

A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Valéria Debórtoli de Carvalho QUEIROZ*

- RESUMO: Este artigo se propõe a colaborar para o processo reflexivo a cerca da Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Mental. Aponta para as diferentes dificuldades vivenciadas pelas equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF) em atender a pessoa com transtorno mental grave, aponta para a necessidade de haver uma maior capacitação profissional das equipes de ESF, a fim de assegurar tal programa como porta de entrada para o sujeito que sofre nos serviços de base territoriais e comunitários.
- PALAVRAS CHAVES reforma psiquiátrica. estratégias de saúde da família e saúde mental.

1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES INICIAIS:

Abordar o tema da correlação entre a Política de Saúde Mental e a Estratégia de Saúde da Família não é uma tarefa fácil já que é um tema relativamente novo e com pouca penetração no debate profissional das diferentes categorias profissionais que compõem as equipes desses programas em todo território nacional. No entanto, no exercício profissional cotidiano a equipe técnica tem lidado diariamente com problemas e impasses que apontam para a necessidade de se sistematizar conhecimento a esse respeito.

É importante ressaltar que desde a segunda década do século XX até os anos 1980, o modelo de atenção de saúde no Brasil era o médico-assistencial privatista, com suas ações baseadas na doença e organizadas em torno dos hospitais. Segundo Mendes (1996), a prática sanitária adotada na atenção a saúde tinha o médico como sujeito central e os demais profissionais eram considerados paramédicos. As ações em saúde se caracterizavam pela ênfase na abordagem individual e

* Graduada em Serviço Social. Mestre em Serviço Social pela PUC-RJ e Doutoranda em Serviço Social pela UFRJ – Brasil. E-mail vdebortoli@hotmail.com

curativa. Assim, neste período, o governo enfrentava os problemas de saúde:

através de campanhas (vacinação, combate às endemias etc.), programas especiais (saúde da criança, saúde da mulher, ações de controle da tuberculose e hanseníase, entre outros) e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Sua atenção se concentrava no controle de determinados grupos supostamente em risco de adoecer ou morrer e tinha como alvo os fatores de risco e de transmissão (Vasconcelos, K.E.L. *et al*) 2009: 310).

Foi a partir de meados da década de 70 que emergiu no Brasil um movimento articulado de trabalhadores da saúde, usuários e movimentos sociais que questionaram o regime militar, propuseram a democratização política e a mudança no perfil restrito das políticas sociais.

Segundo Viana (1986), a “Nova República” se caracterizou pela conclusão do ciclo histórico da revolução burguesa autoritária, pela constituição de um mercado capitalista que pretendia redefinir suas relações com a esfera pública pela afirmação do reino do interesse e do esforço emancipatório das classes subalternas no sentido de conquistar uma cidadania livre da tutela do Estado, pela constituição de um sistema público e universal de saúde pública e atenção social assegurados na carta constitucional de 1988.

O processo de redemocratização vivenciado pela sociedade brasileira favoreceu o surgimento de novos atores sociais, antes excluídos pelo regime autocrático, que passaram a discutir, entre outras, a temática da saúde e da previdência. Esses novos atores defendiam a restauração dos princípios democráticos e universalistas no que tange às políticas sociais. Esta nova postura da sociedade civil contribuiu para que a saúde deixasse de ser uma temática apenas dos técnicos do setor e passasse a ter uma dimensão política vinculada aos anseios democráticos.

Segundo Bravo (2001) o Movimento de Reforma Sanitária tinha como principais propostas: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado. A defesa da universalização do acesso; a reestruturação do setor por meio da criação do Sistema

Único de Saúde (SUS); a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local.

O Movimento de Reforma Sanitária rompeu com a forma histórica de constituição da política de saúde brasileira que se caracterizava por ser centralizadora, autoritária, privatista, hospitalocêntrica, meritocrática e residual. A partir dele, a Saúde passou a ser entendida como um direito de todos e dever do Estado.

O novo conceito positivo de saúde, surgido com o Movimento de Reforma Sanitária e assegurado na Constituição de 1988, possibilita a articulação dos múltiplos fatores que compõem o processo de saúde-doença de cada sujeito, sejam eles de ordem biopsico-social e cultural, os riscos ambientais, epidemiológicos e/ou sanitários.

Entretanto, percebe-se que, ao mesmo tempo em que se ampliou o conceito de saúde, Birman (1999) nos chama atenção para o fato de que os profissionais da saúde passaram a ser obrigados a enfrentar um novo desafio: as “superespecializações”, na qual o profissional se atém a uma determinada parte do corpo se esquecendo dos demais fatores que compõem o processo de adoecimento. Esta realidade se choca com os princípios que regem o SUS e obstaculizam o atendimento integral do usuário, sob o nosso ponto de vista. Conforme apontam os estudos de Bellato e Araújo (2006) que ao reconstituírem os itinerários terapêuticos dos usuários do SUS revelam que:

os serviços de saúde frequentemente disponibilizam a produção de cuidado segundo sua lógica própria, eminentemente biomédica, de forma que somente parcialmente atende as necessidades dos usuários e familiares (Pontes. A L. M: 2008: 236).

Esta situação se torna mais crítica se pensarmos no modelo de assistência aos portadores de transtorno mental que se baseou no trinômio exclusão/segregação/saber psiquiátrico, como a única forma de tratamento possível, até o final da década de 70 no Brasil.

Na atualidade o processo de reforma psiquiátrica¹ brasileiro trouxe novas perspectivas de tratamento que superam a lógica médico-centrada e busca valorizar a contribuição dos demais profissionais. Seu objetivo primordial é de reverter o modelo assistencial tradicional em saúde mental, extrapolando os “muros” dos serviços de saúde e assegurando a intersetorialidade das políticas sociais. Nesta perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família pode ser uma grande aliada da saúde mental e o Ministério da Saúde tem buscado promover a articulação destas duas políticas.

2. O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRO: A CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. Projeções para o ano de 2020 indicam que os problemas mentais serão responsáveis por cerca de 15% de Disability Adjusted Life Year - DALY (Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura Ajustado por Incapacidade).

Diante desta realidade, a OMS recomenda a organização de redes de atenção psicossocial e destaca a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto comunitário. Seguindo as diretrizes internacionais, o Brasil vem invertendo seus gastos com relação à saúde mental. Hoje se privilegia o gasto com a rede substitutiva de atenção psicossocial². Segundo dados do Ministério da Saúde, a partir do mês de junho de 2009, o país passou a ter uma cobertura de 57% em saúde mental. A rede de atenção psicossocial conta hoje com

¹ Para uma compreensão mais aprofundada sobre o processo de reforma psiquiátrica Italiano, recomendo especialmente o trabalho sistemático de Rotelli, (2001). Para informações sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil sugiro Vasconcelos (2000) e Amarante (2000).

² Fonte: Saúde Mental em Dados 6-. Ministério da Saúde Brasil

1394 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e 533 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT).

De acordo com esses dados, percebe-se que a atual política em saúde mental busca uma ruptura com o paradigma tradicional, ao atribuir à loucura um novo espaço social que se consubstancia no modelo de atenção psicossocial.

Assim, o processo de reforma psiquiátrica brasileiro trouxe repercussões positivas no campo da saúde mental, principalmente no que diz respeito à defesa dos direitos de cidadania e à obrigatoriedade e responsabilização estatal com a organização e prestação dos serviços no campo da saúde mental. Além disso, contribuiu de modo significativo para que a tríade: isolamento do mundo externo, organização do espaço asilar/manutenção de sua disciplina, a submissão à autoridade fosse alterada.

A reforma psiquiátrica questionou o hospício como local de tratamento e, ao mesmo tempo, o poder da psiquiatria. Dessa forma, a desinstitucionalização foi a sua principal bandeira de luta, transmutando-se numa política de redução do número de leitos psiquiátricos nos hospícios e defendendo a criação de ampla rede comunitária de serviços substitutivos.

Nos dias atuais é inquestionável o avanço em saúde mental rumo à substituição da assistência convencional prestada em hospitais e asilos fechados, graças à expansão e implantação de serviços comunitários e territoriais. Com intuito de qualificar a assistência prestada e alavancar o processo de reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde publicou portarias que estabeleceram normas e diretrizes para o atendimento hospitalar. Desta forma, foi assegurada uma política de redução do número de leitos e de hospitais psiquiátricos, sem, contudo comprometer a assistência a pessoa com transtorno mental grave.

O CAPS na atual proposta de política de saúde mental tem a função de organizar o serviço nesta área em um determinado território, a fim de evitar as internações e, sobretudo, substituir o hospital psiquiátrico. Neste contexto, o CAPS e a sua equipe de trabalhadores assumem uma grande responsabilidade: a de prestar um atendimento qualificado e dinâmico, evitando

cristalização e a cronificação tanto por parte da instituição propriamente dita como dos trabalhadores e usuários do serviço.

Segundo o Ministério da Saúde ocorreu um aumento do número de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em todo território nacional. Contudo, ainda prevalecem regiões com baixa cobertura de serviços extra-hospitalares, bem como persiste a necessidade de serem criados mais serviços tais como residências terapêuticas, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, programa de redução de danos, as iniciativas de inclusão social pelo trabalho, programa de Volta para Casa³ e ações de saúde mental na Atenção Básica, entre outros.

É importante resgatar que a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), realizada em 2001, em Brasília, teve como eixo temático central a discussão “Reorientação do Modelo Assistencial”. Percebemos que a preocupação primordial da III CNSM foi a de assegurar o cuidado em saúde mental, principalmente na esfera da Atenção Básica à Saúde. Esta última ganhou relevância na saúde mental após a promulgação da Lei Federal nº 10.216/01. Neste contexto, as pessoas com transtorno mental grave tem o direito de serem atendidas em seu território e na sua circunvizinhança, através de uma rede de serviços públicos que deve prestar-lhes assistência de forma humanizada e integrada.

Para Alves (2001) o critério fundamental para nortear as ações em saúde mental deve ser a acessibilidade que é determinada por três princípios fundamentais: a localização (serviço próximo das pessoas); o funcionamento e horários adequados à demanda, bem como programas acessíveis às pessoas que os procuram, evitando os encaminhamentos desnecessários.

Assim, uma questão central na atual política de saúde mental consiste em garantir um atendimento qualificado na atenção primária em saúde. Este atendimento deve estar consubstanciado nos seguintes pilares:

³ O Programa de Volta para Casa foi criado pela Lei Federal nº 10.708/03 que dispõe sobre a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial à pacientes longamente institucionalizados.

- a) a equipe da atenção primária deve ser treinada e qualificada para as demandas em saúde mental;
- b) os técnicos devem ter uma escuta qualificada, ou seja, ouvir de forma integral a queixa do portador de transtorno mental grave para tentar prevenir o agravamento das “crises” e, sobretudo evitar as (re)internações;
- c) todos os membros da equipe na atenção primária devem conhecer como se estrutura a rede de saúde mental, a fim de garantir integralidade/intersectorialidade.

Como aponta Alves & Guljor (2008:227), “(...) as questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las”.

Os autores Silveira & Vieira (2009), Jucá e Nunes & Barreto (2009) em seus estudos evidenciam a existência de um despreparo nas equipes que compõem a atenção primária de saúde para atuar com a pessoa com transtorno mental severo e contínuo. Esse despreparo pode estar correlacionado ao biologismo ainda presente nos atendimentos da rede de saúde. Segundo Birman (1999) a sociedade moderna gera uma demanda por cuidado que não se relaciona exclusivamente aos cuidados médicos tradicionais, por isso os trabalhadores da saúde devem considerar os demais fatores que influenciam a vida do usuário, a fim de evitar que ocorra a cisão entre a medicina e seu objeto principal que é o ser humano.

Apesar dos avanços obtidos com a implementação do atendimento qualificado à pessoa com transtorno mental na atenção primária em saúde, esta articulação⁴ tem trazido questionamentos quanto à contribuição efetiva da garantia do atendimento na sua comunidade e em seu território. Este fato se correlaciona à falta de estruturação da rede de atenção psicossocial, como também pela falta de preparo da equipe em atender o portador de transtorno mental. Sem a infra-estrutura adequada a equipe não consegue acompanhar a trajetória do sujeito que sofre, sem compartimentá-lo por especialidades de

⁴ Entre os dois programas Saúde Mental e Estratégia de Saúde de Família.

demandas. Esse ainda é um grande desafio que necessita ser superado, a fim de assegurar a cidadania da pessoa com transtorno mental grave.

Para superação desse desafio é preciso que os integrantes da equipe de saúde atuem com a perspectiva de totalidade, compreendendo que o usuário apresenta múltiplas necessidades que atravessam os diferentes campos de atuação: a psiquiatria, a psicologia, o serviço social e outros. Assim, o trabalho não deve ter como meta a remissão dos sintomas, mas a construção de projetos de vida “extra-muros” e em sociedade.

3. A ARTICULAÇÃO ENTRE A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL: CONVERGÊNCIA DE PRINCÍPIOS.

O modelo assistencial tradicional em saúde mental teve como um de seus pilares o isolamento como forma de tratamento. Acreditava-se que o mesmo poderia recuperar/corrigir os erros da razão dos sujeitos acometidos pela insanidade, fazendo-os recuperar a “racionalidade normal” ou a “cura”. Neste contexto, o manicômio se tornou o *locus* privilegiado de tratar a “doença mental”. Assim, a loucura foi concebida como uma patologia e passou a ser tratada, medicada e “curada”.

O movimento de reforma psiquiátrica brasileira, além de outras coisas, questionou a centralidade do tratamento baseada na exclusão e no saber psiquiátrico, por considerá-la incapaz de responder a todas as demandas apresentadas pelo portador de transtorno mental durante a “agudização” e por contribuir para o processo de segregação e cronificação desses sujeitos sociais. Sabe-se hoje que o atendimento uniprofissional inviabilizava a compreensão da dinâmica social (problemas financeiros, habitacionais, familiares, trabalhistas, etc) do usuário o que, por muitas vezes, contribuiu para o agravamento do seu quadro psíquico.

Somente com o movimento de reforma psiquiátrica brasileira é que as práticas e o *locus* central da atuação da maioria dos profissionais em saúde mental foram revistas, o que

possibilitou um novo fazer em psiquiatria, rompendo, sobretudo, com o paradigma da institucionalização/segregação.

O processo de desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental grave tem como prerrogativa essencial a garantia do tratamento em sua comunidade. Nos serviços substitutivos ao modelo assistencial tradicional o portador de transtorno mental grave passou a ser assistido por uma equipe multiprofissional composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional, etc.

A nova modalidade de atendimento em saúde mental necessita que haja uma participação efetiva da rede básica de saúde, através da integração das ações entre os serviços substitutivos - Centros de Atenção Psicossocial - e a Estratégia de Saúde da Família.

Até aos anos 90, o modelo de assistência à saúde que predominava no Brasil tinha como pilar o atendimento terciário, no qual o hospital era o meio e o fim das pessoas que necessitavam de cuidados. Em 1994, a fim de alterar essa triste realidade o Ministério da Saúde criou uma nova proposta de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este modelo de atenção em saúde preconiza o desenvolvimento de vínculo com a família e com a comunidade, fazendo com que o profissional se responsabilize pelo serviço prestado. Segundo Machado & Mocinho (2003:162) o papel do profissional da saúde é:

o de se aliar à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário do desempenho de suas responsabilidades, auxiliando-a na descoberta e no desenvolvimento de suas potencialidades individuais e coletivas

Segundo Nunes (2007) há uma confluência entre a nova política de saúde mental e as estratégias de saúde da família:

- a) o modelo psicossocial de atenção propõe a inclusão dos fatores políticos, biopsíquicos e sócio-culturais no atendimento ao usuário. Esta atitude colabora para que as ações saiam do escopo medicamentoso exclusivo.

Desta forma, o sujeito e sua família também são incluídos como agentes fundamentais de cuidado;

- b) a atuação deve superar o formato de linhas de montagem das equipes multiprofissionais, favorecendo a construção de relações mais horizontais, priorizando a participação popular e a descentralização, enfatizando a dimensão técnica e ética do trabalho;
- c) os profissionais devem ampliar o diálogo e sua escuta para com os usuários, familiares e a comunidade.

Ambos os programas se baseiam nos princípios da integralidade da atenção, da participação popular. Eles trabalham com o conceito ampliado de saúde-doença, da interdisciplinaridade do cuidado e a territorialização das ações. No caso da saúde mental, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) é o principal dispositivo de territorialização e de desinstitucionalização dos portadores de transtorno mental severo e persistente. Enquanto, as ESF devem promover ações de articulação da rede de saúde mental, a fim de contribuir para o processo de desinstitucionalização, estimulando as práticas de cuidado na família, desenvolvendo e incentivando atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental, que fortaleçam os vínculos sociais e a cidadania do portador de transtorno mental grave.

Desta forma, o Ministério da Saúde determina que as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculo e acolhimento.

É importante destacar a integralidade do cuidado como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) assegurada no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Ela está intrinsecamente correlacionada à noção de direito. Segundo a Lei nº 8.080/90 a saúde compreende o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços previstos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Neste contexto, cabe à atenção básica a efetivação da integralidade: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de

promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Como garantia da integralidade das ações, Casé (2001) propõe aos municípios que possuam Centro de Atenção Psicossocial a ampliação da comunicação entre estes serviços e as equipes de Saúde da Família, a fim de se proporcionar maior qualidade e rapidez no atendimento das demandas que normalmente são de saúde mental. Hoje, sabemos que a carência no oferecimento de políticas municipais de saúde mental somada ao despreparo das equipes de saúde pode colaborar para a manutenção da política de internação. Além disso, o processo de internação psiquiátrica pode acarretar sérios danos ao usuário que se vê obrigado a abrir mão de todos os seus vínculos sociais e afetivos.

Alguns municípios brasileiros⁵ já possuem uma rede integrada de serviços, composta por diversas modalidades de recursos assistenciais e comunitários capazes de substituir o manicômio. Nessas cidades, o estabelecimento de formas diferenciadas de tratar e lidar com a loucura possibilita a convivência com as diferenças e o respeito ao direito de cidadania dos portadores de transtorno mental grave. Ao mesmo tempo, colabora para diluir o preconceito e o estigma sobre a loucura.

A equipe de saúde da família pode ser uma grande aliada da saúde mental, caso seja bem treinada para diagnosticar as alterações precoces de comportamento e os demais sinais que indicam uma "agudização" do quadro de um usuário que sofre de transtorno mental grave. Na medida em que os profissionais estão em contato direto com o usuário/familiar eles podem criar novas estratégias de atuação que sejam capazes de estimular a adesão ao tratamento proposto, que sejam capazes de acompanhar de forma responsável o usuário, como também podem estimular a reinserção dos usuários egressos dos hospitais psiquiátricos em atividades comunitárias.

⁵ Alguns municípios que já avançaram no processo de integração entre saúde mental e atenção primária: Campinas (SP), Belo Horizonte (MG), Sobral (CE) entre outros.

Saracemo (1999) ressalta que não se pode tentar tratar um portador de transtorno mental grave sem considerar a sua família, porque os principais acordos terapêuticos devem ser planejados dentro do contexto familiar. O autor considera que quando uma pessoa apresenta um transtorno mental, não apenas ele sofre, mas toda a sua família. Assim sendo, todos precisam de suporte e acompanhamento.

A importância da correlação das ações de saúde mental e ESF devem ser investigadas, a fim de difundir o manuseio racional de psicofármacos, como também resgatar a participação do usuário na gestão dos serviços de saúde e incentivar a participação do usuário/familiar no acordo terapêutico. Estas ações devem possibilitar, ao longo do processo, o aumento do coeficiente de autonomia de cada usuário, respeitando o tempo de cada um.

Acredito ser relevante ressaltar que na composição da equipe de ESF não está prevista a incorporação do assistente social à equipe mínima. Alguns municípios têm contratado este profissional arcando com seu custo, ou seja, não há repasse de verbas do Governo Federal. Porém, se a ESF tem como objeto de intervenção “a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde” (Brasil, 1997, p 10), a ausência do assistente social pode comprometer o atendimento prestado.

O Governo Federal ao priorizar o médico e o enfermeiro, como indispensáveis à composição da equipe mínima, reafirma de modo indireto a noção de saúde como ausência de doença. Além disso, desconsidera as múltiplas expressões da questão social no âmbito da saúde que foram incorporadas no texto Constitucional de 1988 e se fazem presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Neste sentido, concordamos com Mioto e Rosa (2007, p 104) ao afirmarem que “somente profissionais de cunho biologicista não conseguem contemplar todos os aspectos do processo saúde-doença”. Por isso, é necessária que seja revista a composição da equipe mínima em ESF, incorporando o assistente social em seu quadro. Destaco ainda o estudo de JUCA, NUNES & BARRETO (2009, p. 178) que aponta para a correlação entre sofrimento mental e o agravamento da questão social “(...) as condições socioeconômicas desfavoráveis aparecerem como tendo um papel central no surgimento do

sofrimento psíquico. (...) o desemprego e a fome tiveram um lugar destaque (...)”.

Silveira & Vieira (2009) apontam para algumas fragilidades que estão presentes tanto na ESF como na operacionalização das políticas de saúde mental no país vejamos:

- a verticalização e normatividade da ESF reforçam o caráter prescritivo e autoritário, típico dos tradicionais programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dificultando a adequação da assistência às realidades locais;
- o despreparo dos profissionais para lidar com conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência;
- a tendência a medicalização dos sintomas;
- a dificuldades de se estabelecer de fato serviços de referência e contra-referência.

Hirdes (2007) traz para o debate o fato de que os trabalhadores da saúde têm uma formação profissional tradicional. Dessa forma, suas ações são geralmente coerentes com o modelo hegemônico, cujo objeto de trabalho é o indivíduo e a doença. Este fato colabora para a perpetuação de práticas/formas de intervenções tradicionais dificultando o surgimento de novas experiências e novos fazeres.

Arejano (2006) em seus estudos conclui que inexistem conteúdos prontos que ampliem a instrumentalização do fazer em saúde mental nos serviços substitutivos. Assim sendo, ressalta que o comprometimento dos trabalhadores com o processo de reforma derivava mais de uma questão pessoal, do que uma opção política e social. Portanto, a capacitação dos trabalhadores em saúde mental e das ESF é urgente, pois a reformulação do modelo de assistência não se restringe somente à implantação de medidas legislativas, e para se efetivarem como direito no cotidiano dos usuários do serviço é preciso que os profissionais sejam treinados para manejar as diferentes situações trazidas pelo portador de transtorno mental grave e seus familiares.

Um dos grandes desafios colocados pela reforma psiquiátrica é o de capacitar as equipes para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas técnicas

(internação/medicalização). É preciso construir, no dia-a-dia, juntamente com a comunidade e com os familiares, os novos dispositivos que possam efetivamente auxiliar as pessoas a cuidar melhor da saúde e reorganizar suas vidas.

Outro problema bastante recorrente na saúde mental nas ESF é a tendência à medicalização dos sintomas. Durante muitos anos, os profissionais que atuavam diretamente com o portador de transtorno mental lançaram mão do uso exacerbado de medicação, a fim de conter os delírios. Portanto, é preciso reconhecer o usuário primeiro como um cidadão e depois como um portador de transtorno mental grave. O processo de reabilitação psicossocial, hoje em vigor, defende outras intervenções tais como: a escuta, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre o usuário/familiar com um técnico de referência. O profissional sendo capacitado para compreender a tríade supramencionada compreende o fenômeno do adoecimento psíquico de forma mais ampla, englobando todos os aspectos socioeconômicos que colaboram para esse adoecer. Assim, antes de prescrever novas dosagens de remédio, ele pode lançar mão de outros recursos terapêuticos presentes também na atenção primária em saúde como os grupos para alcoólicos, tabagistas, hipertensão, violência doméstica, etc.

Para Lucchese (2009) abordar a atenção à saúde mental no nível primário impõe um desafio para a equipe técnica “o de trabalhar com as pessoas em sofrimento mental no seu mundo real”, sem conduto ocorrer improvisos por parte dos profissionais. Eles devem estar capacitados para agir de forma planejada e articulada às reais necessidades do sujeito que sofre e seus familiares.

Com relação ao matriciamento⁶ e à referência, é preciso mais uma vez resgatar a trajetória da “loucura” em nosso país

⁶ Matriciamento é um método de trabalho cujo objetivo é viabilizar a interconexão entre os serviços primários, secundários e terciários de saúde. Objetiva ter penetração nos diversos setores e secretarias do município, visando um acolhimento integral ao cidadão, que envolve a saúde física, psíquica e social (Dimensteein et al, 2009). Para Braga (2008) o matriciamento pressupõe quatro aspectos básicos: a) o trabalho em equipe e a noção de referência; b) o compromisso de desmedicalizar a vida; c) a promoção de conhecimento e d) empoderamento das pessoas, considerando-as sujeitos em seus contextos, na sua família e na sua comunidade.

que se sustentou na segregação/medicalização dos portadores de transtorno mental grave. Assim, a ausência de capacitação profissional atrelada à cultura do encaminhamento para serviços de maior tecnologia, no caso da saúde mental para os hospícios, implica em encaminhamentos sem responsabilidade. A política de referência e contra-referência deve ser substituída pela política de co-responsabilidade e de trabalho em rede de complementaridade. A equipe de referência deve assumir a responsabilidade pela atenção integral do usuário, atenta a todos os aspectos de sua saúde, elaborando e efetivando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos, quando necessário.

É preciso promover a articulação entre os portadores de transtorno mental, seus familiares e a sociedade civil, a fim de capilarizar as discussões em nível municipal sobre a integração do Programa de Saúde Mental e as Estratégias de Saúde da Família. Esta medida é importante para assegurar a garantia de serviços mais humanizados, integralizados e condizentes com o processo de reforma psiquiátrica brasileira.

Furtado & Tanaka (1998) transcenderam a dicotomia que marcou a concepção de saúde no Brasil (a prevenção/cura e a ausência de doença), ao recolocar o usuário como o centro norteador da atenção. Deste modo, esses autores ressaltam a importância de se criar condições para que o setor de saúde faça acompanhamento e vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento dos indivíduos em sua comunidade, de forma que sejam elaboradas propostas articuladas às demandas locais, estimulando o surgimento de práticas democráticas efetivas e melhorando as condições de vida de toda a população que vive naquele território.

Segundo Kinoshita (1997) *apud* Souza (2004) o território é a área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde mental. Desta forma, a equipe de saúde mental juntamente com a equipe de saúde da família, ao atuar num determinado território, deve compreender a dinâmica ali apresentada, a fim de expandi-la e enriquecê-la.

Segundo relatório do MS as equipes de atenção básica em saúde cada vez mais:

Se deparam com problemas de saúde mental: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental. Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico (Departamento de Atenção Básica, 2002).

É importante considerar que o trabalho efetivo com as pessoas num determinado território é capaz de desvendar as diversas formas de sofrimento, de desassistência e de exclusão social às quais esta população é submetida.

Ainda cabe resgatar a contribuição de Poletti (2008:13) que compreende o território como um espaço:

gerador de uma dinâmica em que os grupamentos humanos se criam e se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica. Território onde cada sujeito estabelece seus pontos de ancoragem, apoio, sustentação.

A atual política pública de Saúde Mental articulada à Atenção Primária em Saúde considera como primordial a responsabilização compartilhada numa rede de cuidados em saúde composta pela atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Esta articulação se torna fundamental, principalmente, se considerarmos as estimativas internacionais e do Ministério da Saúde:

3% da população (cinco milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes), e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtorno menos grave) (Fonte:Ministério da Saúde).

Ao buscar promover a articulação entre a política de saúde mental e a atenção primária em saúde, o Ministério da Saúde definiu as seguintes diretrizes como determinantes:

- a) apoio matricial de saúde mental⁷ às equipes de ESF (Estratégias de Saúde Família⁸): aumento da capacidade resolutiva das equipes na atenção básica;
- b) priorização da saúde mental na formação das equipes de atenção básica;
- c) ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica.

Pode-se perceber que a interação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária em Saúde tem propiciado ações inovadoras no sentido de aumentar a capilarização e interiorização das ações de saúde pública, através das ESF. As ESF colaboram para que não só o aspecto clínico seja observado no ato do atendimento, uma vez que aspectos muito valiosos como os sociais, familiares e afetivos são também observados. Segundo as diretrizes do MS os profissionais devem atuar no sentido de promover ações de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde de comunidade. Objetiva-se:

Estabelecer vínculos de compromisso e de coresponsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o

⁷ Segundo a Coordenação Saúde Mental e Coordenação de Gestão Atenção Básica o apoio matricial constituiu 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 responsável pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos.

⁸ Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2007) a ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um(a) médico(a) de família, um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias (entre 600 a 1.000 famílias, o que equivale a cerca de 3 mil a 4,5 mil pessoas), localizadas num determinado território.

monitoramento e tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (Brasil, 2007, p.1).

Silveira & Vieira (2009) ressaltam que o conceito de território contido nas ESF tem afinidade com os preceitos da reforma psiquiátrica em curso em nosso país, uma vez que, a territorialização dos serviços favorece uma responsabilização pelos usuários por parte da equipe de trabalhadores. Entretanto, apontam para o fato de que os profissionais da atenção primária em saúde encontram-se despreparados para atuar com os conteúdos ligados ao sofrimento psíquico e às necessidades subjetivas no cotidiano da assistência. Esse despreparo contribui para uma tendência a medicalização dos sintomas sem antes experimentar outros recursos hoje disponíveis na rede de atenção psicossocial.

4. OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E SEUS REFLEXOS NA ESF E NA SAÚDE MENTAL.

Resgatar os modelos de assistência à saúde no Brasil se torna relevante para elucidarmos as dificuldades/desafios enfrentados pelos trabalhadores da saúde na contemporaneidade.

Segundo Paim (1999) o modelo de atenção à saúde determina as formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

No final XIX as ações em saúde eram oferecidas pelas entidades assistenciais e filantrópicas. Assim, o modelo de saúde adotado foi o sanitarismo campanhista, que atendia aos

interesses econômicos agroexportadores. O Estado para preservar os interesses econômicos dos cafeicultores teve que criar uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e erradicação ou controle das doenças, nestas regiões. Cabe ressaltar que este modelo, embora não fosse hegemônico, continuou influenciando as ações de saúde. Segundo Malta & Fausto (2003: 251):

O formato vertical das ações em saúde deixou profundas raízes na cultura institucional do sistema de saúde brasileiro, cujo comportamento estende-se para outras ações conduzidas pelo ministério da saúde, como os seus inúmeros programas centralizados, que dispõem de administração única e vertical, constituindo conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais.

O modelo liberal privatista ou médico assistencial privatista surgiu no final década de 20, no Brasil, recebendo forte influência da Medicina Liberal. Neste período, para manter a capacidade produtiva dos trabalhadores o Estado implementou ações de saúde destinadas aos trabalhadores urbanos e industriais.

As alterações ocorridas na sociedade brasileira nos anos 30 fruto do processo de urbanização e industrialização, contribuíram para a redefinição do papel do Estado no que diz respeito ao agravamento da “questão social”. O movimento operário nascente passou a reivindicar com maior ênfase o direito a saúde.

A partir do final da década de 40, o Estado passou a comprar serviços privados de saúde. A estrutura dos serviços de saúde se baseou no binômio: atenção médica individual e assistência hospitalar. Segundo Bravo (2007) os poucos investimentos na saúde contribuíam para a manutenção das precárias condições de saúde da população que apresentava altos índices de doenças infecciosas, parasitárias e elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil.

Bravo (2007) ressalta que no final dos anos 50 a estrutura de atendimento hospitalar de natureza privada, com fins

lucrativos já estava montada, sinalizando para a formação de empresas médicas.

Na década de 70 a criação INANPS contribuiu para a manutenção do modelo liberal privatista. O Estado passou a comprar leitos hospitalares e apoios diagnósticos diretamente do setor privado. Desta forma, o Estado foi o principal responsável pelo financiamento e sustentação desse modelo. É importante ressaltar que a dicotomia preventivo/curativa foi sedimentada através da criação do Sistema Nacional de Saúde em 1975, no qual as questões assistenciais passaram a ser destinadas à Previdência Social, enquanto as ações ditas coletivas de saúde foram canalizadas para o Ministério da Saúde.

Segundo Bravo (2007) a política de saúde formulada no período acima era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.

O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritivamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966 (BRAVO, 2007: 91).

Os estudos revelam que o modelo de saúde legalmente instituído e praticado até 1988 se sustentou na Lei 6.229/75. Esta lei estimulou a dicotomia entre ações curativas/preventivas e atendimento individual/coletivo. As práticas assistenciais estavam centradas em hospitais e eram restritas aos contribuintes previdenciários. É importante destacar que esse modelo de atenção à saúde recebeu influência do pensamento médico ocidental do século XVIII, que tinha como o seu núcleo a clínica e o hospital como forma de entender/lidar/tratar a doença. Além disso, recebeu influências da escola Norte-Americana, via modelo flexneriano⁹, este se fundamentou na

⁹ Segundo Scherer (2005) o modelo flexneriano, se baseou no paradigma fundamentalmente biológico e quase mecanicista para interpretação dos fenômenos vitais, contribuindo para o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência a saúde.

especialização da medicina focada no indivíduo. O modelo flexneriano influenciou a estrutura organizacional e funcional do sistema público de saúde brasileiro.

A história recente da Saúde Pública brasileira sofreu alterações profundas após o processo de Reforma Sanitária, cujo marco principal foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nesta conferência foram propostos novos princípios e diretrizes para a Política Nacional de Saúde, aprovados na Constituição de 1988. Assim, foi criado um novo modelo de atenção à saúde: o Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo Scherer (2005) este novo modelo é híbrido, composto por diferentes modelos. Ele propõe ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, tanto ao indivíduo/família/comunidade, através de serviços assistenciais ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico. A vigilância em saúde passou a ser ambiental, epidemiológica e sanitária.

O atual modelo de saúde em vigor no Brasil propõe a ruptura com o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, as especializações e o curativismo tão presentes na trajetória da política de saúde em nosso país.

O Ministério da Saúde ao estimular a implantação das ESF objetiva substituir o modelo assistencial centrado na doença e no cuidado médico individualizado. Este programa prioriza ações de proteção e promoção à saúde de forma integral e contínua. Seu núcleo básico de atuação é a família, dentro de sua comunidade. Portanto, os princípios da ESF e os princípios da atual política de saúde mental se complementam e têm objetivos afins.

De acordo com os dados da Coordenação do Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde, 47% das equipes de ESF declaram realizar ações de saúde mental, o que demonstra que a demanda em saúde mental inevitavelmente está presente para todos os que trabalham no campo da atenção básica. Neste contexto, uma das questões relevantes reside no fato de que é primordial a capacitação profissional dos trabalhadores da saúde para que o portador de transtorno mental grave tenha assegurado o direito de ter um tratamento condizente com suas necessidades psíquicas, sociais, econômicas, etc.

Entretanto, os estudos que correlacionam esses programas evidenciam um despreparo dos trabalhadores da saúde para lidar com o portador de transtorno mental grave, como descreve

Campos (2001:103) “remédio é com o psiquiatra. Escuta é com o psicólogo. Trabalho é com o terapeuta ocupacional. Intercorrência clínica, outra: não é conosco. Surto? Vai ter que internar”.

Acreditamos que esse despreparo se relaciona com o paradigma flexneriano que se pautou no modelo de assistencial curativo e biomédico e continua influenciando o meio acadêmico. A implementação da ESF contribui para que novas atribuições passem a compor o universo desses profissionais. As ações em saúde são mais abrangentes, desde a promoção e prevenção até a recuperação e reabilitação do sujeito. Não obstante, o médico que sempre atuou de forma soberana, passa a dialogar com os demais profissionais que compõe a equipe.

É preciso que os profissionais da atenção primária em saúde incorporem um novo conceito de “profissionalidade” que deverá ser fundamentado na interdisciplinaridade do conhecimento, a fim de romper com o paradigma racionalista problema-solução, que sustentou todo o atendimento em psiquiatria no Brasil. Esta ruptura irá colaborar para que os profissionais envolvidos vejam o portador de transtorno mental como um cidadão. Portanto, é nesse processo diário trabalho/assistência que novas práticas serão potencializadas, estruturadas e construídas numa parceria entre trabalhadores e usuários.

O processo de reforma psiquiátrica requer que o atendimento ao portador de transtorno mental grave seja assegurado prioritariamente em seu território e de forma integral, sendo capaz de respeitar/preservar os seus laços sociais já constituídos. Desta forma, os profissionais devem ter o conhecimento/domínio da estruturação da rede de atenção psicossocial para fazer os encaminhamentos necessários de acordo com a demanda apresentada pelo usuário. Entretanto, os encaminhamentos devem ser feitos de forma responsável seguindo as orientações do matriciamento¹⁰.

É esta a concepção que norteia a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica, em vigor desde 2003, que

¹⁰ Segundo Tanaka & Ribeiro (2009) as equipes de matriciamento têm como função promover ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica.

reconhece o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como estratégico na atenção em saúde mental, entretanto ressalta que atenção em saúde mental deva ser efetivada dentro de uma rede de cuidados de base territorial.

Para os objetivos deste artigo, tal constatação é fundamental, pois a garantia da cidadania do portador de transtorno mental requer que seja assegurada a integralidade e a intersetorialidade entre as políticas, como também necessita de uma co-responsabilização da equipe técnica em cotidianamente superar as práticas custodiais e burocráticas ainda presentes.

5. A INTEGRALIDADE DAS AÇÕES DE SAÚDE E O FORTALECIMENTO DA CIDADANIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL GRAVE.

Amarante & Torres (2001) destacam que para o fortalecimento da cidadania do sujeito que sofre e a construção de um novo modelo de atenção à saúde se fazer necessário romper com pelo menos quatro parâmetros que orientaram os serviços e as práticas: com o método epistêmico da psiquiatria; com o conceito da doença mental enquanto erro, desrazão e periculosidade e finalmente com os princípios do tratamento moral que fundamentaram as terapêuticas normalizadoras.

Assim, as ações de saúde sejam dentro das ESF ou do programa de saúde mental ao buscar o fortalecimento da cidadania dos portadores de transtorno mental grave devem priorizar a escuta do sujeito e não a escuta da doença. Se mantivermos a escuta da doença provavelmente o recurso terapêutico utilizado será a “revisão” medicamentosa e em alguns casos a internação aparece como estratégia principal.

Os trabalhadores das equipes de saúde necessitam ser capacitados para que numa intercorrência clínica o usuário não fique cercado por seguranças, reforçando a idéia que periculosidade e agressividade que sempre esteve associada ao portador de transtorno mental. Nunes, Jucá & Valentim (2007:2381) ressaltam que:

A dicotomia mente/corpo, legitimada e reforçada historicamente, e que ainda hoje organiza concepções e práticas, associada aos valores que desqualificaram e excluíram os portadores de doenças mentais do convívio social produziram fortes enraizamentos no imaginário coletivo, inclusive dos cuidadores da saúde.

A relevância na formulação de políticas voltadas para a atenção básica em saúde que contemplem o cuidado integral para com aqueles que sofrem de problemas psiquiátricos em sua comunidade se correlaciona com o fortalecimento do direito do usuário em encontrar em seu território uma estratégia de acolhimento articulada com a rede de atenção psicossocial.

De acordo com Pitta (1996) a reabilitação psicossocial deve trazer em si a ética da solidariedade, ao buscar facilitar os afazeres cotidianos e ao aumentar o poder de contratualidade afetiva, social e econômica, a fim de viabilizar a existência dos portadores de transtorno mental severo com maior autonomia em sua comunidade.

Portanto, os técnicos devem estar qualificados para dialogar com o usuário e seus familiares, com intuito de elaborarem em conjunto um projeto terapêutico que seja capaz de atender as múltiplas necessidades do usuário. Sem perder de vista o objetivo maior “preparar o usuário para a vida em sociedade”. Assim, as práticas tutelares perdem espaço para as práticas reflexivas na qual o sujeito se expressa, demonstrando suas habilidades, seus desejos e potencialidades. É neste contexto que a integralidade das políticas sociais públicas são de grande importância dando sustentabilidade aos projetos de vida “extra-muros”. Investir na capacitação técnica dos trabalhadores da saúde e na expansão da rede de atenção psicossocial se torna fundamental, para garantir a sobrevivência do sujeito na sociedade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O percurso realizado até aqui teve o objetivo de contribuir para o debate a respeito da relação entre a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde mental. Os problemas correlacionados sobre

a imbricação destes dois programas têm imensas repercussões na prática profissional como também apresentam seus reflexos na qualidade dos serviços ofertados aos usuários. Apesar da expansão da rede de atenção psicossocial os profissionais da atenção primária a saúde não estão preparados para lidar com as demandas trazidas pelos portadores de transtorno mental grave e seus familiares durante os atendimentos. Por conseguinte, percebe uma tendência a medicalização e aos encaminhamentos como um subterfúgio. Portanto, se faz necessário capacitar os profissionais da atenção primária à saúde a fim de constituir mais um elo da rede de atenção psicossocial, sobretudo, valorizando o sujeito que sofre em seus múltiplos papéis sociais, para que possamos dirimir os preconceitos e resgatar a cidadania das pessoas com transtorno mental grave.

QUEIROZ, V. D. C. The mental health in the primary attention in health. *Serviço Social & Realidade* (Franca), v. 19, n. 1, p. 125-152, 2010.

- *ABSTRACT: The purpose of this article is to collaborate for the reflexive process about the Strategy of Family and Mental Health. It shows the different difficulties lived by the ESF teams in assisting the bearer of serious Mental Disorders, presenting the need of having a larger professional training of those teams, in order to assure such a program to the individual who suffers in the territorial and community base services.*
- *KEYWORDS: psychiatric reform. strategies of family and mental health.*

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S & GULJOR, A. P O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R & MATTOS, R. A (Org) ABRASCO. *Cuidado as fronteiras da integralidade*, Rio de Janeiro, 2008.

_____. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R, MATTOS, R A (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro :IMS/UERJ, 2001 p. 167-176.

AMARANTE,P; TORRE.H.G. *A constituição das novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil.* Saúde em Debate 2001; 25-34.

AREJANO, C. B. *Reforma Psiquiátrica: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção a saúde mental.* Pato Branco (PR): Rotta. 2006.

BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira,1999.

BRASIL, Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica - Levantamento do Departamento de Atenção Básica, apresentado em Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária – OPAS/MS/ Universidade de Harvard/UFRJ, abril de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.* Brasília, 1998.

_____. *Manual para a organização da Atenção Básica.* Brasília, 1999.

_____. *Cadernos da Atenção Básica: Programa Saúde da Família. Caderno 3.* Brasília, 2000.

_____. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família.* Brasília, 2001.

_____. *Relatório de gestão: Departamento de Atenção Básica 1998-2002.* Brasília, 2002.

BRAVO, M. I. de S. *A política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.* In BRAVO, M. I de S. Matos, M. c, de Araújo, P. S. X (Org). *Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio.* Rio de Janeiro: DEPEXT/Nape, 2001.

CASÉ, B. *Estação comunidade.* In: JANETE, A. & LANCETTI, A. (Org). *Saúde Mental e Saúde da Família.* 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-154.

CAMPOS, R. O. *Clínica a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental.* *Saúde em Debate,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 96-111, 2001.

- HIRDES, A. *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão*. Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.
- JUCA, V. J. dos S, NUNES, M. O & BARRETO, S. G. Programa de saúde da família e saúde mental: impasses e desafios na construção da rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1 p. 173-182, Rio de Janeiro, 2009.
- MACHADO, A. P. C & MOCINHO, R. R. *Saúde Mental: um desafio no programa saúde da família*. Boletim da Saúde. V. 17, n. 2, Porto Alegre, jul/dez 2003.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MIOTO, R. C. T.; ROSA, F. N. *Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família*. Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica. Florianópolis: UFSC, 2007.
- NUNES, M, JUCÁ, V. J. & VALENTIM C. P, B. *Ações de saúde mental no programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com princípios das reformas psiquiátricas e sanitária*. In: Cadernos de Saúde Pública, 23(10) 2375-2384, out.2007.
- PITTA, A. M. F (org) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- ONOCKO – Campos RT, FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22 (5):1053-1062.
- World Health Organization. *Mental health context: Mental health policy and service guidance package*. Genebra: WHO; 2003.
- _____. *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genebra: WHO; 2003.
- SARACENO. B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Cora, 1999.

SILVEIRA, P. S & VIEIRA, A. L. S. *Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1): 139-148, 2009.

SCHERER, M.D. dos A. (Et al) Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. In : *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 09, n.16, p.53-66 Set 2004/ Fev 2005.

TANAKA, O.Y & RIBEIRO E. L Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(9): 1845-1853, Set. 2006.

_____. Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 477-486, 2009.

_____.; FURTADO, L. A.C Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso In: *Revista de Saúde Pública*, 32 (6): 587-95, 1998.

VASCONCELOS, K.E. L (et al) Serviço Social e estratégia saúde da família: contribuições ao debate. In: *Serviço Social e Sociedade*, n 98. Abr/Jun. Cortez, São Paulo, 2009.

VASCONCELOS. E. M (org) *Abordagens Psicossociais*. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e das Lutas Populares, Ed Hucitec, São Paulo, v. 2, 2008.

Artigo recebido em 03/2010. Aprovado em 04/2010.