorporando os conhecimentos de práticas integrativas, massoterapias e outros saberes trazidos pela população local, potencializando o desenvolvimento de estratégias baseadas na formação de vínculos sócio emocionais e no empoderamento individual e coletivo.

**Atividades e práticas corporais integrativas** – O desenvolvimento de atividades físicas associadas a exercícios de relaxamento respiratório e práticas alternativas como a meditação pode ser um importante recurso utilizado por profissionais na atenção primária, gerando impacto positivo na qualidade de vida das pessoas em

sofrimento psíquico. Essas práticas propõem a integração e aumento da percepção entre os aspectos físicos e psicológicos, e têm auxiliado as pessoas com relação ao aumento da concentração, motivação, relaxamento, além de instrumentalizá-las a construir alternativas quanto ao uso de medicamentos ansiolíticos, por exemplo.

Além das ações apontadas, é fundamental que as equipes da atenção básica atuem na detecção precoce de situações de sofrimento psíquico no seu território de abrangência, propondo ações de prevenção e promoção em saúde mental, como por exemplo, a realização de atividades na comunidade que fomentem uma cultura inclusiva, diminuindo os estigmas e a segregação com relação a essas pessoas; o apoio e organização de iniciativas de inclusão social pelo trabalho e o estreitamento dos vínculos com as famílias dos pacientes e com a comunidade, buscando constituir redes de apoio e integração.

Com relação aos casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, é importante que os profissionais estejam capacitados a fazerem uso de estratégias de redução de danos, trabalhando inclusive com a integração de redutores, onde houver necessidade. Além de realizar a identificação precoce de casos que demandam uma maior atenção, a fim de prestar um cuidado a esses sujeitos por meio da construção de efetivas possibilidades de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2010).

Diante do exposto, depreende-se a importância e potencialidades referentes à articulação entre a Política de Saúde Mental e a Atenção Básica no que tange a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população a serviços de saúde que garantam uma atenção integral, a corresponsabilização e continuidade do cuidado. No entanto, a efetivação desse diálogo tem se mostrado um desafio e ainda são poucos os estudos que abordam a sua implementação (DELFINI et al., 2009).

Em uma pesquisa realizada na Bahia, Nunes et al. (2007) concluem que ainda há uma grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas realizadas pelos profissionais nesse âmbito. Partindo do pressuposto que a operacionalização desse diálogo e o desenvolvimento de uma rede de cuidados entre os atores que compõem esses serviços têm encontrado impasses, esse trabalho tem como finalidade compreender se, e como ocorre, essa articulação em um município baiano.

### 3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

O estudo aqui proposto trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. Esta se orienta pela definição de um estudo não estatístico, que busca identificar e analisar em profundidade os dados /fenômenos de difícil mensuração de um determinado grupo de indivíduos em relação a um problema específico. Neste estudo, os dados de difícil mensuração podem ser definidos como os sentimentos, sensações e percepções que estão relacionados com determinados comportamentos, apreendidos com o foco no significado que adquirem para os indivíduos.

Na abordagem qualitativa, pressupõe-se um olhar prolongado sobre a realidade investigada, com interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados, procurando-se analisar cada situação a partir da descrição dos dados, não sendo enfatizada a representatividade numérica na seleção da amostra, mas, a possibilidade de compreensão e abrangência da problemática investigada nas suas diferentes dimensões (MYNAIO, 2004).

Desse modo, a escolha dessa abordagem de pesquisa foi considerada a mais adequada para o alcance dos objetivos propostos, tendo em vista que esta trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, o que possibilita uma análise mais aprofundada de fenômenos que não podem ser restringidos à operacionalização e mensuração de variáveis (GIL, 2009).

Partindo de questões amplas que vão se aclarando no decorrer da investigação, o estudo qualitativo pode, no entanto, ser conduzido através de diferentes caminhos. Nesse sentido, quanto aos objetivos, esta pesquisa trata-se de um estudo de caráter descritivo, uma vez que tem como objetivo descrever, registrar, classificar e interpretar os fatos/fenômenos estudados, também tem um caráter explicativo, pois visa o aprofundamento da compreensão sobre uma dada realidade buscando identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fatos/fenômenos com o objetivo de explicar as possíveis causas, buscando somar informações já conhecidas e/ou trazer novos entendimentos sobre o assunto em enfoque, embasados na visão de diferentes profissionais da rede básica e dos serviços de referência em saúde mental do município de Santo Antônio de Jesus – BA. Cabe ressaltar que o projeto para o desenvolvimento dessa pesquisa, foi

avaliado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, sendo aprovado sobre número de parecer 1.425.121.

Para o desenvolvimento do trabalho, quanto aos procedimentos, foi necessário realizar a priori uma pesquisa bibliográfica. Esta etapa consistiu em analisar as pesquisas/estudos anteriores por meio de literaturas existentes com a finalidade de aproximar a pesquisadora do referencial teórico já produzido sobre o assunto tratado, a fim de fazer um levantamento das produções e discussões na área para embasar o marco teórico e posteriormente a análise dos resultados.

Como técnica de investigação, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndices A e B) e audiogravada com o consentimento dos participantes, autorizado previamente, via assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice C). A fim de elucidar as indagações referentes aos objetivos a que o estudo se propôs, as questões do roteiro visaram investigar a percepção dos profissionais da UBS/USF com relação a sua compreensão acerca do sofrimento psíquico e ações realizadas para prestar o cuidado a essa população no nível primário.

Objetivou-se ainda, investigar se existe a contribuição do matriciamento e o desenvolvimento de ações articuladas entre a rede básica e os serviços de referência em saúde mental no que tange ao atendimento dessas pessoas – para tal, foram entrevistados também os profissionais destes serviços.

A cidade de Santo Antônio de Jesus (SAJ), campo do referido estudo, possui uma área geográfica de 261.348 km<sup>2</sup> e tem população estimada de 101.548<sup>12</sup> habitantes. Segundo informações da Secretaria de Saúde do município, atualmente este se organiza em quatro distritos sanitários, constituídos por 21 Unidades de Saúde da Família, sendo 2 Unidades Básicas do modelo tradicional. Com relação a saúde mental, a cidade conta com 1 CAPS II, 1 CAPSad e 1 Ambulatório de Saúde Mental.

A pesquisa de campo foi realizada com 23 profissionais, sendo 12 profissionais de nível superior das equipes das unidades de saúde da rede básica, 5 agentes comunitários de saúde, e 6 profissionais de nível superior das equipes dos serviços de referência em saúde mental. O critério de inclusão utilizado foi a seleção

---

<sup>12</sup> Dados referentes ao senso de 2015 do IBGE.

de um profissional de nível superior de cada UBS/USF, pelo menos um agente comunitário de saúde de cada distrito sanitário e dois profissionais de nível superior de cada serviço de referência em saúde mental.

A escolha por profissionais de nível superior se deve ao fato destes geralmente serem os responsáveis pelo acompanhamento e coordenação das práticas desenvolvidas e pela gestão dos Serviços, responsabilizando-se, inclusive, pelo encaminhamento de usuários a outros pontos de atenção da rede de saúde, quando necessário. Já a seleção dos ACS foi realizada pelo fato destes estarem em contato permanente com as famílias, tendo como uma de suas atribuições o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, devendo manter a equipe da unidade informada acerca das condições de saúde da população adscrita.

Desse modo, foram entrevistados: 12 enfermeiras integrantes das equipes de atenção básica; 1 psicólogo e 1 farmacêutico integrantes do CAPS ad; 1 psicóloga e 1 enfermeira integrantes do CAPS II, 2 psicólogas do Ambulatório de Saúde Mental, além de 5 agentes comunitários de saúde – sendo 2 deles integrantes de um mesmo distrito sanitário.

Ao final da coleta, as entrevistas foram transcritas, e seguiu-se a leitura e análise das informações levantadas. Como técnica de análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo temática. Para Bardin (2011), o tema se refere a unidade de significação que se apreende em um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Desse modo, a análise temática consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem determinadas falas, cuja presença ou frequência sejam significativas para a compreensão de aspectos do discurso. Para tal, o autor propõe a organização de três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira fase foram realizadas leituras flutuantes de todo o material coletado, com objetivo de apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. A realização dessas leituras exigiu uma interação significativa da pesquisadora com o material analisado, possibilitando que percepções, referentes aos contatos realizados com os sujeitos no momento da entrevista, aflorassem na lembrança, auxiliando na condução deste procedimento e formulação de hipóteses.



Em um segundo momento, procedeu-se a identificação das unidades de significado que emergiram das falas dos entrevistados e a divisão do texto em unidades de registro constituídas por temas, a fim de classificar e agregar os dados em categorias em função das quais os conteúdos das falas estavam organizados a partir das quais foi realizada a interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados nas falas dos entrevistados, inter-relacionando-as com as dimensões teóricas e hipóteses suscitadas pela leitura do material. Desse modo, emergiram três categorias de análise, a saber: (1) O sofrimento psíquico e o agir em saúde mental na atenção básica: a compreensão das equipes; (2) Diálogo e (des)encontros entre a atenção básica e os serviços de referência em saúde mental; (3) Dos demais impasses apontados para a realização de ações em saúde mental na atenção básica.

Estas foram analisadas a partir dos seguintes indicadores: percepção dos profissionais acerca do sofrimento psíquico, ações em saúde mental realizadas nas unidades de saúde, comunicação realizada entre profissionais das equipes de atenção básica e dos serviços de referência em saúde mental, ações realizadas em conjunto pelos serviços de atenção básica e de referência em saúde mental, capacitação dos profissionais da atenção básica para atender demandas em saúde mental e dificuldades apontadas para realização de ações em saúde mental na atenção básica.

Na apresentação dos resultados e discussão dos dados, os discursos dos profissionais entrevistados aparecem identificados pela letra 'P', que corresponde ao significante "profissional", seguido da sigla 'AB' ou 'SM' referente ao campo de atuação (atenção básica ou saúde mental) e de uma numeração, dada aleatoriamente pela pesquisadora a cada transcrição, correspondente ao número de profissionais entrevistados.

## 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 4.1 O sofrimento psíquico e o agir em saúde mental na atenção básica: a compreensão das equipes

O desenvolvimento de ações em saúde mental na atenção básica está relacionado à percepção dos profissionais acerca do sofrimento psíquico, bem como, a preparação e capacitação destes para identificarem essas demandas e prestarem uma atenção que objetive ser integral e resolutiva às pessoas que chegam até as unidades de saúde.

A despeito do que é preconizado, foi possível perceber, por intermédio dessa pesquisa, que o modelo biomédico ainda é o que predomina na prática de muitos profissionais. O discurso que apareceu com frequência foi o do olhar e preocupação com os aspectos físicos, como se essa fosse à única dimensão possível de ser assistida a nível primário, como pode ser observado nas falas transcritas dos entrevistados:

*As pessoas que tem transtorno mental vêm procurando outros serviços: saúde da mulher, diabético, planejamento familiar; aqui elas fazem o acompanhamento da outra situação que ela necessita, daí quando ela vem eu aproveito pra saber se tá fazendo o tratamento lá no CAPS ou não, e se tá tomando remédio, é essa questão que a gente faz aqui. (P-AB1)*

*Quando a gente identifica, o que a gente pode fazer é encaminhar. Mas nem por isso ela não é atendida aqui, os serviços que são dados no posto como pré-natal, se precisar, saúde da mulher, preventivo, tudo a pessoa faz aqui normal, como qualquer outra pessoa da área. (P-AB2)*

*Então, a gente não pode, não consegue ter um atendimento melhor na atenção básica. O nome já diz, né? Unidade básica. A gente não tem aquelas especialidades, então fazemos o encaminhamento. (P-AB3)*

*Não fazemos ação em saúde mental não. Como estamos na atenção básica nos voltamos mais para a questão física. (P-AB4)*

Percebe-se na fala desses profissionais, o não reconhecimento de que a equipe da atenção básica possa prestar um atendimento à pessoa em sofrimento psíquico para além das questões orgânicas. Para Luchese et al. (2009), a histórica segregação dessa população no âmbito dos hospitais psiquiátricos foi criadora de

uma dicotomia entre as dimensões física e mental, que embora tenha sido amplamente discutida e superada pela proposta de integralidade da assistência à saúde, ainda se faz presente na cultura das Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família. Estas se responsabilizam pelo atendimento à saúde da população, “exceto” no que tange a saúde mental, contribuindo para que essa dimensão continue negligenciada e não assistida no nível primário, como fica evidente no discurso do seguinte profissional:

A AB deveria atender sem restrições a essas pessoas, mas quando a gente pensa em fazer uma atividade, a gente pensa em fazer para crianças, diabéticos, hipertensos. A saúde mental acaba passando despercebida, e é uma questão que diariamente nos deparamos aqui. (P-AB12)

É notório que há uma identificação de tais demandas nas unidades, mas estas não são vistas enquanto objeto de intervenção nas práticas de saúde desenvolvidas, a não ser em situações pontuais, quando se observam ações relacionadas ao acompanhamento das medicações e encaminhamentos para os serviços de referência como os modos possíveis para lidar com a pessoa em sofrimento psíquico.

A reprodução de práticas sustentadas pelo paradigma biomédico está estreitamente relacionada a uma formação acadêmica e profissional que não contempla a dimensão psicológica e compreensão das novas concepções de atenção à saúde, enfatizando ações pautadas na identificação de patologias físicas, medicalização e estabelecimento da cura. A escassez ou inexistência de contato com disciplinas que abordassem a questão da saúde mental durante a graduação surgiu no discurso de todos os profissionais da atenção básica que foram entrevistados e foi sinalizada pelos profissionais dos serviços de referência em saúde mental como um grande dificultador para a realização de uma atenção integral pelas equipes de saúde.

*Acho que os profissionais da atenção básica não estão preparados para atender demandas de saúde mental. Primeiro tem a questão da identificação, de identificar e saber realmente o que é. Por exemplo, eu sou graduada em enfermagem e tive só uma disciplina na graduação chamada saúde mental, então é muito básico, a gente aprende na graduação o básico do básico, muito do que você conhece tem que ser por incentivo pessoal mesmo. O pessoal de odonto acho que vê muito menos, os médicos um pouco mais, mas não temos habilidade necessária para identificar e saber lidar com isso. (P-AB5)*

*Na faculdade vi muito pouco, quase nada. O contato que tive com essa área, por exemplo, é porque eu tenho uma filha que demorou muito de falar e uma mãe que é depressiva, daí a minha curiosidade de buscar. Eu cresci nesse meio de doença...aí acho que me interessei pela área, comecei a estudar, fazer assinaturas de revista que falavam disso, ter contatos...aí foi que eu vim a entender o sofrimento do outro. (P-AB6)*

*As pessoas tem um preconceito, uma visão tradicional... e a universidade tem grande responsabilidade nisso. Muitas pessoas saem da faculdade, vão trabalhar na unidade básica ou no serviço especializado e não sabe o que é saúde mental. A saúde mental não está na grade das universidades, ela está como optativa, e só vai aparecer como optativa se algum professor tiver interesse e quiser ofertar a disciplina. E também, vai fazer a disciplina apenas quem tem interesse naquela área. Então todo ano saem 'N' profissionais que não conhecem a luta antimanicomial, que não sabem a luta e as mudanças que já aconteceram no serviço. (P-SM1)*

Nota-se um contato quase inexistente dos estudantes do campo da saúde com a saúde mental na graduação, o que culmina em uma formação precária nesse âmbito. O desconhecimento da área contribui para o não desenvolvimento de habilidades necessárias para atender o sujeito em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, para a reprodução e manutenção de uma lógica de atuação pouco implicada com as mudanças no modelo de atenção à saúde e produção de tecnologias de cuidado mais humanizadas.

A realidade brasileira demonstra que cursos como enfermagem e medicina contemplam em sua matriz curricular, ainda que de forma superficial, a questão da saúde mental. No entanto, boa parte dos demais profissionais de saúde, como por exemplo, educadores físicos, dentistas, nutricionistas, dentre outros, se forma sem ter tido experiência ou aproximação com a área. Esta situação cria uma lacuna entre o que é proposto pelo modelo psicossocial e o que é de fato desenvolvido com relação à prestação de cuidados na rede básica.

Saraceno (2001) destaca a importância de a saúde ser reconhecida em sua interação com o social, enfatizando a necessidade de uma proposta de atenção que contemple as dimensões de inserção comunitária, integração ao trabalho e lazer. Nesta perspectiva, a atuação desses profissionais deveria servir como um importante recurso articulador da rede de saúde mental no município, visando superar o modelo hospitalocêntrico e centrar o cuidado no sujeito, suas redes de relações e não na doença.

A inserção da saúde mental na atenção básica é então fundamental para a reorganização da atenção à saúde, na medida em que objetiva romper com a dicotomia saúde física/saúde mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade (DIMENSTEIN et al., 2005). Essa mudança de concepção indica a necessidade de que a formação dos profissionais de saúde ocorra em consonância com as atuais diretrizes das políticas públicas na área, de modo a extrapolar uma concepção puramente técnica e a aproximar o saber/fazer nesse campo das reais necessidades da população, produzindo ações de cuidado contínuo, desenvolvidas no território.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), diariamente, diversas demandas em saúde mental são identificadas pelas equipes da atenção básica. O acompanhamento dessas situações nas próprias unidades de saúde é um passo fundamental para a superação do modelo hospitalocêntrico e medicalizante de cuidado em saúde mental e evita a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente.

No entanto, em consonância com os achados de Nunes et al. (2007), apareceram nas falas dos entrevistados a quase inexistência de ações em saúde mental realizadas nas UBS/USF, além da realização de práticas ancoradas em perspectivas tradicionais da compreensão do sofrimento psíquico - visto enquanto “falta”, “desrazão”, “anormalidade”, – pautadas na identificação de sintomas, e realização de encaminhamentos. Tais aspectos emergiram em grande parte dos discursos e podem ser observados nos trechos transcritos a seguir:

*Sofrimento psíquico envolve aqueles pacientes que identificam precisar de um atendimento psicológico, psiquiátrico, que dependem de uma avaliação médica... são pacientes que sofreram algum abuso, então ele já muda o comportamento. Na verdade, o paciente que chega você pode identificar. Você percebe que ele não é “normal”, em relação ao comportamento das pessoas “normais”. Aí vem a questão do encaminhamento, faz a referência para o CAPS, daí meu olhar fica mais puxado pra essa pessoa, porque a qualquer momento ela pode fazer uma besteira... (P-AB7)*

*Transtorno mental é tudo aquilo que tira o indivíduo das suas plenas faculdades, alguma coisa que impede a sua mente, o seu cérebro de raciocinar, independente do grau. (P-AB17).*

*Aqui na unidade não temos nenhuma ação nessa área não. A gente tem assim, grupo de gestante, diabético, mas algo mais específico, voltado assim pra saúde mental, não temos não. (P-AB8).*

*Eu compreendo que transtorno mental é quando a gente não tem uma saúde completa, quando tem um problema psíquico, psicológico que necessite de algum tratamento, necessite de algum acompanhamento psiquiátrico... aí o que a gente pode fazer é tá encaminhando esse paciente para o CAPS. (P-AB1)*

A ideia de ‘encaminhar para tratar’, atribuindo a responsabilidade de atender esses sujeitos aos serviços de referência e ao médico, apareceu em quase todas as falas, desvelando uma desinstrumentalização desses profissionais para lidar com tais questões, que está associada a uma postura de desresponsabilização e a baixa resolubilidade nesse nível de assistência.

A lógica dos ‘especialismos’ apareceu frequentemente no discurso dos entrevistados e está arraigada à cultura de valorização do saber médico e especializado, o que dificulta a implementação de novas formas de cuidado. Essa visão pressupõe relações hierarquizadas de saber e poder entre os diferentes membros da equipe e desta com os usuários, indicando a necessidade de alterações na forma de organização dos serviços, bem como, na compreensão relativa a quem é competente e tem autoridade para lidar com o sofrimento psíquico (DIMENSTEIN et al.,2005).

Foi possível identificar ainda, que há um desconhecimento dos profissionais acerca do que é preconizado pelo Ministério da Saúde com relação ao efetivo papel da atenção básica no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. Esta dimensão, não é sequer reconhecida por alguns e, quando aparece nas falas, é reduzida a ‘ouvir’ o sujeito para fazer a identificação do quadro e encaminhá-lo para o CAPS – serviço tido como aquele ‘que é responsável’ por atendê-lo, como fica evidenciado nas seguintes falas:

*O papel da atenção básica é um papel muito importante, porque muitas vezes, antes de ir pra lá (CAPS), vem pra cá. É um papel de identificação, então a gente tem esse papel de identificar e encaminhar. (P-AB2)*

*O papel da atenção básica é acolher, realizar uma escuta qualificada e o que a gente pode tá fazendo é encaminhar esse paciente para o serviço de referência, orientar que ele precisa de um atendimento para o problema que tá acometendo a saúde dele. (P-AB11)*

Os achados apontam para a necessidade de que os profissionais reconheçam que esta é uma responsabilidade que deve ser compartilhada entre os diversos

membros da equipe e que a saúde mental não é um campo restrito aos serviços especializados e àqueles que neles atuam. A falta de ações em saúde mental nas unidades foi associada também a sobrecarga das equipes, que se julgam sem tempo para desenvolver outras práticas devido à alta demanda de trabalho. Este aspecto emergiu em boa parte das entrevistas e pode ser identificado nas seguintes falas:

*Às vezes eu acho que passa muito despercebida essa questão da saúde mental até por nós profissionais aqui da unidade, devido a grande demanda. Então, às vezes a gente até pode identificar que o paciente tem algum sofrimento mental, mas não dá essa ênfase ao problema mental, a nossa demanda faz com que ele passe despercebido. (P-AB9)*

*A gente precisa ter uma divisão de área melhor, porque nossa área é muito grande. Essa área tem mais de sete mil pessoas e o que é preconizado são três mil e quinhentas pessoas, temos mais que o dobro, bem mais mesmo. Então termina sobrecarregando a gente... O profissional de saúde não tem tempo, a gente é profissional de saúde, a gente é mãe, dona de casa, tem que estudar. Aí você cai de paraquedas em uma unidade e se depara com essas questões. O que é que eu humanamente posso fazer? (P-AB10)*

A percepção de que prestar uma atenção a essa população exige um tempo - para lidar com 'mais um problema' - que a equipe não tem devido ao excesso de trabalho, contribui para que não haja um planejamento para identificação sistemática dessa demanda, bem como para a organização e delineamento de estratégias de atenção às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica.

Desse modo, conforme sinaliza Luchese et al. (2009, p. 4 ) os dados apontam para “uma demanda que já ‘saiu do lugar’, pois não está mais internada nos hospitais psiquiátricos, mas, visível para as equipes de saúde da família, entretanto, não é objeto dessa prática de saúde, no sentido de não merecer, por parte dessas equipes, um planejamento de cuidado, que expressaria uma intencionalidade da atenção”. Outro importante aspecto que emergiu na fala dos profissionais foi o preconceito:

*A gente não sabe lidar com essas pessoas. Quando é um paciente agressivo, por exemplo, então todo mundo corre, tem medo. Eu mesmo tenho medo, eu não aprendi a lidar. Acho que o pior estágio que tive na minha vida foi no CAPS, foi um transtorno mesmo. Às vezes chega um paciente agressivo, ansioso, chorosos e a gente não sabe lidar (P-AB12).*

*É complicado atender, porque pra você estar na frente, atendendo estes pacientes que são meio complicados de lidar - porque você nunca sabe o que esperar dessas pessoas, né? (P-AB11).*

*No meu tempo de trabalho aqui na unidade não precisei atender nenhum. Graças a Deus que não. (P-AB7).*

*Então, você pode encontrar várias justificativas para o não atendimento dessas pessoas na atenção básica. É tempo... A unidade tem uma demanda enorme, às vezes superior ao que a portaria diz que a unidade precisa atender, mas o que fica bem claro é a resistência e o preconceito em relação à loucura. Às vezes o paciente precisa de um atendimento odontológico e eles encaminham para cá, a gente encaminha para a unidade e recebe uma ligação dizendo que a unidade só atende aquele sujeito se ele tiver acompanhado por um profissional do CAPS, ou se eles receberem, por escrito, que aquele paciente não oferece risco nenhum. (P-SM1)*

Nota-se que as concepções estereotipadas acerca das pessoas em sofrimento psíquico estão relacionadas aos estigmas historicamente construídos em torno dessa vivência. O preconceito e associação entre loucura, periculosidade e desrazão advêm da idade média, culminando com a negligência e exclusão dessas pessoas do meio social.

Tais compreensões são legitimadas e reforçadas por aqueles que deveriam ser promotores da sua reestruturação no imaginário social - os profissionais ainda têm suas práticas norteadas por uma visão estigmatizante que, por vezes, extrai dos sujeitos um direito fundamental: o de ser ouvido e acolhido em sua demanda nos serviços de saúde, sem diferenciações excludentes. Para Luchese et al. (2009), a dimensão de 'uma atenção que é negada' demonstra o quanto essa população encontra dificuldades para ter acesso à uma assistência que atenda e seja resolutiva as suas necessidades.

Ao fazer um retrospecto de como a loucura foi vista durante a história da humanidade, é possível perceber o quanto aqueles tidos como loucos foram delegados a estarem sempre à margem da sociedade. Foucault (2002) aponta que existem, pelo menos, quatro domínios das atividades humanas (trabalho, reprodução da sociedade, linguagem, atividades lúdicas) e, em todas as culturas existem pessoas que não são inseridas em alguma dessas dimensões. No entanto, o sujeito tido como louco é aquele que vem sendo cotidianamente excluído de todas as esferas.

Desse modo, não basta apenas que se modifique o locus de atendimento para fora do âmbito hospitalar com a criação de serviços substitutivos - é urgente



desmistificar e desconstruir as visões acerca da pessoa em sofrimento psíquico, modificando o imaginário social que contribui para a segregação destas. Esses sujeitos necessitam da construção de uma rede de atenção efetiva, que reconheça e invista nas suas potencialidades, possibilitando a sua circulação e ocupação cidadã nos espaços sociais.

#### **4.2 Diálogo e (des)encontros entre a atenção básica e os serviços de referência em saúde mental.**

Prestar uma atenção integral, que contemple a dimensão do cuidado em saúde mental em serviços de base territorial, depende, sobremaneira, da articulação e realização de parcerias entre os serviços de saúde que compõem a rede. Nesse sentido, a inserção de ações que objetivem atender às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica é um dos desafios propostos pela Reforma Psiquiátrica e perpassa pela comunicação e articulação entre esse nível de atenção e os serviços de referência em saúde mental, com vistas à construção de ações coletivas e intersetoriais.

No entanto, foi possível identificar nas falas dos profissionais a quase inexistência desse diálogo:

*Não, a gente não tem esse contato. A única forma de relação é a referência mesmo. A gente encaminha o paciente para o CAPS e aguarda a resposta pelo próprio paciente se ele foi atendido ou não...Há mais de um ano trabalho aqui e nunca participei de uma ação conjunta. Quando eles fazem ações para problemas mentais, realizam no próprio setor, no próprio CAPS (P-AB15).*

*Existe a ficha de referência e contra referência... Mas outro diálogo e ação conjunta não. Desde que estou aqui, não houve um encontro entre as equipes. (P-AB10)*

*Não existe diálogo entre as equipes da AB e dos serviços de saúde mental. O diálogo que tem é quando acontece algo com o paciente e a gente liga pra lá pra fazer uma busca ativa, ou então, algum paciente que tá sendo acompanhado lá e é faltoso, aí eles ligam pra gente identificar porque o paciente não tá indo. A comunicação é basicamente essa. Nunca participei de atividade em conjunto com essas equipes. (P-AB12)*

*O diálogo com a atenção básica é pouco, acontece geralmente nos momentos em que eles percebem algo e nos procuram, mas o diálogo não costuma acontecer com frequência... Em alguns casos que atendo, a atenção básica entra em contato ou eu ligo e solicito a presença de alguém*

*para compartilhar alguma informação que é necessária. A comunicação é basicamente essa. (P-SM3)*

O conteúdo que emergiu nesses discursos denota que, apesar dessa articulação ser preconizada pelas atuais diretrizes da atenção básica e Política Nacional de Saúde Mental, a operacionalização de ações pautadas no compartilhamento e relações efetivas entre as equipes de saúde da família e as equipes de saúde mental, na prática, ainda não foi alcançada. Corrobora com tal achado Souza et al., (2009) ao apontar que diversos estudos que buscaram compreender tal articulação identificaram que esta ainda é precária, o que reforça a oferta de serviços que se encontram dispersos, funcionando através de ações isoladas e desarticuladas entre si.

Essa realidade contribui para o estabelecimento de uma comunicação precária e irregular, que não oferece uma boa resolubilidade. Nota-se que a comunicação entre esses serviços, quando existente, na maioria das vezes se restringe ao estabelecimento de contatos pontuais, realização de ligações telefônicas para esclarecimento de questões específicas e encaminhamentos feitos pelas unidades de saúde por meio da ficha de referência.

Segundo Chiaverini et al. (2011), é comum que profissionais da atenção básica encaminhem desordenadamente as pessoas para os ambulatórios de saúde mental e centros de atenção psicossocial, o que está relacionado, muitas vezes, ao desconhecimento com relação aos critérios e modos de funcionamento destes serviços. O recebimento de encaminhamentos inadequados provenientes da atenção básica foi sinalizado pelos profissionais de saúde mental como um dos grandes problemas identificados. Estes apontaram que essa é uma demanda frequente e acaba por sobrecarregar o CAPS e o Ambulatório, conforme apontado nos seguintes discursos:

*A gente recebe uma grande demanda que não é para CAPS e nem para ambulatório, mas que chega aqui... Assim, se o paciente procura a unidade básica, mas tem um sofrimento psíquico, ele pode está sentindo dores abdominais, a unidade referencia para o CAPS; se ele precisa de um neurologista, ele é encaminhado aqui para o serviço. Aqui é um serviço especializado de saúde mental, então a gente trabalha com psiquiatra, psicólogo, assistente social...Então, se o paciente precisa de um atendimento neurológico é uma demanda para outro serviço. (P-SM1)*

*Com relação aos encaminhamentos, percebo uma desinformação da atenção básica com relação aos serviços de saúde mental. Existe um*

*desconhecimento com relação ao papel do CAPS e do ambulatório...acabamos recebendo encaminhamentos inadequados, o que faz com que a gente perca tempo sem necessidade para assistir casos que não são demandas do serviço de saúde mental. Já recebemos encaminhamento para oftalmologista, porque foi identificado pela unidade que a pessoa tinha um transtorno mental. (P-SM3)*

Essa situação chama atenção ainda para o fato de que a maioria destes profissionais se depara com demandas de saúde mental para as quais não foram capacitados a cuidar e acabam por fazê-lo por intuição e do jeito que consideram mais adequado (CHIAVERINI et al., 2011; LUCHESE et al.,2009). No entanto, a conduta adotada muitas vezes é insuficiente ou inadequada para o manejo dessas situações, o que gera uma contínua sensação de impotência e reforça a valorização do saber especializado e realização do referenciamento, como observado nos trechos que seguem:

*Geralmente quando eu vejo que a pessoa não tá bem, eu pergunto se ela tá dormindo direitinho, se tá sentindo dor... quando dizem que não, geralmente eu começo a dar conselho, pergunto porque ela não procura um psicólogo e explico que às vezes a insônia, essa falta de vontade de sair ou de fazer alguma coisa, pode ser que seja um sintoma que o cérebro já está precisando de alguma substância que tá em falta, e aí você precisa de ajuda, não pode passar por isso sozinho...Aí, eu particularmente faço o encaminhamento. Antes encaminhava direto para o psiquiatra, aí comecei a encaminhar para a psicóloga do NASF e do CAPS. (P-AB9).*

*Então assim, eu vejo que as vezes o paciente não necessita só de um médico, mas de diálogo...a gente conversa com o paciente, faz a escuta qualificada e identifica através das queixas o que ele tá sentindo. As maiores queixas que chegam aqui são o estresse, a insônia, os problemas familiares, é isso o que a gente mais identifica aqui...Aí a gente faz esse atendimento e encaminha para uma consulta com o psicólogo do CAPS, que é pra onde a gente encaminha realmente o paciente. (P-AB15)*

*Em um primeiro momento, a gente para um pouco o atendimento para conversar com o paciente para ver o que ele tá sentindo, porque às vezes ele nem tá sentindo nada, ele quer mesmo uma atenção, ser ouvido. Aí quando a gente percebe que tem um paciente assim, que tá precisando de uma maior atenção, independente dele tá fazendo atendimento no serviço de referência, a gente encaminha para a psicóloga do NASF que atende aqui uma vez por semana. (P-AB16)*

Identificou-se na fala dos profissionais concepções que apontam para o reconhecimento e valorização da escuta e acolhimento como promotores de saúde mental. No entanto, em consonância com os achados de Onocko Campos e Gama (2009), falta preparo das equipes de atenção básica para desenvolver práticas e

intervenções nesse campo, o que acarreta muitas vezes em uma “série de posturas inadequadas tais como: ações normatizadoras e hospitalocêntricas; ações de cunho discriminatório, moralistas e repressivas; infantilização; medicalização do sofrimento psíquico; expectativas de comportamento agressivo, entre outras”. (p. 123)

Tal aspecto acaba fazendo com que esses profissionais escutem apenas as queixas e não as necessidades e potencialidades da pessoa que ali se apresenta, subjacentes a elas. Desse modo, um contato que poderia ser rico em possibilidades de promoção de saúde mental, se restringe a identificar e diante do ‘não saber o que fazer’, encaminhar para quem supostamente sabe.

*A maior dificuldade é orientar, manter um diálogo. Com alguns até que a gente consegue ter um diálogo quando ele vem acompanhado de um familiar ou quando tem aqui no serviço um profissional que já trabalha na área de saúde mental, porque aí ele tem um preparo, um traquejo melhor para tá abordando esse paciente, questionando e fazendo uma intervenção mais adequada. (P-AB6)*

Outra dimensão que apareceu em quase todas as entrevistas com profissionais da AB, foi que grande parte das situações de sofrimento psíquico encaminhadas para os serviços especializados, diz respeito a identificação de sintomas relativos a “ansiedade”, “tristeza”, “choro”, “insônia”, “mudança de humor” – quadros que o Ministério da Saúde (2011) aponta que sobrecarregam os serviços de referência em saúde mental e poderiam ter resolubilidade ao serem assistidos no nível primário.

*O CAPS recebe casos que a unidade básica poderia dar conta, que não tinha necessidade de vir para o CAPS ou ambulatório de saúde mental...as vezes são pessoas que estão passando por um luto mal elaborado... Mas qualquer sujeito hoje que apresente um traço de sofrimento, vem parar aqui. (P-SM1)*

Tal aspecto se relaciona não só a desinstrumentalização dos profissionais da atenção básica para atender tais demandas e ao desconhecimento do funcionamento e papel dos serviços de referência - atrelada à concepção de que o CAPS é o dispositivo estratégico da rede de atenção em saúde mental e, portanto, é apenas sua a responsabilidade de realizar tais atendimentos; mas às dificuldades dos serviços de referência em saúde mental para investir na capacitação continuada das equipes de saúde da família, bem como na articulação, ampliação e

fortalecimento da rede de atenção psicossocial no território de sua abrangência, dimensão que emergiu nas seguintes colocações:

*Nós tivemos um trabalho em torno de 1 ano com os agentes comunitários de saúde, até em correlação com um programa de saúde vinculado a UFRB – o PET... Nós fizemos a entrada pelos ACS por eles conhecerem o território. Então, tínhamos encontros quinzenais com esses ACS para visita domiciliar, orientação quanto a medicação, discussão de textos e de casos específicos...chegamos a fazer o primeiro fórum de atenção a saúde mental e eles ficaram de dar continuidade a esse trabalho, não sei como anda essa organização agora, porque ficou mesmo para os ACS darem continuidade, mas o serviço em si, em relação a esses encontros com os ACS, se perdeu. Chegamos a fazer encontros com enfermeiro, com médico, era um trabalho muito proveitoso, mas que não se manteve. Hoje esse diálogo é muito raro. (P-Sm1)*

*Atualmente existe uma dificuldade para aproximação com a atenção básica. Nós tivemos algumas ideias para articular ações conjuntas, como por exemplo, fazer a capacitação das equipes e eleger um ACS por unidade como representante da saúde mental, para ele participar de reuniões mensais com profissionais aqui da saúde mental e levar isso para os outros profissionais; pensamos na realização de estudos de caso, para fazer o gerenciamento conjunto dos casos especiais em cada território; tivemos a ideia também de formar kits com medicações injetáveis e fornecer para as unidades de saúde, para os pacientes que são assistidos no ambulatório poderem fazer a medicação na própria unidade, quando precisar. Mas foram só ideias, ainda não articulamos isso. Atualmente o que acontece mesmo são ações pontuais, quanto a unidade solicita alguma visita domiciliar ou questiona sobre algum caso específico a gente dá um suporte, e tem a questão da ficha de referência e contra referência. (P-SM2)*

*O trabalho não tem uma integralidade como esperamos, ele ainda é muito específico de cada local. O CAPS oferece, a unidade oferece, o hospital oferece, mas não há uma inter-relação entre esses serviços de apoio, de encaminhamento, de suporte. (P-SM1)*

É perceptível que as equipes de saúde mental reconhecem a necessidade de que haja um apoio dos serviços de referência para as equipes da atenção básica, no entanto, apesar de já ter existido o início de um movimento para implementar ações que caminhassem nesse sentido, a maioria delas ainda se refere a ideias não operacionalizadas. Esse dado diz respeito à inexistência do matriciamento e a escassez de ações conjuntas entre tais serviços.

Para Chiaverini et al., (2011), o apoio matricial se apresenta como uma estratégia possível e efetiva para capacitar e prestar um suporte às equipes de saúde da família no que tange ao cuidado em saúde mental. Desse modo, aponta que:

O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população. Assim, também se diferencia da supervisão, pois o matriciador pode participar ativamente do projeto terapêutico. O matriciamento constitui-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades (CHIAVERINI et al., 2011, p. 14 e 15).

Essa proposta é potencializadora da construção de um processo de trabalho efetivamente interdisciplinar, que promova o compartilhamento de experiências e conhecimentos de ambas as equipes, com vistas a reconhecer que a atenção em saúde mental também pode acontecer no nível primário e que os profissionais da atenção básica podem contribuir, ampliando a compreensão e a capacidade resolutiva desse nível de assistência diante dessas situações. No entanto, ficou evidente nos discursos que essa troca de saberes ainda é insipiente no município, o que compromete a possibilidade de construção e fortalecimento de uma rede de atenção que se corresponsabiliza pelo atendimento integral dos sujeitos.

De acordo com a Portaria 336/2002, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, é função destes oferecer suporte em saúde mental à atenção básica, supervisionando e capacitando os profissionais que compõem essas equipes, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidados na sua área de abrangência (BRASIL, 2002). Conforme aponta a legislação os CAPS são os organizadores da rede e, como tais, devem buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. Entretanto, o que ficou perceptível através das entrevistas, foi a quase inexistência de ações que buscassem operacionalizar a oferta desse suporte.

*Atualmente a rede está sendo pouco ativada, existe uma necessidade de estar melhorando, porque dificilmente a gente consegue fazer esse contato. O contato é feito mesmo pelo telefone, quando existe algo de urgência, ou uma demanda específica que a gente precisa encaminhar. Mas normalmente discussão de caso e conversar sobre, não existe. (P-SM4)*

Com relação ao apoio matricial, foi possível identificar ainda, em consonância com o que aponta Dimenstein et al. (2009), que parece não haver clareza entre os profissionais sobre o que é a proposta do matriciamento.

*Assim, já ouvi falar. Mas se você me perguntar exatamente o que é o apoio matricial, eu não sei dizer. Eu sei o que é equipe matricial, porque como eu fui enfermeira do internamento domiciliar, então tinha dois tipos de equipes, tinha a matricial e outra...mas não lembro direito a diferença. (P-AB16)*

*Já ouvi falar...é mais ou menos assim, um apoio do outro serviço pra gente; do serviço de referência pra gente aqui. (P-AB7)*

*Nunca ouvi falar desse termo não. Posso até saber o que é, mas por esse termo não. (P-AB5)*

*Já ouvi falar, eu entendo sobre apoio matricial que esse paciente também é da unidade de saúde e não só do CAPS... Na verdade, quem seria o apoio matricial, não sei se estou certa ou não, seria o apoio do CAPS e não o nosso. (P-AB2)*

O desconhecimento acerca do que é o apoio matricial, assim como compreensões simplistas ou equivocadas sobre o tema, foram aspectos que apareceram com frequência nas falas de boa parte dos profissionais da atenção básica e demonstram o não reconhecimento por parte destes acerca da possibilidade de construção de novas formas de relacionamento entre os profissionais de saúde dos diferentes serviços que compõem a rede. Este aspecto chama atenção para o fato que não se pode cobrar ou solicitar o que se desconhece - essa realidade acaba mantendo as equipes da AB distanciadas dos serviços de saúde mental e reafirma a inexistência da implementação e discussões sobre o matriciamento por parte dos últimos.

Sobre a falta de diálogo entre as equipes de saúde da família e as equipes de referência especializada, Luchese et al.(2009), chamam atenção para a necessidade de que se efetue o rompimento com a ideia da atenção formal e isolada e se efetive a consolidação de parcerias intersetoriais e sociais com vistas à articulação de práticas de atenção integral à saúde da população. No entanto, a falta de reuniões sistemáticas entre as equipes foi apontada como um dificultador para a articulação de ações no território,

*Não existem ações articuladas. O que tá faltando é reunião de equipe, até aqui dentro do próprio serviço, para pensarmos estratégias para articular ações no território. O atendimento ainda é mais individualizado mesmo...houve um encontro há mais ou menos oito meses para discutir e expor as dificuldades para fazer a articulação entre os serviços da atenção básica e saúde mental, mas percebo pouca resolutividade com relação ao avanço dos impasse apontados. (P-SM3)*

O trabalho em equipe é considerado imprescindível para o rompimento da lógica manicomial e enfrentamento da fragmentação do trabalho e do sujeito, com vistas à integralidade do cuidado (Minozzo e Costa, 2013). Desse modo, a falta de um espaço de reunião e troca entre as equipes prejudica o desenvolvimento de reflexões que possibilitem aos profissionais repensarem a sua prática e construir coletivamente estratégias para o enfrentamento das dificuldades enfrentadas, assim como, para o desenvolvimento de ações intersetoriais de atenção psicossocial.

### **4.3 Dos demais impasses apontados para a realização de ações em saúde mental na atenção básica**

A atenção básica vem sendo apontada como um importante campo para a produção de novas formas de cuidado em saúde mental, por possibilitar a operacionalização de uma rede de atenção integral e o desenvolvimento de ações próximas ao contexto familiar e social das pessoas. No entanto, essa pesquisa apontou um distanciamento entre o que é preconizado pelas políticas públicas na área e o que acontece na prática.

*O papel da atenção básica, se realmente funcionasse como tá no papel, seria perfeito. Porque a atenção básica é quem primeiro recebe, mas precisamos de mais suporte com relação a isso, de capacitação pra própria unidade... Porque chegou aqui e precisou de um atendimento psicológico, pode ser qualquer um, vai para o CAPS. (P-AB14)*

Dentre os impasses referidos pelos profissionais para a realização de ações em saúde mental na atenção básica, está a falta de estrutura das unidades para a ampliação dos serviços ofertados.

*No meu caso, eu não tenho condições de realizar ações em saúde mental não. A demanda aqui é muito grande e a própria unidade não está preparada para receber outras demandas em termos estruturais. A gente não tem como pedir pra fazer uma palestra, por exemplo, por causa do espaço, são poucas as ações que consigo fazer no acolhimento. (P-AB11)*

*...A própria unidade de saúde não tem estrutura física pra fazer um evento, uma palestra, nem mesmo pra ser uma unidade básica de saúde. (P-AB2)*



Esse aspecto foi relacionado à falta de recursos, incentivo e apoio dos gestores locais para a melhoria das condições de trabalho e fomento a realização de ações de saúde no território, o que desmotiva os profissionais para propor e ampliar a oferta de práticas.

*A gente tem uma dificuldade com essa questão de apoio da gestão, deles tarem dando o suporte pra gente educar a população de forma correta, pra fazer ações de promoção da saúde. A gente precisa sensibilizar a população através da educação continuada para lidar com essas questões...Muitas vezes quando a gente propõe uma ação, eles querem que a gente arque com as despesas, e a equipe não concorda em ter que suprir essa demanda. Muitas vezes, tivemos que desmarcar alguma atividade que já tava agendada pra fazer, por falta de suporte da secretaria. (P-AB9)*

*Eu me sinto desmotivada porque não tenho apoio. Às vezes a gente quer fazer um evento, uma ação criativa, mas se a gente não tirar do próprio bolso, o evento não sai. (P-AB2)*

*São os cursos de atualização o que diferencia um profissional do outro...Então quando a gente se atualiza, a gente percebe o que está ruim e o que pode melhorar. Falta isso. Falta curso, orientação, empenho da gestão para saber o que pode melhorar, o que pode mudar na saúde. Falta preparação. (P-AB16)*

Outra questão que emergiu nas falas foi a escassez de capacitação nesse campo. A maioria dos profissionais da AB referiu ter participado apenas de cursos pontuais, mais voltados a questão da saúde mental em relação ao uso de álcool e outras drogas, e expressaram dificuldades em articular os conteúdos aprendidos com a prática. Esse achado está em consonância com o estudo de Nunes, Jucá e Valentim (2007) ao indicar que processos de formação em saúde mental são ineficazes quando realizados de forma pontual e pouco abrangente.

*Já teve um curso aqui, mas foi para os agentes comunitários. Mas não é um curso assim que vai no fundo dessas questões, é mais superficial (P-AB8).*

*Tive alguns cursos pontuais, não lembro direito, mas de certa forma isso me auxilia (P-AB16)*

*Passei por um curso, mas foi só em relação a álcool e drogas. A capacitação auxilia, mas como eu te disse, é um público muito difícil de lidar, muito complicado. (P-AB17)*

*Tive um muito bom. De capacitação para a questão de álcool e outras drogas. Me ajuda muito. (P-AB15)*

*Já recebemos capacitação, mas assim é uma coisa surreal. A gente recebe a capacitação, mas não consegue fazer muita coisa na prática porque muitos deles não aceitam, principalmente em relação a álcool e droga. A gente não consegue intervir tanto, porque o próprio paciente admite que é viciado, então a gente só pode ajudar aquele que quer ser ajudado. (P-AB2)*

Apesar de muitos terem sinalizado que os cursos pontuais aos quais tiveram acesso não prepararam efetivamente para o manejo das situações de saúde mental, a maioria dos profissionais reconheceram a importância da capacitação e a necessidade de uma maior oferta dessas ações no município. Nesse sentido, aponta-se a importância de uma formação continuada em serviço, que acompanhe e avalie as reais necessidades dos profissionais e o que de fato está sendo aproveitado e operacionalizado no cotidiano destes, possibilitando a construção de uma verdadeira conexão entre ensino-serviço-comunidade.

Para Jucá, Nunes e Barreto (2009), a oferta de cursos de capacitação em saúde mental para essas equipes deve possibilitar o compartilhamento de conhecimentos relevantes acerca da reforma psiquiátrica e das novas concepções acerca do sofrimento psíquico e assistência à saúde, com o objetivo de auxiliar esses profissionais a desenvolverem uma comunicação que lhes permita dialogar e construir novas percepções e modos de atuação. No entanto, os autores chamam atenção para o fato de que somente a realização de cursos eventuais não é suficiente e destacam a necessidade de que haja um suporte mais permanente e sistemático com relação a tais questões no nível básico feito, por exemplo, por meio de equipes matriciais – com as quais os profissionais possam contar cotidianamente.

Desse modo, a formação continuada está presente como uma das necessidades mais urgentes relacionada à saúde mental na atenção básica, uma vez que a falta de capacitação para lidar com tais demandas é geradora de sofrimento psíquico para os profissionais e compromete a resolutividade da intervenção (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2009). Tais dimensões ficaram evidentes principalmente na fala dos agentes comunitários de saúde ao retratarem o despreparo que sentem ao se depararem com tais questões.

*A gente foi preparado para ir as residências colher informações, chegar até o paciente e estabelecer um vínculo com uma finalidade de ajudar, identificar. Mas não sabíamos que íamos escutar tantos problemas, tem problema que eu nem sabia que existia. Porque eu vivia em um mundo que*

*eu não conhecia essas doenças, nem sabia que doenças de ordem psicológica e mental afetavam tantas pessoas. Eu vivia em um mundo fechado que eu não sabia como essas doenças surgiam, evoluíam e o que é que eu poderia fazer. Então, não fomos preparados psicologicamente para estar enfrentando essas doenças de ordem psíquica. Aí eu chegava até o domicílio, a pessoa me apresentava aquele problema e eu tomava aquele problema, o sofrimento pra mim e isso estava afetando a minha saúde (P-AB16)*

*A gente orienta como pode, mas assim...a gente não recebe orientação de como orientar. Não existe um planejamento como existe para o diabético, hipertenso. (P-AB17)*

A despeito da identificação da relevância da capacitação, e em consonância com o que aponta Nunes et al. (2007), identificou-se que, muitas vezes, quando cursos e treinamentos são oferecidos às equipes de saúde, não há uma adesão tão expressiva desses profissionais.

*Nós não temos grupos efetivamente de capacitação. O interessante é que já se colocou essa possibilidade com os encontros iniciais que fizemos com os ACS em 2013, mas ela não foi efetivada. Pensamos inicialmente nessa proposta da capacitação, mas as vezes não tem o interesse e a disponibilidade para tal. Você deve conhecer o CRR<sup>13</sup> que oferece cursos também que são de capacitação e o que a gente pode perceber desse curso é que vêm muitas pessoas de fora e de Santo Antônio são restritas – porque não houve liberação da secretária de saúde para os profissionais participarem, as pessoas não tem interesse porque choca com o horário de trabalho e você não pode deixar a unidade pra ir. Teve um outro que para facilitar para os profissionais de saúde irem aconteceu dentro do Regional e foi esvaziado total, teve que ser cancelado no meio. Então, são interrogações que ficam. Não se discute a efetividade da capacitação, mas o que leva as pessoas a não participarem da capacitação. (P-SM1)*

Desse modo, ressalta-se a necessidade de que haja uma prioridade, investimento e incentivo da gestão com relação à participação das equipes da AB em tais ações. Com relação a esse aspecto, Nunes et al. (2007) apontam a importância do delineamento de estratégias que objetivem alcançar esse público de forma responsável e eficiente, pautadas no esforço conjunto da gestão local e equipes de saúde mental para possibilitar uma real transformação nas compreensões e práticas profissionais que não coadunem com as atuais políticas públicas em saúde nesse campo. Corroboram com o exposto Amarante (2003) ao

---

<sup>13</sup> Centro Regional de Referência para Educação Permanente em Crack, Álcool e Drogas.

indicar que a demanda de capacitação da atenção básica, para alcançar um campo sócio cultural mais amplo, exige a atuação tanto na dimensão técnico-assistencial, quanto na epistemológica.

No entanto, a partir dos conteúdos que emergiram nas entrevistas com os profissionais da rede básica, foi possível identificar que, muitas vezes, as capacitações são ofertadas no modelo de transmissão vertical de conhecimentos, com o enfoque em conteúdos que abarcam apenas a dimensão técnica. Esse aspecto contribui para a manutenção de compreensões equivocadas e estereótipos que atuam como entraves para uma mudança efetiva. Como pontuado em campo:

*O CAPS foi instalado no município sem que houvesse uma preparação dos serviços ou da comunidade. Não houve uma discussão sobre o porquê da negação dos manicômios e implantação do CAPS [...] Então, a sociedade e as instituições precisam estar preparadas para receber o CAPS, e quando eu falo preparada, é porque as pessoas em sofrimento psíquico ainda circulam pelas ruas e há uma negação com relação a elas. Então é necessário trabalhar o imaginário social sobre a loucura para potencializar uma aceitação e mudança de atuação. (P-SM1)*

Outro aspecto apontado como um limitador para o desenvolvimento de ações de saúde mental na AB foi a alta rotatividade de profissionais no município, uma vez que boa parte das equipes são formadas por pessoas contratadas e não efetivas. Essa questão surgiu como um dificultador, tendo em vista que é comum que profissionais passem por capacitação e sejam desligados quando ocorre uma mudança de gestão. As mudanças constantes dessas equipes exigem um investimento em treinamentos que, muitas vezes, são subaproveitados pela fragilidade do vínculo empregatício e dificultam a continuidade de ações que começaram a ser desenvolvidas ou que foram propostas por equipes anteriores, desmotivando os profissionais. Como destacado abaixo:

*Quando você fala de capacitação, nós temos um problema que é a rotatividade. O município não tem um número ideal de profissionais efetivados, têm contratados, e por serem contratados, tem essa grande rotatividade entre as equipes. Aí começam as queixas com a secretaria e esses profissionais vão perdendo o estímulo. (P-SM1)*

*Antigamente a gente podia deixar o posto para fazer alguma atividade lá fora, hoje se deixar é motivo de confusão. Isso não deixa as pessoas motivadas [...] E tem a questão da pessoa não ser efetiva, a pessoa tem medo de perder o trabalho porque não tem aquele vínculo efetivo, e aí não pode abrir a boca pra cobrar, propor uma mudança, pra falar o que pensa, por causa do contrato. (P-AB16)*

Outro grande impasse identificado nos discursos foi a ausência de registros acerca das pessoas em sofrimento psíquico, atendidas pelas unidades. Os casos identificados não são contabilizados, nem notificados pelos profissionais. Estes não possuem um controle efetivo das questões mais comumente identificadas em sua área de abrangência, assim como, de quantas e quais pessoas do seu território são acompanhadas pelos serviços de referência em saúde mental.

*Não temos esse registro. Na unidade não existe esse controle. (P-AB1)*

*Não fazemos esse registro não. O que eu tenho é uma lista que eu pedi para os ACS quando eu cheguei aqui de todos os deficientes mentais<sup>14</sup> e todos os deficientes físicos acamados. Tenho isso, mas também não está atualizada. Eu não sei te dizer, por exemplo, quantas pessoas aqui do meu território que são acompanhadas pelo CAPS. (P-AB2)*

*Quando acontece de identificar algo desse tipo, a gente registra no próprio prontuário mesmo. Mas não é feito um levantamento de quantos são, um acompanhamento dos casos. (P-AB6)*

*Não existem critérios para fazer essa identificação não, a gente vai fazendo no 'olhometro', a partir do que a gente acha. (P-AB17).*

A falta de planejamento para realizar a identificação e notificação dessas demandas, contribui para uma não organização do trabalho das equipes da atenção básica no que tange ao atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, assim como para a inexistência de estratégias de atenção em saúde mental no nível primário.

Conforme aponta Luchese et al. (2009, p. 5 ),

Os trabalhadores das equipes de saúde da família discursaram sobre uma clientela que não tem registro, não é sequer identificada na unidade de saúde da família, o que talvez seja um comportamento reprodutor da fragilidade do sistema de informação (Sistema de Informação sobre Atenção

---

<sup>14</sup> Nota-se na fala, uma confusão de conceitos. O termo “deficiência mental” entrou em desuso e passou a ser substituído por “deficiência intelectual”. Conforme o DSM - 5 esta terminologia se refere a um transtorno com início no período de desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos nos domínios conceitual, social e prático. Desse modo, uma pessoa com deficiência intelectual apresenta comprometimento em funções intelectuais como, por exemplo, raciocínio, solução de problemas, planejamento, pensamento abstrato e aprendizagem acadêmica, diferindo da noção de sofrimento psíquico conforme aqui definida.

Básica – SIAB), o qual não dá visibilidade para os portadores de transtorno mental, interferindo drasticamente nas ações programáticas para atenção básica a esta população, bem como no comportamento do sistema de saúde que negligencia ao não ter dados para programar e planejar ações de saúde mental na atenção primária.

Esse aspecto reafirma a importância da inclusão de indicadores de saúde mental no SIAB, a fim de possibilitar a geração de informações que possam subsidiar a formação de melhorias das políticas públicas na área e o delineamento de estratégias a nível local. Segundo Oliveira, Vieira e Andrade (2011), a identificação das pessoas em sofrimento psíquico, de fato, não tem sido feita de forma sistemática nas comunidades do país, inclusive nas áreas de abrangência das UBS/USF, o que culmina no marcante desconhecimento acerca da realidade e das necessidades de saúde mental na atenção primária no Brasil. Com relação a esse déficit, os autores apontam a necessidade do estabelecimento de uma atitude epidemiológica por parte de todos os componentes que compõem essas equipes.

Ademais, foi possível identificar que os profissionais efetivamente desconhecem quais as reais possibilidades da atenção básica com relação à realização de ações em saúde mental. As concepções apresentadas, em sua maioria, desconsideraram a construção e implementação de práticas de promoção da saúde nesse campo e se restringiram a ideia dos encaminhamentos e atendimentos individualizados das pessoas com sofrimento psíquico já instalado. Nessa dimensão, outro aspecto que chamou atenção foi que dentro das unidades de saúde da família, apenas a psicóloga do NASF era percebida como uma via possível para a realização de intervenções com relação a tais situações.

*[...] Nas consultas geralmente eu pergunto, se tá com insônia, tá com algum problema, porque como a gente atende em uma área de risco, muitos pais têm filhos que são usuários de drogas, às vezes tem caso de um deles ser morto. Então, tem pessoas que perdem um filho, né? São situações difíceis pra pessoa lidar. Quando identifico alguém que não tá bem, tá precisando de um atendimento assim geralmente eu quase sempre encaminho para a psicóloga do NASF que tá aqui uma vez na semana, quando a gente não consegue, encaminho para o CAPS. (P-AB9)*

*[...] Eu atendo, quando identifico, encaminho para a psicóloga do NASF pra ela avaliar a necessidade de encaminhar para o CAPS. (P-AB3)*

Segundo o Ministério da Saúde (2008), os NASF foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e resolubilidade das equipes de saúde da família. Estes devem apoiar os profissionais da atenção básica no atendimento de demandas do território, por meio do apoio matricial, objetivando fazer um acompanhamento longitudinal e modificar a lógica de atuação pautada apenas em encaminhamentos feitos através de referência/contra referência.

No entanto, o modo como esses Núcleos têm operacionalizado suas ações aponta para um risco de que, à revelia do que é preconizado, os profissionais do NASF sejam vistos como mais uma possibilidade para realização de atendimentos clínicos pelas equipes das USF, e passem a atuar em moldes ambulatoriais, sem tempo para matriciamento, prevenção e promoção (ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2009).

Desse modo, a ausência de uma retaguarda provenientes dos serviços de referência em saúde mental e também dos profissionais que compõem o NASF, foi identificada como uma das maiores dificuldades e contribui para que os profissionais da atenção básica mantenham modelos convencionais de atuação e não se dediquem a ampliação de práticas de promoção da saúde, estimulando perspectivas curativas e de medicalização da população vistas, muitas vezes, como os únicos recursos disponíveis.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atuais políticas públicas em saúde tem destacado a importância de que a Atenção Básica seja compreendida e funcione efetivamente como um locus de atenção resolutoro também às demandas de saúde mental, possibilitando a operacionalização de ações próximas ao contexto familiar e social das pessoas, fortalecendo a rede de atenção psicossocial nos territórios e a consolidação de práticas que objetivem prestar uma assistência integral a população.

A despeito do que é preconizado, diversos estudos (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007; LUCCHESI, et al. 2009; ONOCKO CAMPOS; GAMA, 2009; TANAKA; RIBEIRO, 2009; SOUZA; RIVERA, 2010) têm indicado as dificuldades de articulação entre esses dois campos no país, demonstrando que a saúde mental ainda se apresenta como um campo de saber e de práticas distanciadas das ações desenvolvidas em um nível primário de assistência. Observa-se, a partir das pesquisas que buscaram compreender essa relação, que apesar dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e Sanitária compartilham lutas e objetivos que culminam na aproximação dos princípios que norteiam as áreas de saúde mental e saúde da família, estas ainda caminham, na maioria das vezes, de forma dissociada e desarticulada nos serviços do SUS.

Os resultados encontrados na presente pesquisa corroboram com a premissa de que a inclusão de ações de assistência à saúde mental na atenção básica tem enfrentado dificuldades e é uma realidade ainda não contemplada na atuação dos profissionais que compõem essas equipes. Nesse sentido, foi constatada uma lacuna significativa entre as diretrizes propostas para atuação e as práticas desenvolvidas tanto pelas unidades de saúde, quanto pelos serviços designados para oferecerem um suporte a estas. Essa situação chama atenção para o fato de que apenas a existência da política pública, não garante a sua implementação. É necessário um conjunto de ações articuladas entre diversos atores (gestão, trabalhadores de saúde, comunidade) para operacionalizá-la em um processo de avaliação e melhoramento contínuo.

Os impasses que emergiram nos discursos denunciaram deficiências de ambos os serviços com relação ao estabelecimento de um diálogo que possibilitasse o desenvolvimento de ações articuladas. A insuficiência de capacitações e de uma



formação continuada em serviço desvelou a carência de um suporte às equipes de saúde da família no que tange ao cuidado em saúde mental e a inexistência do apoio matricial nesse campo. Tal aspecto contribui, sobremaneira, para a manutenção de outros entraves identificados, como a prevalência de concepções estereotipadas acerca do sofrimento psíquico e a manutenção da lógica de atuação biomédica na condução da dinâmica das unidades de saúde da família.

Ao considerar que a inserção do cuidado em saúde mental em serviços de base territorial, depende, sobremaneira, da articulação e realização de parcerias com os serviços de referência em saúde mental, é urgente o estabelecimento dessa relação, não só no que diz respeito a dimensão técnica de capacitação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família para atender tais demandas, mas no fomento à mudança do imaginário destes com relação as pessoas em sofrimento psíquico, uma vez que a desinstitucionalização pressupõe transformações sociais subjetivas. Só assim, será possível construir efetivamente serviços de saúde que valorizem as singularidades e apostem nas potencialidades desses sujeitos, com equipes que atuem em uma perspectiva integral, tendo em mente que as pessoas não podem ser reduzidas a sistemas classificatórios e à dimensão física.

Esse estudo revelou também a ausência de critérios para a identificação e registros das pessoas em sofrimento psíquico, atendidas pelas unidades. Os casos identificados não são contabilizados, nem notificados pelos profissionais, o que reflete na negligência com relação ao planejamento e organização de ações que objetivem atender tais demandas. Com relação a esse aspecto, sugere-se a implementação nas unidades de saúde da família, de uma ficha de rastreio e identificação das pessoas em sofrimento psíquico e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas a ser utilizada pelos agentes comunitários de saúde (ver apêndice D). Esse instrumento foi elaborado pela pesquisadora e poderá auxiliar as equipes a delinear um perfil dessas demandas em sua área de abrangência, facilitando o reconhecimento das necessidades da população e o delineamento de estratégias para o desenvolvimento de ações em saúde mental, condizentes com a realidade local.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de se avançar com relação ao papel que vem sendo desempenhado pela atenção básica e de fortalecer os

serviços de saúde mental enquanto dispositivos que tem o papel de promover o debate e desconstrução do imaginário acerca da loucura , assim como de potencializar, juntamente com os Núcleos de Apoio a Saúde da Família, os recursos de suporte à atenção básica, compartilhando saberes e pensando modos possíveis para efetuar uma atenção integral, em um processo de responsabilidade compartilhada.

Nesse sentido, a discussão aqui proposta suscita a necessidade não apenas de ampliar a oferta de serviços e o escopo de abrangência da rede de atenção psicossocial com a capacitação técnica e pedagógica dos profissionais da atenção básica, mas a importância de se consolidar uma rede integrada de atenção à saúde que dialogue e tenha como alicerce o desenvolvimento de processos de trabalho que efetivamente acolham, vinculem e apostem na autonomia das pessoas em sofrimento psíquico, com vistas à construção de espaços sociais que assegurem os direitos, possibilitem o resgate da cidadania desses sujeitos e que reconheçam as suas potencialidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLY, Y. **Reforma Psiquiátrica: Construção De Outro Lugar Social Para a Loucura**. I Seminário Nacional Sociologia e Política. UFPR, 2009.

AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema único de Saúde. Breve história da política de saúde no Brasil. In: **SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percursos, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica. In: **Cadernos de saúde pública**, v.11, nº 3: p.491-494,1995.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. SP: Edições 70, 2011.

BASAGLIA, F. Corpo e instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. In: AMARANTE, P. (org.) **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAPTISTA, T. W. F. Histórias das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio v. 3, p. 29 – 60, 2007.

BEDIN, D. M. **Integralidade no SUS e Saúde Mental**. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação. PUCRS, 2008.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.30, n.3, p.380-98 , dez . 1996.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA J. B.; AMARANTE, P. (Orgs.) **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL, Lei Federal nº 10.216/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL, Lei Federal nº 8.080/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde, Brasília, DF, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488/2011. 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). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088/2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleos de apoio à saúde da família: conceitos e diretrizes**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, 2010.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, 2000.

CANOVA, L. A Questão da Loucura na Historiografia Ocidental e nos Jornais Da Cidade de Cuiabá na Primeira República. **Cordis. História, Corpo e Saúde**, n. 7, jul./dez. pp. 185-218, 2011.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, DF, 2011.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): 1483-1492, 2009.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas Públicas: Princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental** v.3 n.5. Barbacena, nov. 2005

DIMENSTEIN, M; et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n 1, p. 63-74, 2009.

FOUCAULT, M. **A loucura e a sociedade**. Ditos e escritos, Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro, 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2009.

FREITAS, M. O. **Políticas Públicas: experiências em educação, cultura, comunicação e cidadania**. Dissertação de mestrado em comunicação da UFG, 2009.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, R.O. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática dos novos serviços. **Rev. Latinoam. de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n. 1, mar., 2005.

GAMA, C. A. P.; ONOCKO 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 (2) – Out/Dez, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

JUCÁ, V. J. S. dos; NUNES, M. O. de ; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): 173-182, 2009.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

MINOZZO, F., COSTA, I. I. Integrando CAPS e Saúde da Família: Apoio Matricial em saúde mental. In: PAULON, S., NEVES, R. **Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

MYNAIO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

NUNES M., JUCA 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10): 2375-2384, out, 2007.

OLIVEIRA, A. G.B.; VIEIRA, M. A. M; ANDRADE, S. M. R. **Saúde Mental na Saúde da Família: Subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Olho d'água, 2011.

OLIVEIRA, D. C., et al. A atenção pública à saúde e a constituição simbólica do Sistema Único de Saúde: representações socioprofissionais. **Psicol. teor. prat.** v.9 n.2, São Paulo, 2007

OMS. **Livro De Recursos Da Oms Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação**. Cuidar, Sim – Excluir, Não, 2005.

OMS. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Relatório sobre a saúde no mundo, 2001.

PASCHE, D. F. Contribuições da política de humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: **Cadernos Humaniza SUS**, V.2 Série B. Textos Básicos de Saúde, 2010.

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

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

RIBEIRO, J. M.; DIAS, A. I. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12):4623-4633, 2011.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2. ed. Rio de Janeiro: TeCora, 2001. p. 111-142.

SECCHI, L. **Políticas Públicas: Conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. Ed – São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. julho-agosto; 13(4):591-5, 2005.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas. Saúde Colet**. 2010; 4(1): 105-14.

SOUZA, L. G. S. et al. **Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, 2012.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2): 477-486 2009.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, vol. 9(1): 25-29, Rio de Janeiro: Manguinhos, 2002.

WHO - World Health Organization; WONCA - World Organization of Family Doctors. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Lisboa: WHO, WONCA; 2009.



## APÊNDICES

## Apêndice A

**Roteiro de entrevista – Profissionais da atenção básica**

Abertura: estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada *Saúde Mental e Atenção Básica: A importância da integralidade da Atenção* que tem como o objetivo identificar se existe o apoio matricial e o desenvolvimento de ações conjuntas entre a rede Básica de Saúde e os serviços de referência em saúde mental da cidade de Santo Antônio de Jesus – BA, a fim de compreender a relação estabelecida entre estes no município. Além disso, pretende analisar como os profissionais da Atenção Básica compreendem e identificam o sofrimento psíquico em pessoas que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e quais as ações realizadas por esses profissionais para prestar cuidado a essas pessoas. Para a coleta de dados será utilizada entrevista semiestruturada. A entrevista será gravada, caso permita, como consta no termo de consentimento livre e esclarecido e a sua identidade será mantida em sigilo. O Sr. (Sr.<sup>a</sup>) tem alguma dúvida?

Dados de identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

- 1- Há quanto tempo você trabalha nessa unidade de saúde?
- 2- O que você compreende como sofrimento psíquico/transtorno mental?
- 3- Você costuma identificar quando alguém que busca atendimento nessa unidade está em sofrimento psíquico? Se sim, como identifica e quais os critérios que utiliza?
- 4- O que geralmente faz após essa identificação?
- 5- Você já se deparou, na sua rotina de trabalho, com algum usuário deste serviço que necessitou de uma intervenção específica em saúde mental? Qual? O que você fez na situação?

- 6- Com que frequência você se depara em sua prática profissional nesta unidade com pessoas em sofrimento psíquico?
- 7- Quais os sinais e sintomas que costumam ser avaliados como indicativos de sofrimento psíquico por você?
- 8- Como é feito o planejamento da assistência a essas pessoas nesta unidade?
- 9- Vocês fazem algum registro na unidade do número de casos e dos tipos de transtornos identificados? De que forma é feito este registro?
- 10- Existe algum tipo de intervenção realizada nesta unidade voltada para essa população? Se sim, qual?
- 11- Existe o diálogo entre a equipe desta unidade e as equipes e os serviços de referência em saúde mental do município com relação ao atendimento a essas pessoas?
- 12- Você já ouviu falar em apoio matricial? Se sim, o que entende sobre?
- 13- Existe o desenvolvimento de ações conjuntas entre os Serviços de referência em saúde mental do município e esta unidade de saúde? Se sim, quais?
- 14- Qual sua avaliação sobre a qualidade e integralidade no atendimento as pessoas com transtornos mentais no município?
- 15- Quais as dificuldades do município com relação ao estabelecimento de um diálogo entre a Atenção Básica e os serviços de referência em saúde mental?
- 16- Você considera que os profissionais da rede básica estão preparados para identificar e prestar o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico? Se não, quais as dificuldades enfrentadas?
- 17- Qual a sua percepção (compreensão) acerca das necessidades e demandas das pessoas com sofrimento psíquico atendidas nesta unidade?
- 18- Você se sente motivado em desenvolver atividade neste local? Por quê?
- 19- O que poderia ser feito para garantias de melhores condições de trabalho?
- 20- Você já participou de algum curso de capacitação ou processo de formação na área de saúde mental? Se sim, você considera que isso te auxilia na sua atuação nesta unidade? Como?
- 21- Como você avalia os recursos institucionais do município (Unidades básicas, CAPS ambulatorio, hospitais, etc) com relação a prestação de cuidado as pessoas em sofrimento psíquico?
- 22- Para você, qual o papel da atenção básica no atendimento a essa população?

23-Existe algum instrumento de rastreio ou identificação utilizado nesta unidade pelos ACS para identificação de pessoas com possíveis transtornos mentais e/ou dependência química em micro-áreas do PSF?

24-Existe alguma ação de promoção de saúde mental realizada nesta unidade?  
Se sim, qual?

## Apêndice B

**Roteiro de entrevista – Profissionais de saúde mental**

Abertura: estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada Saúde Mental e Atenção Básica: A importância da integralidade da Atenção que tem como o objetivo identificar se existe o apoio matricial e o desenvolvimento de ações conjuntas entre a rede Básica de Saúde e os serviços de referência em saúde mental da cidade de Santo Antônio de Jesus – BA, a fim de compreender a relação estabelecida entre estes no município. Além disso, pretende analisar como os profissionais da Atenção Básica compreendem e identificam o sofrimento psíquico em pessoas que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde e quais as ações realizadas por esses profissionais para prestar cuidado a essas pessoas. Para a coleta de dados será utilizada entrevista semiestruturada. A entrevista será gravada, caso permita, como consta no termo de consentimento livre e esclarecido e a sua identidade será mantida em sigilo. O Sr. (Sr.<sup>a</sup>) tem alguma dúvida?

Dados de identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

- 1- Há quanto tempo você trabalha nessa unidade de saúde?
- 2- Existe o diálogo entre a equipe deste serviço e as equipes da atenção básica no município com relação ao atendimento das pessoas em sofrimento psíquico?
- 3- Existe o desenvolvimento de ações conjuntas entre este serviço e as unidades de saúde? Se sim, quais?
- 4- Qual a sua avaliação sobre a qualidade e integralidade no atendimento em saúde mental no município?
- 5- Quais as dificuldades enfrentadas com relação ao estabelecimento do diálogo entre a atenção básica e os serviços de saúde mental no município?

- 6- Existem reuniões interdisciplinares entre as equipes? Se sim, com que frequência?
- 7- Existe a discussão conjunta de casos entre os serviços?
- 8- Esse serviço realiza alguma ação para estreitar os laços com a atenção básica? Se sim, qual?
- 9- A equipe desse serviço já prestou algum tipo de orientação ou capacitação para as equipes da atenção básica?
- 10- Quando vocês recebem um encaminhamento de um paciente feito pela unidade de saúde o que é feito? Existe a contra referência?

## Apêndice C

**Termo De Consentimento Livre Esclarecido**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa intitulada “Saúde mental e atenção básica: A importância da integralidade da atenção” desenvolvida por Larissa Muniz Ribeiro Aras dos Santos, estudante do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) sob orientação da professora doutora Maria Lúcia da Silva Sodré. Esta pesquisa tem como objetivo identificar se existe o apoio matricial e o desenvolvimento de ações conjuntas entre a Rede Básica de Saúde e os serviços de referência em saúde mental da cidade de Santo Antônio de Jesus – BA, a fim de compreender a relação estabelecida entre estes no município. Além disso, pretende analisar como os profissionais da Atenção Básica compreendem e identificam o sofrimento psíquico em pessoas que buscam atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)/ Unidades de Saúde da Família (USF) e quais as ações realizadas por esses profissionais para prestar o cuidado a essa população. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará por meio de uma entrevista que será gravada e sua identidade será mantida em sigilo. Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa são: o desconforto por responder questões relacionadas ao seu ambiente de trabalho, a possibilidade de atrapalhar a realização de suas atividades laborais, a necessidade de disponibilização do seu tempo. Entretanto, como forma de minimizar/evitar tais riscos, algumas providências serão tomadas, a exemplo, da possibilidade de escolha de um ambiente privativo para realização da entrevista, definição de um tempo que não altere significativamente a sua rotina de trabalho e de um horário que lhe seja mais conveniente para agendamento da entrevista. Se depois de consentir a sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Ressaltamos que o (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por participar desta pesquisa. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do telefone (75) 92134847 ou pelo e-mail [lara.muniz@hotmail.com](mailto:lara.muniz@hotmail.com).

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar desta pesquisa, sabendo que não vou ter retorno financeiro e que posso sair a qualquer tempo. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local, Data

## Apêndice D

**Ficha de rastreio e identificação – Saúde Mental**

Unidade: \_\_\_\_\_ Micro área: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_

- Este formulário é sugerido para identificação de pessoas com sofrimento psíquico e/ou dependência química em micro áreas da USF. As perguntas devem ser feitas para cada família. No caso de resposta afirmativa, a pelo menos uma dessas perguntas, o ACS deverá fazer a identificação acerca de qual membro da família esta se refere e notificar a USF. A equipe de saúde da família deverá, a partir dessa informação, fazer a avaliação e acompanhamento da pessoa identificada.
- O registro visa contribuir para a criação de um banco de dados acerca das demandas em saúde mental identificadas, com o objetivo de auxiliar os profissionais a fazerem um planejamento da assistência e acompanhamento às pessoas em sofrimento psíquico no território, além do delineamento de estratégias de promoção em saúde mental nas unidades.

**Nesta família existe alguém que:**

Identificação da Família:			
	Sim	Não	Quem
Tem estado triste ou chora com frequência?			
Toma ou já tomou “remédio controlado/prá cabeça?”.			
Já esteve internado em hospital psiquiátrico?			
Faz ou já fez acompanhamento no ambulatório de saúde mental ou no CAPS?			
Tem ou já teve algum tipo de “crise” “surto” ou “epilepsia”?			
Tem apresentado constantemente falta de vontade de fazer as coisas e/ou de sair de casa?			
Tem ficado em alguns momentos muito triste, e em outros muito alegre ou eufórico?			
Faz uso de algum tipo de droga?			
Bebe muito?			
Tem ficado com frequência nervoso, ansioso ou irritado?			
Já tentou suicídio?			

Qual a pessoa mais próxima ou com quem ele (a) mais costuma conversar?  
(identificar rede de suporte social) \_\_\_\_\_