

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Análise da importância da Estratégia de Saúde da Família na
assistência à Saúde Mental

Corinto
2011

JULIANA LEAL FREITAS MAIA

Análise da importância da Estratégia de Saúde da Família na
assistência à Saúde Mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Paula Cambraia de M. Vianna

Corinto
2011

JULIANA LEAL FREITAS MAIA

Análise da importância da Estratégia de Saúde da Família na
assistência à Saúde Mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof. Paula Cambraia de M. Vianna

Banca Examinadora

Prof. Paula Cambraia de M. Vianna (orientadora)
Prof. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Corinto: 17/09/2011

Dedico este trabalho a Juliano Arruda Silveira, que semeou em mim a paixão pela saúde mental e determinou que, nos diversos cenários de trabalho, eu sempre mantivesse esse olhar

Agradeço a meus familiares e amigos, que respeitaram todas as horas despendidas na redação deste trabalho e a todos os portadores de sofrimento psíquico com que me deparei na prática clínica, porque foram o combustível para minha evolução profissional

"Sempre vejo anunciados cursos de oratória. Nunca vi anunciado curso de escutatória. Todo mundo quer aprender a falar. Ninguém quer aprender a ouvir."

RUBEM ALVES

Resumo

A Reforma Psiquiátrica Brasileira emerge em concomitância ao movimento sanitarista no país, trazendo princípios semelhantes reorientadores 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, far-se-á reflexão 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 com temas que permeiem tal interface. 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; Saúde da Família; Luta antimanicomial

Abstract

The Brazilian Psychiatric Reform emerge in concomitance to the public health movement in the country, bringing similar principles refocused the health attention model. The proposal of the non-institutionalization of psychiatric patients and the strengthening of territorial systems for mental health care, brought by the National Policy on Mental Health, is based on a service network covering the network of primary care. Given this, the Family Health Strategy emerges as a strong ally in the process of construction work in Mental Health. In this text we will make a reflect on the connections between the Family Health Strategy and the network of mental health care, based on literature search of articles and publications with themes that permeate this interface. The inclusion of the mental health services in primary care has been presented as a proposal to ease the process of psychosocial rehabilitation of patients, but has been a challenge in clinical practice, because it is necessary to improve communication processes among professionals, to minimize the occurrence of psychiatrization care, also to establish more effective linkages with the user's family and facilitate ongoing training of staff assistants, they are in the service center, or in primary care.

Keywords: Mental Health, Mental Health; Anti-asylum

Sumário

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA	12
4 ANÁLISE CRÍTICA DOS ARTIGOS	13
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica surge no Brasil no final dos anos 70 do século passado, como proposta à ruptura do modelo clínico-psiquiátrico centrado na hospitalização dos pacientes, que ocasiona reclusão, desrespeito à autonomia e fragilização/quebra de vínculos sociais. Inicialmente propunha a humanização do tratamento nos hospitais psiquiátricos. Mais tarde, a Reforma trouxe propostas mais ousadas, que não só implicavam em desospitalização, mas em desinstitucionalização dos pacientes (HIRDES, 2009). Percebeu-se assim 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 a vida em família e comunidade, os direitos do usuário como cidadão e sua individualidade. Isso impeliu os serviços de saúde a elaborarem um modo mais humanizado de tratamento aos doentes, pautado no direito à liberdade.

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. Com esse novo conceito, é superada a cisão entre sujeito e contexto social, tão difundida na psiquiatria tradicional (LUSSI, 2006).

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 sócio-cultural 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.

As ações definidoras do modelo de atenção em saúde mental ressaltam a importância da atenção primária para garantir o tratamento na comunidade (OMS/OPAS, 2001). A política de efetivação das ações primárias de saúde no Brasil está ancorada na 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 (LUCCHESI, 2009).

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 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 (médico generalista, enfermeira, auxiliares, outros agentes de saúde) (DALLA VECCHIA, 2009, p.154).

Dessa forma, articulações entre a ESF e atenção à saúde mental na lógica da Reforma Psiquiátrica são coerentes, tendo por base que têm 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 (LUCCHESI, 2009).

Entretanto, criar um espaço para a saúde mental no nível primário de atenção à saúde ainda é um desafio. A ESF representa ferramenta importante de abordagem dos indivíduos em seus contextos sócio-econômicos 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.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo refletir acerca da importância da Estratégia de Saúde da Família - ESF na assistência ao portador de sofrimento mental, tendo em vista a relevância desse tema no cenário nacional nas últimas duas 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. 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. Estudar a importância da ESF na assistência à saúde mental possibilita melhor entendimento desse processo e promove reflexões sobre a prática profissional adequada.

2 OBJETIVO

Refletir sobre a importância da Estratégia de Saúde da Família - ESF na assistência à saúde mental.

3 METODOLOGIA

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. Segundo Moresi, a revisão se caracteriza como o processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema de pesquisa escolhido, permitindo efetuar um mapeamento do que já foi escrito e de quem já escreveu algo sobre o tema da pesquisa.

Inicialmente foram definidas as bases de dados SCIELO, MEDLINE e LILACS. Posteriormente foram definidos os descritores "saúde mental" e "saúde da família". Da busca total, foram priorizados os textos publicados nos últimos dez anos, considerando-se a relevância do tema estudado no cenário nacional após a experiência de alguns anos de políticas públicas.

A partir disso, foi feita leitura de 25 resumos, dos quais oito foram excluídos por ausência de foco na interface ESF e assistência à saúde mental. Os dezessete 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 e houve leitura da legislação vigente em saúde mental e cuidado primário no Brasil, além de ter sido considerada a observação clínica da pesquisadora e o seu cotidiano como profissional da ESF e do CAPS.

4 ANÁLISE CRÍTICA DOS ARTIGOS

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 Sistema Único de Saúde – SUS (DALLA VECCHIA, 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, 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 e da assistência à saúde em geral, por meio das AIS - Ações Integradas de Saúde (DALLA VECCHIA, 2009; HIRDES, 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, 2009).

Porém, houve reflexo na percepção dos envolvidos na atenção à saúde mental, tendo em vista que se inicia 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.

Em 1987 funda-se 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. Denunciam a situação dos manicômios e ressaltam a necessidade de superação da mentalidade manicomial, reforçando o processo de desinstitucionalização dos sujeitos. Surge, assim, o solo fértil para a construção da Política Nacional de Saúde Mental (DALLA VECCHIA, 2009).

Com a regulamentação do SUS (Lei 8080/90), pautado na integralidade da atenção, torna-se imprescindível a busca de uma nova forma de organização dos processos de trabalho em saúde, que respeitasse o espaço da coletividade enquanto espaço de cuidado (MIELKE, 2010).

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, 2009; HIRDES, 2009).

Assim, o governo brasileiro priorizou a saúde no âmbito da atenção básica, implantando a Estratégia Saúde da Família - 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 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 (BRASIL, 2000). O agente comunitário de saúde, por ser um morador da comunidade, representa uma riqueza de possibilidades, pois conhece as pessoas que atende, fala a mesma linguagem dos que o procuram, passa por situações parecidas e compartilha crenças com os

membros da região onde atua. Essa equipe é responsável pelo atendimento de clientela adscrita, o que fortalece os vínculos e a responsabilização pelos casos.

A ESF é conceitualmente uma ferramenta ideal 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).

Em consonância, a Reforma Psiquiátrica enfatiza tornar possível um tratamento digno, livre e cidadão para pessoas que viviam confinadas no interior dos hospitais psiquiátricos. Busca, também, ampliar a pauta de discussões e reivindicações sobre a abordagem dos transtornos mentais e propõe a desconstrução do modelo psiquiátrico tradicional, que representa a soberania do saber médico sobre a loucura. Este movimento propicia 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 constitui-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).

Assim a reforma aparece como um movimento que preconiza 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. 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).

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.

Historicamente, a doença mental é vista, muitas vezes, com preconceito e o doente mental gera medo, repulsa nas pessoas com quem convive. 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). Era realizado o asilamento desses indivíduos e a sociedade se percebia "livre desse problema".

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 - Centro de Atenção Psicossocial, centros de convivência, serviço residencial terapêutico e atendimento ambulatorial) e da rede de atenção básica. 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).

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.

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, 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 e Serviço residencial terapêutico - SRT, além de municipalização das ações em saúde mental.

Com isso, aparece também a necessidade de equipes matriciais de referência em saúde mental, para capacitação dos profissionais da rede. Este processo culminou na edição da Portaria 154/2008, a partir da qual ficam criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família - NASF.

No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, 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 (DIMENSTEIN, 2009; DELFINI, 2011).

A ESF torna-se então um elo importante na identificação e acompanhamento de casos em que haja sofrimento mental. 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, oficinairos e auxiliares de enfermagem. é um serviço com uma diversidade intencional, porque atende clientela com necessidades variadas e complexas (WAIDMAN, 2005; DALLA VECCHIA, 2009).

O ideal seria que os profissionais da ESF encaminhassem para os CAPS somente os casos que realmente precisam de uma atenção mais especializada, muitas vezes

por tempo determinado, com vistas a reduzir o risco de novos quadros de institucionalização, mesmo que apenas na permanência-dia. Isso porque a desinstitucionalização vai muito além de sair do ambiente hospitalar; ela se refere à quebra dos vínculos rígidos com a instituição assistente, libertando o usuário para que consiga exercer sua cidadania (JUCÁ, 2009; VECCHIA, 2009).

A sintonia entre as equipes de referência e contra-referência 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.

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 (CAMURI, 2010). Contudo, para isso é necessário que haja uma 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 (DALLA VECCHIA, 2009).

O fortalecimento da rede substitutiva aos hospitais manicomiais não compreende apenas a criação de CAPS, SRT e Centros de convivência. 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.

A ESF é uma estratégia que torna viável a efetivação de ações que envolvam acolhimento, cuidado e trocas sociais. 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 (SOUZA, 2006; NUNES, 2007).

Um indivíduo pode ser encaminhado pela equipe de ESF para todos os dispositivos da rede de atenção psicossocial – ambulatórios de referência, CAPS, urgência mental, 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, 2005).

Na prática ainda se identifica baixa efetividade no atendimento a pacientes com queixas relacionadas à saúde mental no cuidado primário. Um dos fatores que reduz a qualidade desse atendimento é a incapacidade dos profissionais de diagnosticar corretamente e de cuidar das patologias mentais presentes na sua clientela habitual (RIBEIRO, 2009). 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, 2009).

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 (NEVES, 2010) e, com isso, alcancem melhores resultados na abordagem do adoecimento psíquico.

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. 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, 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 ESF, e os NASFs e serviços substitutivos, 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 enfrentamento de resistências.

REFERÊNCIAS

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.

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.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. **Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família**. Saude soc., São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400008&lng=en&nrm=iso>. Access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902010000400008.

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. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-

32832009000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1414-32832009000100013.

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, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1413- 81232009000800021.

DIMENSTEIN, Magda et al . O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. Saude soc., São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0104-12902009000100007.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000100036.

JUCA, Vlândia Jamile dos Santos; NUNES, Mônica de Oliveira; BARRETO, Suely Galvão. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100023&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000100023.

LUCCHESI, Roselma et al . Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2009000900017&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2009000900017.

LUSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000300021&lng=en&nrm=iso>. access on 07 May 2011. doi: 10.1590/S0104-11692006000300021.

MIELKE, Fernanda Barreto; OLCZOWSKY, Agnes. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600005&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0034-71672010000600005.

NEVES, Hilton Giovani; LUCCHESI, Roselma; MUNARI, Denize Bouttelet. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400025&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0034-71672010000400025.

NUNES, Mônica; JUCA, Vlória Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. 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, v. 23, n. 10, Oct. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000012&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000012.

RIBEIRO, Mário Sérgio et al . Comparação da assistência em saúde mental em unidades básicas de saúde com ou sem equipe do Programa de Saúde da Família. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 31, n. 1, 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0101-81082009000100009.

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

SILVA, Martinho Braga Batista e. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100020&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1413- 81232009000100020.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, Dec. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1414-81452006000400012.

SOUZA, Aline de Jesus Fontineli et al . A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 60, n. 4, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0034-71672007000400006.

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 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100024&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S1413-81232009000100024.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSEN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 14, n. 3, Sept. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072005000300004.