

# SAÚDE MENTAL PÚBLICA NO BRASIL: INTERFACES COM A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

*Mental Health Public in Brazil: interfaces with the Basic Health Care*

Juliana Leal Freitas Maia<sup>1</sup>

Artigo encaminhado: 18/03/2014  
Aceito para publicação: 04/08/2020

**RESUMO:** A Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge trazendo princípios semelhantes aos do movimento sanitário no país, reorientador do modelo de atenção à saúde. A proposta da não institucionalização dos pacientes psiquiátricos e do fortalecimento de bases territoriais do cuidado em saúde mental, trazida pela Política Nacional de Saúde Mental, baseia-se em uma rede de assistência que contemple a rede de atenção primária. Diante disso, a Estratégia de Saúde da Família surge como forte aliada na construção do processo de trabalho em Saúde Mental. Neste trabalho, reflete-se sobre as articulações entre a Estratégia de Saúde da Família e a rede de assistência em saúde mental, tomando como base pesquisa bibliográfica de artigos e publicações recentes. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica tem-se apresentado como proposta facilitadora do processo de reabilitação psicossocial dos doentes, mas tem sido um desafio na prática clínica, por ser necessário melhorar os processos de comunicação entre os profissionais, minimizar a ocorrência de psiquiatrização do cuidado, estabelecer vínculos mais efetivos também com a família do usuário e viabilizar capacitação continuada das equipes assistentes, estejam elas no serviço especializado ou na atenção básica à saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Básica. Saúde da Família.

**ABSTRACT:** The Brazilian Psychiatric Reform emerges bringing principles similar to those of the sanitary movement in the country, reorienting the health care model. The proposal for the non-institutionalization of psychiatric patients and the strengthening of territorial bases for mental health care, brought by the National Mental Health Policy, is based on a care network that includes the primary care network. Therefore, the Family Health Strategy emerges as a strong ally in the construction of the Mental Health work process. In this work, we reflect on the articulations between the Family Health Strategy and the mental health

---

<sup>1</sup>Médica psiquiatra graduada pela Universidade Estadual de Montes Claros (2007). Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, pela Faculdade de Saúde Ibituruna –FASI (2010) e em Atenção básica pela UFMG (2011). Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural na Universidade de Coimbra-Portugal (2016). [julianalfm@hotmail.com](mailto:julianalfm@hotmail.com)

care network, based on a bibliographic search of recent articles and publications. The inclusion of mental health actions in primary care has been presented as a facilitating proposal for the psychosocial rehabilitation process of patients, but it has been a challenge in clinical practice, as it is necessary to improve the communication processes among professionals, minimize the occurrence of psychiatrization of care, establishing more effective bonds also with the user's family and enabling ongoing training of the assisting teams, whether in the specialized service or in primary health care.

**Keywords:** Mental Health. Primary Health. Family Health.

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica surge no Brasil no final dos anos 70 do século passado trazendo princípios semelhantes aos do movimento sanitarista no país, que foi um importante reorientador do modelo de atenção à saúde. Nesse contexto, a proposta de reestruturação da assistência em saúde mental preconiza a ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na hospitalização dos pacientes, que pode ocasionar reclusão, desrespeito à autonomia e fragilização/quebra de vínculos sociais (AMARANTE et al., 2011; DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; DELFINI et al., 2009) e reforça a necessidade de oferecer assistência qualificada e territorializada. Esse processo não se resume propriamente à desospitalização dos doentes. Para que ocorra efetiva desinstitucionalização da loucura, é necessário questionar as práticas de cuidados e é imprescindível transformar o cotidiano, reformular o formato das instituições, rever posturas profissionais e minimizar todas as formas de intervenções de caráter manicomial (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; RODRIGUES & MOREIRA, 2012).

Para que ocorresse tal mudança de paradigma, surgiu a necessidade de desconstruir o antigo modelo de atenção e construir novo alicerce, em que fossem desfeitos o aparato físico hospitalar e nossos próprios muros simbólicos, considerando-se primordial a vida em família e comunidade, os direitos do paciente como cidadão e sua individualidade (AMARANTE et al., 2011; DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; DELFINI et al., 2009; OLSCHOWSKY et al., 2014). Isso impeliu os serviços de saúde a elaborarem um modo mais humanizado de tratamento aos doentes, pautado no direito à liberdade.

(...) implica construir novas formas de lidar com as pessoas que estão em sofrimento mental. Para atingir os objetivos da Reforma, é necessário estar radicalmente próximo à população, promovendo

vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele (SOUZA et al., 2012, p.1023)

Uma das diretrizes da Reforma Psiquiátrica é a reabilitação psicossocial, que se destina a aumentar as habilidades do indivíduo, com redução dos danos da experiência do transtorno mental (DELFINI et al., 2009). Com esse novo conceito, é superada a cisão entre sujeito e contexto social, tão difundida na psiquiatria tradicional; o foco agora é a subjetividade dos sujeitos envolvidos (BRÊDA et al., 2005). A abordagem psicossocial objetiva garantir uma atenção acolhedora e individualizada de todas as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, cuidando sem segregar (SOUZA, 2006; MIELKE & OLSCHOWSKY, 2010).

O processo de reabilitação consiste na contratualidade de três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social (SARACENO, 1999). Nessa tríade não há ocorrência de relações de liderança, cada um exercendo seu papel na composição da abordagem do transtorno mental. O hábitat compreende a casa e o habitar, o espaço físico concreto e o envolvimento afetivo e de apropriação do indivíduo em relação a esse ambiente. A rede social se refere ao contexto sociocultural do usuário e suas relações construídas com cada cenário/instituição, a fim de compor a rede de acessos possíveis no complexo território de existência singular. Em relação ao trabalho com valor social, ele se porta como produção e troca de mercadorias e valores, trabalho este que promove a articulação do campo dos interesses e dos desejos do indivíduo (SARACENO, 1999).

Sendo assim, a atenção psicossocial nos remete a práticas de reinserção e permanência desse sujeito no convívio social, o que exige esforço maior da equipe assistente para manter a articulação entre as novas propostas dos serviços substitutivos e o cuidado territorializado (GRYSCHEK & PINTO, 2015; OLSCHOWSKY et al., 2014).

Para a efetivação do novo paradigma de saúde, torna-se imprescindível que a Reabilitação Psicossocial e a Saúde da Família, envolvam serviços de saúde, trabalhadores da saúde, usuários, familiares, instituições e população civil. Isso conduz à assunção de desafios previsíveis e 'mais do que comuns' a ambas as estratégias, pois os confrontos se colocam em todas as instâncias do cuidado, tanto para atores como para as instituições envolvidas no processo que anseiam pela mudança e descristalização de princípios fortemente instituídos. (BRÊDA, 2005, p.451-452)

As ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental ressaltam a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade (AMARANTE et al., 2011; OMS/OPAS, 2001). A política de efetivação das ações primárias de saúde no Brasil está ancorada na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, ao oferecer um modelo de assistência domiciliar à saúde, com vistas a permitir uma melhor abordagem da influência do cotidiano do ser humano em sua qualidade de vida, valorizando o núcleo familiar e suas inter-relações sociais, auxilia na transformação da assistência em saúde mental, uma vez que possibilita maior aproximação entre usuário, família e profissionais (ROSA & LABATE, 2003; CORREIA et al., 2011; DELFINI et al., 2009; GRYSCHER & PINTO, 2015).

No contexto que sucede a Lei Orgânica da Saúde, por meio da Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004), surge um dispositivo legal que aponta claramente diretrizes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária. A portaria resgata os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e define as normas para a assistência em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar.

Trata-se de um marco legal em termos das ações de saúde mental na atenção básica: o atendimento ambulatorial de demandas em saúde mental também deveria ocorrer nas UBS, como responsabilidade de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou não à saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica são coerentes, tendo por base que ambas seguem princípios e diretrizes semelhantes: abordagem familiar como objeto de atenção, ruptura do modelo médico hegemônico, assistência territorializada, estímulo à cidadania/participação comunitária e foco na qualidade de vida das pessoas, com vigilância à saúde (ROSA & LABATE, 2003; CORREIA et al., 2011; GRYSCHER & PINTO, 2015; OLSCHOWSKY et al., 2014).

Entretanto, criar um espaço para a saúde mental no nível primário de atenção à saúde ainda é um desafio (GRYSCHER & PINTO, 2015; PRATA et al., 2017). A ESF representa ferramenta importante de abordagem dos indivíduos em seus contextos socioeconômicos e biopsicossociais porque visa

atender integralmente pessoas e famílias, assim como prevê o movimento da luta antimanicomial e a Política Nacional de Saúde Mental. Porém, atender saúde mental no nível primário é uma tarefa complexa, pois é necessário entendimento sobre as famílias e prestar assistência condizente com a realidade cultural (AMARANTE et al., 2011; BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008; GRYSCHKEK & PINTO, 2015; PRATA et al., 2017).

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo refletir acerca da importância da ESF na assistência ao portador de sofrimento mental, tendo em vista a relevância desse tema no cenário nacional brasileiro nas últimas três décadas. A “porta de entrada” da atenção à saúde é representada pela ESF, que trabalha em caráter de integralidade e conta com equipe assistente multiprofissional (BRASIL, 2000); isso já representa um grande passo para otimizar o cuidado aos usuários portadores de sofrimento mental (OLSCHOWSKY et al., 2014). Porém, interlocuções entre profissionais da ESF e da assistência especializada em saúde mental, com co-responsabilização dos casos, não têm sido estabelecidas na proporção esperada/ideal, fato que tem determinado constantes dificuldades no cuidado ao adoecimento psíquico (AMARANTE et al., 2011). Estudar a importância da ESF na assistência à saúde mental possibilita melhor entendimento desse processo e promove reflexões sobre a prática profissional adequada.

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo geral deste texto é refletir sobre a importância da ESF na assistência à saúde mental.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) compreender a correlação entre os movimentos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil;
- 2) discorrer sobre as bases legais que amparam a construção de redes de saúde mental no território nacional;
- 3) destacar a necessidade de comunicação efetiva entre os serviços responsáveis pelo cuidado em saúde mental;
- 4) enfatizar a relevância da assistência territorializada e humanizada no que tange aos portadores de sofrimento psíquico.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Neste estudo foi realizada pesquisa bibliográfica de artigos e publicações recentes com temas que permeiem a interface entre Saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família.

Foi definida a base de dados SCIELO e posteriormente foram definidos os seguintes pares de descritores: “saúde mental” e “saúde da família”; “saúde mental” e “atenção básica”. Foram priorizados os textos publicados considerando-se a relevância do tema estudado no cenário nacional.

A partir disso, foi feita leitura de 46 resumos, dos quais 28 foram excluídos por ausência de foco na interface saúde da família e assistência à saúde mental. Os 18 artigos restantes foram analisados integralmente e compuseram a escrita do estudo em questão.

Ademais, foi consultada literatura de autores envolvidos com o processo da Reforma Psiquiátrica no cenário nacional brasileiro e houve leitura da legislação vigente em saúde mental e cuidado primário no Brasil, além de ter sido considerada a observação clínica da pesquisadora.

### **4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

O processo de redemocratização no país, no âmbito da saúde, teve como marcos a reforma sanitária – em que se observou a crescente consciência social de que a luta pela saúde faz parte da construção da cidadania – e a tentativa de viabilizá-la através da criação do SUS (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009). O movimento sanitarista lutou pela descentralização das ações em saúde, a fim de que a saúde fosse um direito do cidadão e a assistência fosse prestada gratuitamente, em ambiente qualificado e humanizado (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009).

Ainda na década de 70, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) publicou o “Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica Ambulatorial”, que sinalizava para a necessidade de ampliar a atenção ambulatorial à saúde mental; contudo, não foi capaz de gerar alterações significativas. Depois, nos primeiros anos da década de 1980, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) elaborou um plano - Plano Conasp, destinado a estimular a descentralização da assistência à saúde em geral, por meio das AIS

- Ações Integradas de Saúde (DALLA VECCHIA& MARTINS, 2009). Nessa época, ocorreram avanços na descentralização da saúde em geral, entretanto no campo da saúde mental a mudança foi muito discreta no perfil de assistência (DALLA VECCHIA& MARTINS, 2009; DELFINI et al., 2009). Porém, houve reflexo na percepção dos envolvidos na atenção à saúde mental, tendo em vista que se iniciou o questionamento sobre o modelo manicomial. A Reforma Sanitária, portanto, serviu como sustentação política para a Reforma Psiquiátrica, até o momento em que esta se consolidou como movimento social independente (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009).

Em 1987 foi fundado o Movimento Nacional pela Luta Antimanicomial, organizado a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com participação de profissionais, estudantes, técnicos, pessoas com transtornos mentais e seus familiares, com discussão acerca das lutas políticas por condições dignas de atenção à saúde mental. Denunciaram a situação dos manicômios e ressaltaram a necessidade de superação da mentalidade manicomial, reforçando o processo de desinstitucionalização dos sujeitos. Surgiu, assim, o solo fértil para a construção da Política Nacional de Saúde Mental (BORGES & DUARTE, 2017; DALLA VECCHIA& MARTINS, 2009).

Com a regulamentação do SUS (Lei 8080/90), pautado na integralidade da atenção, tornou-se imprescindível a busca de uma nova forma de organização dos processos de cuidado. O modelo tradicional de assistência à saúde priorizava as consultas médicas individuais, com enfoque na doença e na cura, porém agora a assistência passa a ser vista de forma holística, tendo em vista que o processo de adoecimento perpassa o ser biológico sem fragmentá-lo do contexto biopsicossocial (VECCHIA & MARTINS, 2009; CORREIA et al., 2011; MIELKE & OLCHOWSKY, 2010). Assim, o governo brasileiro priorizou a saúde no âmbito da atenção básica, implantando a ESF, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo tradicional de cuidado, que se baseava na cura da doença e na hospitalização (BRASIL, 2000).

A ESF é conceitualmente uma ferramenta de assistência à saúde, por reorganizar a atenção básica levando-se em consideração os princípios do SUS e fortalecendo o caráter de integralidade da atenção, multiprofissionalidade, responsabilização, intersetorialidade e construção de redes assistenciais (BRASIL, 2000; MIELKE & OLCHOWSKY, 2010). A unidade básica em que

funciona a ESF conta minimamente com atendimento de médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que são peça essencial da equipe (AMARANTE et al., 2011; BORGES & DUARTE, 2017; BRASIL, 2000). Essa equipe é responsável pelo atendimento de clientela adscrita, o que fortalece os vínculos e a responsabilização pelos casos (MIELKE & OLCHOWSKY, 2010).

Em consonância, a Reforma Psiquiátrica enfatizou tornar possível um tratamento digno, livre e cidadão para pessoas que viviam confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; GRYSHECK & PINTO, 2015). Buscou, também, ampliar a pauta de discussões e reivindicações sobre a abordagem dos transtornos mentais e propôs a desconstrução do modelo psiquiátrico tradicional, que representava a soberania do saber médico sobre a loucura. Este movimento propiciou um intenso debate sobre as novas exigências políticas e éticas no contexto das transformações assistenciais da nova política nacional de Saúde Mental (SOUZA, 2006). O principal objetivo da Reforma Psiquiátrica constituiu-se em poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, ou, ainda, conviver com a loucura em uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 1997; GRYSHECK & PINTO, 2015; SOUZA, 2006).

Historicamente, a doença mental foi vista, muitas vezes, com preconceito e o doente mental gerava medo, repulsa nas pessoas com quem convivia. Antes da Reforma Psiquiátrica, o local de tratamento do portador de sofrimento mental era único e pré-determinado por sua condição: o manicômio (AMARANTE, 1997; DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009). Era realizado o asilamento desses indivíduos e a sociedade se percebia "livre desse problema".

Assim, a reforma apareceu como um movimento que preconizou a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial, possibilitando a convivência do louco e com o louco em todos os ambientes, sem a necessidade de exclusão e isolamento social (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; GRYSHECK & PINTO, 2015). Um dos pilares da Reforma Psiquiátrica é a atenção psicossocial, que surge, neste contexto, a fim de garantir uma atenção digna, acolhedora,

singular e responsável a todas as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico (SOUZA, 2006).

Neste sentido, o ponto de partida é começar a pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo; um processo que é social; e um processo social que é complexo. (AMARANTE, 2007, p.63).

Sabendo-se que não se pode reduzir a Reforma Psiquiátrica à desospitalização, deve-se observar que ela só funciona aliada ao reforço das ações sociais, em nível comunitário, sobre direitos do cidadão portador de sofrimento psíquico. A ESF, com seus princípios de acolhimento, humanização, integralidade, adscrição de clientela, promoção e prevenção de agravos à saúde, representa aliada importante nessa mudança de paradigma, tendo em vista que permite que o paciente seja acompanhado por equipe conhecedora de suas origens, sua família e seus costumes (BRASIL, 2003; GRYSHECK & PINTO, 2015).

Por meio da Portaria 224/1992 (BRASIL, 2004), surgiu um dispositivo legal que apontou claramente diretrizes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção primária, com redução de internações e foco ao tratamento hospitalar mais humanizado, expansão da rede ambulatorial, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência (CeCo) e Serviço Residencial Terapêutico (SRT), além de municipalização das ações em saúde mental. Com isso, apareceu também a necessidade de equipes matriciais de referência em saúde mental, para capacitação dos profissionais da rede (MIELKE & OLSCHOWSKY, 2010). Este processo culminou na edição da Portaria 154/2008, a partir da qual foram criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família – NASF (DELFINI et al., 2009).

Pensar em saúde mental sem considerar o meio sociocultural, o local em que o sujeito reside, a atividade laborativa e a estrutura familiar é reduzir a experiência de vida a um diagnóstico de transtorno mental, é valorizar o biológico em detrimento de seu direito à liberdade e à cidadania (OLSCHOWSKY et al., 2014). Atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental prevê ações de base territorializada e individualizada, respeitando o direito à vida em sociedade, o que pode ser ratificado pelo fechamento de vários manicômios, surgimento de mais leitos psiquiátricos em hospitais gerais e expansão da rede substitutiva (com a assistência especializada baseada em CAPS, CeCo, SRT e atendimento

ambulatorial) e da rede de atenção básica (BRASIL, 2003; BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008; DELFINI et al., 2009; OLSCHOWSKY et al., 2014).

A abordagem de grande parte da demanda em saúde mental deve ser realizada nas unidades básicas de saúde, com matriciamento realizado mediante apoio do NASF, que prevê uma equipe especializada em que sempre há um profissional da área da saúde mental, e das equipes da rede - compostas por profissionais do CAPS ou psiquiatras/psicólogos facilitadores do processo de cuidado da saúde mental em nível ambulatorial (DELFINI et al., 2009; CORREIA et al., 2011; SOUZA, 2012). Os profissionais envolvidos nesse cuidado conhecem a realidade de moradia, alimentação, saneamento básico, cultura e lazer a que estão submetidos os pacientes e podem, por sua vez, construir um plano de cuidados baseado em condições reais de cumpri-lo.

Nos CAPS a terapêutica também é instituída com base em equipe multiprofissional, constituída por psiquiatras, médicos clínicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, oficineiros e auxiliares de enfermagem. É um serviço com uma diversidade intencional, porque atende clientela com necessidades variadas e complexas (DELFINI et al., 2009; DALLA VECCHIA, 2009).

A sintonia entre as equipes de referência e contrarreferência é essencial para maior chance de sucesso na abordagem dos portadores de sofrimento psíquico, com tomadas de decisão baseadas na singularidade dos contextos de vida (AMARANTE et al, 2011; MIELKE & OLSCHOWSKY, 2010). Em se tratando de apoio matricial, a responsabilidade deve ser partilhada entre todos os profissionais, familiares e atores envolvidos no processo que busca a promoção da saúde dos indivíduos. A efetividade das ações cotidianas no que tange à saúde mental, desenvolvidas no contexto das equipes de Saúde da Família, requer que o cuidado em saúde se dê a partir de uma noção ampliada de saberes clínicos (AMARANTE et al, 2011; GRYSCHKEK & PINTO, 2015). Contudo, para isso é necessário que haja capacitação adequada dos profissionais de ambos os serviços - ESF e CAPS, seja na área técnico-científica seja na construção de parcerias de cuidado, a fim de que haja via de mão dupla como a base para uma adequada assistência ao portador de transtorno mental (BEZERRA & DIMENSTEIN, 2008; DALLA VECCHIA, 2009; GERBALDO et AL., 2018; GRYSCHKEK & PINTO, 2015; MIELKE & OLSCHOWSKY, 2010).

Em suma, o fortalecimento da rede substitutiva aos hospitais manicomiais não compreende apenas a criação de CAPS, SRT e CeCo. Apesar de esses dispositivos representarem o pilar da política pública, a porta de entrada preferencial do usuário ao serviço de saúde pública é a ESF, que é uma estratégia que pode tornar viável a efetivação de ações que envolvam acolhimento, cuidado e trocas sociais. A ESF tem com meta principal a promoção da saúde e, para que haja possibilidade de atingir tal objetivo, torna-se necessária uma melhor comunicação entre os diversos setores assistenciais (GRYSCHEK & PINTO, 2015; SOUZA, 2006). Um indivíduo pode ser encaminhado pela equipe de ESF para todos os dispositivos da rede de atenção psicossocial – ambulatórios de referência, CAPS, hospitais gerais, etc. O que não deve acontecer é a fragilização dos vínculos com a equipe de ESF, enquanto ocorre a assistência em outro setor, porque o projeto terapêutico dos indivíduos depende de avaliação contextualizada e intersetorial.

O diálogo entre os serviços deve ocorrer utilizando-se de todas as ferramentas disponíveis, seja confeccionando relatórios, realizando telefonemas ou até mesmo visitas aos serviços da rede, a fim de obter o maior número possível de informações sobre os sujeitos. A necessidade de integração das ações da Saúde Mental e da Atenção Básica é uma realidade, visto que toda e qualquer doença possui seu sofrimento subjetivo, então todo problema de saúde também é de saúde mental e toda saúde mental é sempre produção da saúde (BRASIL, 2003; GRYSCHEK & PINTO, 2015).

Na prática ainda se identifica baixa efetividade no atendimento a pacientes com queixas relacionadas à saúde mental no cuidado primário (GERBALDO et al., 2018; GRYSCHEK & PINTO, 2015). Entraves comuns a essa prática são representados pela necessidade de maior legibilidade entre generalistas da ESF e especialistas do CAPS, insistência no formato de atendimento individualizado em detrimento da abordagem mais socializada, risco de psiquiatrização do cuidado, necessidade de superar a tendência de culpabilização do núcleo familiar na geração dos transtornos e importância da capacitação continuada dos profissionais assistentes (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009; GRYSCHEK & PINTO, 2015).

As barreiras para que as equipes de CAPS e ESF trabalhem juntas precisam ser rompidas, a fim de que o modelo de atenção psicossocial consiga

se fortalecer e as equipes de ESF possam ser mais bem capacitadas e, com isso, alcancem melhores resultados na abordagem do adoecimento psíquico (DELFINI et al., 2009; GRYSHECK & PINTO, 2015; SOUZA, 2012). A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica tem-se apresentado como proposta facilitadora do processo de reabilitação psicossocial dos doentes, mas tem sido um desafio na prática clínica, porque engloba também a promoção de mudanças e discussões das ações de saúde junto ao território (GRYSHECK & PINTO, 2015). Para que a atenção à saúde mental se incorpore nas práticas cotidianas, o cuidado em saúde deve-se dar a partir de uma noção ampliada de saberes e isso inclui alterações na percepção cultural da loucura (DALLA VECCHIA & MARTINS, 2009).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Embora no campo teórico o formato de assistência à doença mental esteja em constante discussão e análise, o que se percebe é a ocorrência de certa discrepância entre o modelo preconizado e a prática. Esses clientes ainda são estigmatizados e recorrentemente são encaminhados a serviços especializados para medicalização, dificultando a elaboração de um plano terapêutico que envolva sua rede social.

O louco passou, com o movimento de luta antimanicomial, a frequentar os mesmos espaços de vivência que os ditos "não loucos" e o imaginário social precisa ser alterado, atualizado, para que o isolamento social passe a ser mera lembrança do passado.

Percebe-se, a partir deste estudo, a necessidade continuada de construir melhores parcerias entre a atenção básica, representada pela Estratégia de Saúde da Família, e os Núcleos de Apoio à Saúde da Famílias e serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial, fomentando discussões individuais e coletivas sobre o portador de sofrimento psíquico, a fim de que o cuidado ampliado em saúde mental seja uma realidade. Ainda há um caminho árduo a se trilhar para que haja real efetivação das políticas públicas de assistência à saúde mental, porque esse movimento requer não apenas mudanças de formas de pensar, mas também enfrentamento de resistências.

## **REFERÊNCIAS**

---

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.12, n.33, p.01-15, 2020

AMARANTE, Aline Lage et al . **As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família**. Texto contexto – enferm., Florianópolis , v. 20, n. 1, p. 85-93, Mar. 2011 .

AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade**: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, S., organizadora. Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo (SP): Lemos Ed; 1997.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 28, n. 3, 2008.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; DUARTE, Marco José de Oliveira. Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 114, p. 920-931, Sept. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília; 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno de atenção básica 1. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BREDA, Mércia Zeviani et al . Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 3, June 2005.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 6, Dec. 2011 .

DALLA VECCHIA, Marcelo & MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 13, n. 28, Mar. 2009

DELFINI, Patrícia Santos de Souza et al . Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, Oct. 2009.

GERBALDO, Tiziana Bezerra et al . AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO BRASIL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n.3, p. 1079-1094, Dec. 2018.

GRYSCHEK, Guilherme; PINTO, Adriana Avanzi Marques. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 10, p. 3255-3262, Oct. 2015.

MIELKE, Fernanda Barreto & OLCHOWSKY, Agnes. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Escola Anna Nery**, 15(4), 762-768, Oct-Dec. 2011.

MIELKE, Fernanda Barreto & OLCHOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 6, Dec. 2010.

OLSCHOWSKY, Agnes et al. Evaluation of intersectoral partnerships for mental healthcare in the Brazilian family health strategy. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 591-599, Sept. 2014.

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos et al . SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: TERRITÓRIO, VIOLÊNCIA E O DESAFIO DAS ABORDAGENS PSICOSSOCIAIS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 33-53, Apr. 2017.

RODRIGUES, Euzilene da Silva & MOREIRA, Maria Inês Badaró. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ES. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, Sept. 2012.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho, & LABATE, Renata Curi. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 56(3), 230-235, May-Jun 2003.

SARACENO, B. A reabilitação como cidadania. In: Saraceno, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: TeCorá; 1999.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Escola Anna Nery**, 10(4), 703-710, Dec. 2006.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al . Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 4, Dec. 2012

VECCHIA, Marcelo Dalla & MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico- cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009.