



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**



ADEMILDE NASCIMENTO GOMES

**A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE**

**CONSELHEIRO LAFAIETE
2015**



ADEMILDE NASCIMENTO GOMES



A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^a Lenice Castro Mendes Villela

CONSELHEIRO LAFAIETE
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

GOMES, ADEMILDE NASCIMENTO
A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE [manuscrito] / ADEMILDE NASCIMENTO GOMES. - 2015.
39 f.
Orientador: Lenice Castro Mendes Villela.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde .
1. Saúde Mental. 2. Atenção Básica de Saúde. 3. Rede de Assistência. I. Villela, Lenice Castro Mendes. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Ademilde Nascimento Gomes

**A ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Lenice de Castro Mendes Villela (Orientadora)



Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira

Data de aprovação: **27/06/2015**

Dedico este trabalho a todos os pacientes de
saúde mental, que sofrem por falta de atendimento
especializado e que vivem estigmatizados
por aqueles que não entendem que
a Loucura é uma faceta da
"Normalidade" humana.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família, especialmente aos meus pais pelo apoio de sempre e pelo carinho.

Ao meu afilhado e querido sobrinho Lorenzo, pelos grandes momentos de alegria e diversão.

À minha sobrinha Izabella, por me proporcionar a felicidade de ser tia de uma linda sobrinha.

Ao meu namorado Adam, pelo seu amor, sua dedicação e sua paciência.

À professora Anadias Trajano e à tutora Viena, pelos ensinamentos adquiridos.

À minha orientadora Lenice de Castro Mendes Villela, pela atenção e auxílio que me deu.

Aos colegas de curso de pós-graduação em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPES), os quais ficaram guardados com grande carinho em minha memória e coração.

A todos aqueles que contribuíram com a realização de mais este grande passo em minha vida, ao contribuírem com tamanho intercâmbio de conhecimentos entre pessoas que desejam e esperam sempre mais da vida e que, por isso, jogam-se no agradável desafio de aprender algo novo.

RESUMO

Trata-se de revisão integrativa da literatura que analisou pesquisas realizadas no setor público de saúde. O objetivo é revisar a literatura acerca da assistência à saúde mental realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de verificar ou identificar as ações dos profissionais e os serviços disponibilizados à pessoa com transtorno psiquiátrico. Foram pesquisados artigos publicados entre 2005 e 2015, nas bases de dados SciELO, LiLACS, Medline e IBECs, tendo como amostra final onze artigos. Esses assinalaram três temas principais: o predomínio do modelo biomédico na assistência à saúde e o preconceito contra a pessoa com transtorno psiquiátrico; os serviços de apoio matricial, o acolhimento e o despreparo dos profissionais de saúde; e a necessidade de articular as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial. Conclui-se que todas as dificuldades apontadas só poderão ser superadas através de uma visão ampliada da pessoa com sofrimento psíquico e da constituição de uma rede de saúde mental interligada aos diversos setores da saúde de maneira efetiva.

Descritores: Saúde Mental; Atenção Básica de Saúde; Rede de Assistência.

ABSTRACT

It is an integrative literature review which analyzed research conducted in the public health sector. The aim is to review the literature on mental health care held in Basic Health Units (UBS) by the teams of the Family Health Strategy (ESF) in order to verify or identify the actions of professionals and the services available to people with psychiatric disorder. Were searched articles published between 2005 and 2015, in the databases SciELO, Lilacs, Medline and IBECs, finding eleven articles like final sample. They pointed out three main themes: the dominance of the biomedical model in health care and prejudice against persons with mental disorder; the matrix support services, the host service and the unpreparedness of health professionals; and the need to link the mental health actions in the psychosocial care network. We conclude that all identified difficulties will only be overcome through an enlarged view of the person with psychological distress and the establishment of a mental health network interconnected to the various sectors of health effectively.

Keywords: Mental Health; Health Primary Care; Service Network.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. População e amostra da revisão integrativa (RI).....	19
Quadro 2. Características dos autores dos artigos incluídos na amostra da RI.....	21
Quadro 3. Características das publicações que fizeram parte da amostra da RI.....	24
Quadro 4. Apresentação da síntese dos artigos incluídos na RI.....	25

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Objetivo.....	12
3. Referencial teórico.....	13
3.1. A Reforma Psiquiátrica.....	13
3.2. A rede de atenção à saúde mental.....	14
3.3. A rede de atenção básica à saúde mental.....	15
4. Procedimentos metodológicos.....	18
5. Resultados e discussões.....	20
5.1 O predomínio do modelo biomédico na assistência à saúde e o preconceito contra a pessoa com transtorno psiquiátrico.....	30
5.2 Os serviços de apoio matricial, o acolhimento e o despreparado dos profissionais de saúde.....	31
5.3 A necessidade de articular as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial.....	32
6. Considerações finais.....	34
Referências.....	35
Apêndice.....	38

1. INTRODUÇÃO

Este estudo inicia-se a partir da experiência que tive como psicóloga atuante no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no setor de Atenção Básica à Saúde da cidade de Conselheiro Lafaiete/MG. Ao longo de mais de dois anos de trabalho, percebi como a assistência à saúde mental na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade era algo difícil de consolidar. Muitas lacunas existiam entre os serviços prestados, os quais envolviam o despreparo da equipe profissional do NASF e da Estratégia Saúde da Família (ESF); o preconceito contra as pessoas com transtornos mentais e, inclusive, a gestão municipal de saúde, a qual ainda não possuía um protocolo estabelecido sobre as ações dos profissionais neste âmbito de atendimento.

Durante esses anos de trabalho, o modelo biomédico de atendimento ao usuário e medicalizante dos transtornos mentais era a forma predominante de abordagem dos profissionais médicos, psiquiatra e enfermeiros, com os quais eu trabalhava. Ainda havia a valorização desse modelo de assistência à saúde mental pela população atendida na área de abrangência das equipes de ESF e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Parecia ser mais fácil ou confortável para os usuários dos serviços, a ideia de que fazer uso de uma medicação ou outra era o suficiente para tratar e curar qualquer transtorno psiquiátrico. Esse princípio me leva a crer que a maioria da população, seja por falta de acesso à informação ou por falta de disposição, é mais adepta a fazer uso de medicamento psiquiátrico a ter que lidar com os reais motivos que podem gerar o sofrimento mental.

Assim como qualquer doença, as doenças psiquiátricas precisam de tratamento e de acompanhamento especializado. Nem todo transtorno mental tem cura, mas todos têm controle e permitem à pessoa levar uma vida normal. O caminho para a cura ou para o tratamento não é somente o uso de medicação. A psicoterapia é uma forma de tratamento que pode e deve ser usada pela psiquiatria moderna no tratamento e cura dos transtornos mentais.

Desde a luta do Movimento Antimanicomial até os dias de hoje, o cenário brasileiro mudou muito a sua forma de tratamento e de prevenção de transtornos mentais. Em 2001, com a criação da Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, o país dá início a sua nova política de saúde mental adotada pelo SUS. Essa nova política de saúde preconiza um modelo de atendimento humanizado, de atenção integral na rede do Sistema Único de saúde (SUS), minimizando o foco do tratamento hospitalar e medicamentoso, o qual era visto como a única forma de tratar os pacientes psiquiátricos.

2. OBJETIVO

Revisar a literatura acerca da assistência à saúde mental realizada nas UBS e equipes de ESF a fim de verificar ou identificar as ações dos profissionais e os serviços disponibilizados à pessoa com transtorno psiquiátrico.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Reforma Psiquiátrica

Segundo Goulart (GOULART, 1992), até a década de 1930, o cuidado à pessoa com sofrimento psíquico era limitado ao atendimento em asilos e hospitais psiquiátricos. Na década de 1950 e 1960 há um enorme crescimento de hospícios e expansão de prestação do serviço para o setor privado, surgindo os primeiros serviços psiquiátricos brasileiros atrelados à rede previdenciária. Em 1970, há grande aumento de reinternações e cronificação dos quadros psiquiátricos dos pacientes que, somados com a deficiente assistência da rede de atenção ambulatorial, institui-se a ampliação da hospitalização no setor privado, tornando-se o tratamento hospitalar um negócio rentável.

Enquanto o mundo buscava a desospitalização, o Brasil aumentava seu número de leitos hospitalares. Mas essa rede assistencial logo entraria em crise por se apoiar num tratamento; baseado em uso indiscriminado de psicotrópicos, despreparo dos profissionais de saúde mental, hegemonia do saber médico sobre a loucura e no isolamento dos pacientes em tratamento, fatores estes que agravavam o quadro clínico do paciente psiquiátrico. Juntava-se a isso a superlotação dos hospitais psiquiátricos, a segregação dos usuários na sociedade e os altos índices de mortalidade dos asilados; tem-se que se torna insustentável o modelo hospitalar de tratamento do paciente com sofrimento psíquico (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 é assinalado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos das pessoas com transtorno psiquiátrico no país; o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2005). Tal movimento é apoiado por trabalhadores do movimento sanitário, familiares de pacientes, sindicalistas, pacientes com histórico de internações psiquiátricas, entre outros. O movimento denuncia o modelo hospitalocêntrico de assistência às pessoas com transtornos mentais, a violência cometida dentro dos manicômios, a hegemonia de uma rede privada de assistência, a mercantilização da loucura, vista como um produto rentável.

A década de 1980 é marcada por importantes acontecimentos da história da Reforma Psiquiátrica brasileira. No ano de 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental com o lema "Por uma sociedade sem manicômios" e surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo. Em 1989 ocorre a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, palco de maus-tratos e morte de pacientes com repercussão em todo o território brasileiro. No município de Santos, são criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas e ainda residências para os egressos de

hospitais psiquiátricos, tornando-se um marco no processo de Reforma Psiquiátrica ao demonstrar formas de lidar e tratar a loucura de forma mais humana e eficiente (BRASIL, 2005).

Em 1986 aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde na qual foi aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde, que se constituísse em uma nova estrutura institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência brasileira. Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal Brasileira como resultado das diversas propostas de mudanças no setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte. Foi aprovada a criação do Sistema Único de Saúde, o qual reconheceu a saúde como um direito que deve ser assegurado pelo Estado e regido pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade, com organização descentralizada, hierarquizada e com a participação da população (BRASIL, 2007).

A Lei nº. 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde no ano de 1990. Essa nova estrutura seria constituída pelo "conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público" (BRASIL, 2007, p.35), sendo a participação da iniciativa privada de caráter complementar.

Em 1990 é criado o SUS, formado pelas gestões federal, estadual e municipal, com a proposta de ser fiscalizado pelo controle social o qual é exercido pelos "Conselhos Comunitários de Saúde". Em 1989 é protocolado no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que foi sancionado como a Lei Federal nº 10.216 no ano de 2001; que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios (BRASIL, 2001). A referida Lei redireciona a assistência em saúde mental, do modelo hospitalocêntrico ao modelo comunitário; este baseado em serviços substitutivos e na diminuição da internação (BARROSO, 2011; BRASIL, 2004).

Com o sancionamento da dita lei e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de saúde mental do governo federal se alinha com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005). São criadas pelo Ministério da Saúde linhas específicas de financiamento para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como mecanismos para fiscalizar, gerir e acompanhar a redução programada de leitos psiquiátricos no Brasil (BRASIL, 2004).

3.2 A rede de atenção à saúde mental

O novo paradigma de saúde mental que surge após a Reforma Psiquiátrica proporciona a construção de novos mecanismos de apoio social para auxiliar a pessoa com doença psiquiátrica, na forma de expressar sua subjetividade e exercer sua cidadania. Surgem assim os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, ocorrendo a ampliação da equipe de saúde e a revisão dos papéis de cada profissional neste processo. O CAPS surge como dispositivo substitutivo que mais se destaca, apresentando valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005).

Em 1994 foram implantados os primeiros Programas de Saúde da Família – hoje chamados de Estratégia Saúde da Família – na atenção básica de saúde dos municípios, a fim de desafogar os serviços secundários e terciários do SUS e amenizar os problemas de saúde pública, ao trabalhar com os conceitos e ações de prevenção e promoção de saúde (BARBAN; OLIVEIRA, 2007).

A rede de atenção à saúde mental brasileira, parte integrante do SUS, é organizada a partir de ações e serviços públicos de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente em três esferas de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2013).

Atualmente a rede de atenção à saúde mental disponível no SUS abrange vários setores e complexidades. A Portaria nº 3.088 (BRASIL, 2011) institui a Rede de Atenção Psicossocial formada por: 1) Atenção Básica em Saúde; 2) Atenção Psicossocial Especializada; 3) Atenção de Urgência e Emergência, 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório; 5) Atenção Hospitalar; 6) Estratégias de Desinstitucionalização e 7) Reabilitação Psicossocial.

É notória a existência de diversos segmentos de atenção à saúde mental instituídos pelo Ministério da Saúde, contudo, há de considerar que estes não estão disponíveis em todas as cidades brasileiras devido à complexidade de alguns serviços e ao porte de alguns municípios.

3.3 A rede de atenção básica à saúde mental

A rede de atenção básica à saúde mental, conta com as UBS, Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para realização de ações de promoção e prevenção em saúde mental. Conforme a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, UBS é uma:

“Unidade Básica de Saúde: serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (...)” (BRASIL, 2011, p.4).

A ESF, de acordo com a descrição disponível na página do Ministério Saúde é

"composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal” (BRASIL, 2015, p.1).

Os NASFs são definidos como equipes multidisciplinares que devem atuar de maneira integrada às equipes de ESF, equipes de Atenção Básica para populações específicas e Academias de Saúde. O NASF deve compartilhar práticas e saberes em saúde nos territórios que estão sob responsabilidade dessas equipes atuando no apoio matricial às equipes que estiver vinculado (BRASIL, 2013).

Assim, as UBS e as equipes de ESF ocupam um lugar estratégico nas ações em saúde, pois são dispositivos de prevenção e vigilância em saúde mental. São também os equipamentos mais próximos da população, a porta de entrada para o atendimento ao paciente com sofrimento psíquico e também os responsáveis por articular a rede de atenção à saúde mental.

Essa conjuntura fez com que o Ministério da Saúde criasse os NASF e posteriormente o conceito de clínica ampliada, a partir da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), tornando o Apoio Matricial outro dispositivo de intervenção na atenção básica. Este último como sendo um serviço que reorganiza o atendimento em saúde mental modificando a forma de abordar e de trabalhar o sofrimento psíquico, ao mesmo tempo em que diminui a demanda por serviços secundários no setor saúde.

O Apoio Matricial é oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde para qualificar as ações desta e ampliar o seu campo de atuação na atenção básica de saúde. Ele colabora para maior responsabilização dos profissionais de saúde e combate a lógica dos encaminhamentos dos pacientes com transtornos psiquiátricos, no momento em que capacita os membros de sua equipe para a realização do atendimento dos pacientes e da resolutividade dos casos mais leves (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

Nota-se que na maioria dos municípios brasileiros, a assistência à saúde mental é ofertada apenas pelos profissionais que compõem a equipe da ESF, ficando a desejar as ações de saúde neste âmbito. Os motivos da ineficiência dos serviços parecem estar relacionados ao despreparo dos profissionais das equipes de ESF e/ou UBS, ao preconceito que circunda o termo loucura, à ausência de profissionais da área de saúde mental nos estabelecimentos da rede e a própria ausência de uma rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2013).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo refere-se a um estudo de revisão de literatura, a partir de uma revisão integrativa. Enquanto método propõe sintetizar os resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado assunto, além de permitir a inclusão de estudos teóricos e empíricos, experimentais e não experimentais. Conforme Mendes; Silveira; Galvão (2008), a revisão integrativa possibilita a síntese da situação do conhecimento sobre um determinado assunto, além de assinalar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de outros estudos.

Segundo Roman e Friadiander (1998), na revisão integrativa de literatura são elaborados instrumentos denominados "protocolos" para a coleta dos dados a serem registrados e analisados posteriormente. Nesta revisão integrativa utilizou-se o modelo que consta no Apêndice deste documento.

A revisão integrativa se dá em seis etapas: 1) Escolha do tema de pesquisa; 2) Busca ou amostragem na literatura; 3) Coleta e categorização de dados; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Discussão do resultado; e 6) Apresentação da revisão integrativa.

ETAPAS DA REVISÃO INTEGRATIVA

Primeira etapa: formulação do problema

A formulação do problema se deu a partir da seguinte questão norteadora: "Quais são os serviços ofertados na atenção básica de saúde aos pacientes com sofrimento psíquico e transtornos mentais?"

Segunda etapa: coleta de dados

Pensando-se na pergunta norteadora deste estudo, os dados foram coletados a partir das bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS). A escolha dessas bases se deve ao fato das mesmas serem bases de dados fidedignas e conterem publicações nacionais e internacionais. Para a coleta de dados, utilizou-

se um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE 1). Nenhum artigo foi encontrado na base de dados IBECS.

Os artigos foram selecionados após leitura do título e do resumo, e posteriormente avaliados na íntegra.

Os critérios de inclusão foram os artigos que abordaram e descreveram os serviços de saúde mental ofertados na atenção básica de saúde, publicados entre os anos de 2005 a 2015, resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas, estudos de caso, e que permitiram o acesso ao texto completo online. Os critérios de exclusão foram os artigos que não atenderam ao objetivo do estudo e aqueles que eram uma revisão de literatura.

Os descritores utilizados foram: "Assistência à Saúde Mental"; "Atenção Primária" e "Atenção Básica", com os filtros país/região como assunto "Brasil", em idioma português.

Terceira etapa: avaliação dos dados

A busca nas bases de dados resultou na obtenção de 33 artigos. Após a leitura dos resumos, foram selecionados os artigos perfazendo uma amostra de 11 artigos. Posteriormente a leitura dos artigos foi feita na íntegra.

Quadro 1. População e amostra da revisão integrativa (RI)

Base Dados	População	Estratégia de busca	Amostra
SciELO	18	"saúde mental" and "atenção primária" or "atenção básica"	7
LiLACS	5		3
Medline	10		1
IBECS	0		0
Total	33		11

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 11 artigos que compuseram a amostra desta revisão integrativa, foram encontrados 7 artigos na base de dados SciELO, 3 na base LiLACS e 1 na base Medline, dentro dos padrões de inclusão. Foram excluídos posteriormente 2 artigos que foram encontrados simultaneamente em duas bases de dados. O maior número de artigos encontrados foi na base de dados SciELO, o que denota discussão do tema no contexto nacional e internacional.

O Quadro 2 demonstra as características dos autores dos artigos. Em todos eles houve mais de um autor, em 36,36% houve dois autores, em 54,54% houve mais de 4 autores. Com relação à profissão dos autores, 53,19% não informaram a profissão, dos que informaram, 17,02% são professores de curso de graduação ou pós-graduação na área de Saúde.

O Quadro 3 apresenta as características dos artigos analisados. Todos os estudos são artigos publicados em periódicos. Em relação ao ano de publicação, dos artigos que compõem a amostra, um foi publicado em 2005; quatro em 2009; um em 2011; três em 2012; um em 2013 e um em 2014.

Quanto ao tipo de estudo, todos foram estudos de abordagem qualitativa. Sete relataram se tratar de uma pesquisa qualitativa, dois como uma pesquisa avaliativa, um como uma pesquisa participante, um como relato de uma experiência, um fez uso da técnica de grupo focal.

Com relação ao local de publicação, todos foram publicados em revistas eletrônicas sendo: cinco estudos publicados na Revista Ciência & Saúde Coletiva, um na Revista Paideia, um na Revista Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá, um na Revista Mental, um na Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (online), um na Physis Revista de Saúde Coletiva e um na Revista de Saúde Pública. Duas das revistas são da área de saúde coletiva, três são da área de psicologia, uma da área de enfermagem e uma da área de saúde pública.

Quadro 2. Características dos autores dos artigos incluídos na amostra da RI

CÓD. DO ARTIGO	TÍTULO	AUTOR	PROFISSÃO	AREA DE ATUAÇÃO	PAÍS
01	Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas	ANDRADE, J. F. S. de M. SIMON, C. P.	Graduanda em psicologia Professora	Não informado Professora de Psicologia e pesquisa na área de saúde prisional	Brasil
02	Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira	CAMPOS, R. O. GAMA, C. A. FERRER, A. L. SANTOS, D. V. D. STEFANELLO, S. TRAPÉ, T. L. PORTO, K.	Professora Pós-graduandos em Saúde Coletiva	Ciências médicas Não informado Não informado Não informado Não informado Não informado	Brasil
03	Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber	DELFINI, P. S. S. SATO, M. T. ANTONELI, P. de P. GUIMARÃES, P. O. da S.	Professora Não informado Não informado Não informado	Saúde Mental Núcleo de ações territoriais Núcleo de ações territoriais Núcleo de ações territoriais	Brasil
04	Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade.	PINTO A. G. A. JORGE, M. S. B. VASCONCELOS, M. G. F. SAMPAIO, J. J. C. LIMA, G. P. BASTOS, V. C. SAMPAIO, H. A. de C.	Professor Não informado Não informado Não informado Não informado Não informado	Não informado Departamento de Saúde Pública Núcleo de pesquisa Saúde Mental Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde Centro de Ciências da Saúde Centro de Ciências da Saúde	Brasil
05	A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise.	NEVES, R. PAULON, S. NARDI, H. DIMENSTEIN, M. BRAVO, O. BRITO V. DE SOUSA, A. K. FIGUEIRÓ, R.	Professora Não informado Não informado Não informado Não informado Não informado Não informado	Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia Não informado Não informado Não informado Não informado	Brasil

06	Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local.	SILVEIRA, D. P. VIEIRA, A. L. S.	Professora Não informado	Agência Nacional de Saúde Suplementar Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.	Brasil
07	Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde da Família.	DIMENSTEIN, M. SANTOS, Y. F. BRITO, M. SEVERO, A. K. MORAIS, C.	Professora Mestranda em Psicologia Graduanda em Psicologia Graduanda em Psicologia Graduanda em Psicologia	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN e Dra. em Saúde Mental Não informado Não informado Não informado Não informado	Brasil
08	Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural.	VECCHIA, M. MARTINS, S. T. F.	Professora Não informado	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, Faculdade de Medicina	Brasil
09	Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da Equipe de Saúde da Família.	ANDRADE, J. M. O. RODRIGUES, C. A. Q. CARVALHO, A. P. V. MENDES, D. G. LEITE, M. T.	Enfermeiro Coordenador Graduando em Medicina Odontólogo Tutor de PET Saúde	Departamento de Enfermagem Saúde-PET Residência Multiprofissional em Saúde da Família Saúde-PET Odontologia da Vila Telma FHS Center de Ciências Biológicas e da Saúde	Brasil
10	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários	FRATESCHI, M. S. CARDOSO, C. L.	Não informado Não informado	Departamento de Psicologia Departamento de Psicologia	Brasil
11	Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde.	ONOCKO-CAMPOS, R.T. CAMPOS, G.W. de S. FERRER, A.L. CORRÊA, C.R.S.	Professora Não informado Pós-graduando Não informado	Departamento de Saúde Coletiva Departamento de Saúde Coletiva Não informado Departamento de Saúde Coletiva	Brasil

		MADUREIRA, P.R. GAMA, C.A.P. DANTAS, D.V. NASCIMENTO, R.	Não informado Pós-graduando Não informado Não informado	Departamento de Saúde Coletiva Não informado Departamento de Saúde Coletiva Departamento de Saúde Coletiva	
--	--	---	--	---	--

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Quadro 3. Características das publicações que fizeram parte da amostra da RI

CÓD. DO ESTUDO	PERIÓDICO	TIPO DE PUBLICAÇÃO	ANO DE PUB.	TIPO DE ESTUDO	DELINEAMENTO	FONTE
01	Paidéia	Artigo	2009	Qualitativo	Pesquisa qualitativa, sob a perspectiva da psicologia crítica da saúde. Entrevista semiestruturada.	SciELO
02	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2011	Qualitativo	Pesquisa avaliativa, participativa e qualitativa.	SciELO
03	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2009	Qualitativo	Relato de uma experiência de prestação de serviço.	SciELO
04	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2012	Qualitativo	Técnica de grupo focal, com entrevista semiestruturada e a observação sistemática em dois municípios brasileiros.	SciELO
05	Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá	Artigo	2012	Qualitativo	Pesquisa qualitativa com entrevista semi-estruturada, grupos focais e observação de campo.	SciELO
06	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2009	Qualitativo	Pesquisa qualitativa, com observação participante, registro das observações de campo, entrevistas semi-estruturadas, coleta de informações nos prontuários.	SciELO
07	Mental	Artigo	2005	Qualitativo	Pesquisa qualitativa com análise documental e entrevista semi-estruturada.	SciELO
08	Ciência & Saúde Coletiva	Artigo	2009	Qualitativo	Pesquisa participante, entrevista semiestruturada.	LILACS
09	Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online	Artigo	2013	Qualitativo	Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Entrevista semi-estruturada em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família.	LILACS
10	Physis Revista de Saúde Coletiva	Artigo	2014	Qualitativo	Pesquisa qualitativa. Uso de grupo focal com Análise de Conteúdo Temática.	LILACS
11	Revista de Saúde Pública	Artigo	2012	Qualitativo	Pesquisa avaliativa em seis unidades básicas de saúde de dois distritos. Entrevista semi-estruturada e grupo focal.	MEDLINE

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

O Quadro 04, a seguir, apresenta a síntese dos artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Quadro 4. Apresentação da síntese dos artigos incluídos na RI

CÓD. DO ESTUDO	OBJETIVOS	AMOSTRA	RESULTADOS	CONCLUSÕES
01	Caracterizar as práticas psicológicas desenvolvidas neste contexto em Ribeirão Preto-SP e identificar se as propostas de atuação nesta área foram incorporadas.	Cinco psicólogos atuantes na atenção primária de saúde.	Os resultados mostraram que as profissionais não tiveram formação específica em saúde pública, seja na graduação ou na pós-graduação. As práticas psicológicas se restringiram aos atendimentos em nível secundário dirigidos às crianças e aos adolescentes com problemas emocionais e comportamentais	A política de saúde atual nas instituições de saúde do Brasil está mais preocupada com a produção do que com a qualidade dos atendimentos, de tal forma que tem levado o psicólogo, frequentemente, a um desencantamento com seu trabalho.
02	Avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira (Campinas – SP).	Seis Unidades Básicas de Saúde com grupos formados por 12 trabalhadores destas e 12 usuários dos serviços e seus familiares.	O apoio matricial se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada. Detectou-se um papel estratégico do agente comunitário de saúde para identificar ofertas em potencial e propiciar escuta de forma mais próxima à população. As práticas de promoção à saúde ainda não estão consolidadas.	Necessidade de maior compromisso das gestões locais com a expansão das ações de saúde mental na atenção primária; qualificação e fortalecimento do apoio matricial para melhorar a integração da rede; ações de disseminação da rede de cuidado em saúde mental para a população e os trabalhadores da saúde através de capacitações; apoio a uma política de uso racional da medicação, com educação permanente de profissionais; estimular nos programas de formação, residências e especializações a ideia da negociação do tratamento.
03	Relatar uma experiência de parceria entre um Centro de Atenção Psicossocial e três equipes do Programa Saúde da Família na região central de São Paulo.	Um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região da Bela Vista, na cidade de São Paulo.	As estratégias utilizadas são reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos, acolhimento e elaboração de projetos terapêuticos, e visitas domiciliares conjuntas. Há grande demanda por serviços de saúde e falta de diretrizes institucionais para a efetivação da parceria.	A equipe de apoio matricial é pequena diante da grande demanda existente na região, os serviços encontram-se dispersos e isolados, dificultando a criação de uma rede articulada. O trabalho conjunto enriquece a prática, desmistifica preconceitos, aproxima e modifica territórios. É possível e necessário que a atenção básica encarregue-se da saúde mental. Compreender o território onde as pessoas vivem requer mudanças de olhares, ações, investimentos. O agente comunitário tem papel fundamental nas equipes e no trabalho territorial conjunto com a saúde mental, pois tem poder de entrada e vínculo.

04	Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e resolubilidade assistencial.	115 pessoas entre os quais profissionais da ESF e CAPS, usuários e familiares de usuários dos serviços.	A dispensação de medicamentos psicotrópicos e o consequente controle requerido para tal atividade constituem o principal registro da atuação na área psiquiátrica da ESF. Acrescentam-se os registros de referência e contrarreferência para unidades especializadas e hospitalares. Sendo assim, a demanda atendida na ESF revela pouco da situação real vivenciada pela população no tocante ao sofrimento psíquico.	A integração das ações de saúde mental na Atenção Primária em Saúde estabelece inovação das abordagens psicossociais pela assistência compartilhada entre equipe, familiares e usuários. As atividades do matriciamento em saúde mental disponibilizam ampliação de acesso e diversificação da atenção à saúde direcionada para a integralidade.
05	Analisar as formas de funcionamento e de tratamento as demandas em saúde mental nas equipes do Programa Saúde da Família em duas unidades da rede básica das cidades de Natal e Porto Alegre, Brasil.	10 pessoas na unidade de Porto Alegre e 40 na unidade de Natal.	As formas de funcionamento das equipes ainda estão muito vinculadas ao modelo de caráter hospitalocêntrico e fortemente baseado na figura do médico e na administração da medicação como forma de resolver as demandas. É necessário ainda investir numa política de saúde mental na atenção básica baseada na criação de vínculos efetivos entre usuário e cuidador – de modo que este deixe de ser um número ou um prontuário e passe a ser um sujeito com uma história singular.	Mudanças nos modos de produzir o cuidado com, uma transformação nas posturas dos técnicos que atuam no campo da saúde, na medida em que estes precisam aprender a aliar seus conhecimentos técnicos específicos, habilidades de escuta e entendimento das demandas que lhes são trazidas. É necessário prescindir das respostas prontas dispostas nos manuais e protocolos para partir em busca de soluções inovadoras e criativas que sejam adequadas às suas demandas de trabalho. Já aos usuários, cabe igualmente uma mudança de lugar, estes devem se portar como sujeitos que usam ativamente um sistema e que não permaneçam a mercê deste, esperando pacientemente.
06	Mapear e analisar as modalidades de atenção e de cuidado em saúde disponibilizados pela atenção básica às pessoas em sofrimento psíquico.	4 Profissionais médicos, 6 profissionais de saúde não-médicos, 2 técnicos de saúde e 2 agentes comunitários de saúde.	Desarticulação das ações de saúde mental produzidas na ESF com unidade de saúde e rede. Falta de preparo dos profissionais de saúde da rede básica para receber e cuidar de pessoas com transtornos psíquicos graves. O padrão de atendimento gira em torno das consultas individuais, cuidados psicológico-psiquiátricos, seguindo o modelo biomédico tradicional de escuta do sujeito. Aparente risco de psiquiatrização do sofrimento psíquico e psicologização dos problemas sociais.	Necessidade da implementação de uma política pública especial que contemple os usuários em sofrimento psíquico no contexto das políticas da atenção básica em saúde. Enquanto política de saúde pública local, a inserção da saúde mental no PSF exige a ruptura destes antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna, ainda hegemônica nas ações de cuidado que são conduzidas.
07	Traçar o perfil da demanda em saúde mental em áreas de abrangência de duas equipes do Programa Saúde da Família. Mapear os casos de transtorno mental na família, as estratégias de cuidado e serviços procurados, o recebimento de benefício, o histórico medicamentoso e de internação psiquiátrica e a forma pela qual se deu a(s) internação(ões).	59 usuários dos serviços de saúde analisados.	Existência de demanda reprimida em saúde mental, por meio do elevado percentual de usuários sem acompanhamento profissional nos serviços de atenção primária; o uso constante e elevado de benzodiazepínicos com uso crônico e sem acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde; pouca procura dos serviços substitutivos como os do CAPS. A principal terapêutica é o uso da medicação. Modelo biomédico medicalizante e focado na biologização do processo saúde-doença.	A importância de um trabalho de análise e de integração dos cuidados em saúde mental ao nível primário de assistência à saúde, com especial destaque às unidades de saúde da família. Produzir relações, encontros, coletividades, territórios existenciais pautados por novas sensibilidades. Avançar mais na expansão da atenção na rede básica e fortalecer o lugar do CAPS, por exemplo, como dispositivo transitório.

08	Analisar sentidos pessoais e significações sociais das atividades de atenção em saúde mental desenvolvidas por profissionais integrantes de uma equipe de saúde da família.	12 trabalhadores membros da Equipe de Saúde da Família	Observou-se que a equipe considera relevante a determinação das condições de vida no processo saúde-doença da população atendida, a necessidade de lançar mão de estratégias diversificadas no cuidado para além da consulta, a importância de se cuidar da saúde mental da própria equipe, bem como dificuldades na abordagem da família.	Indica-se a importância, para o trabalho cotidiano das equipes, das possibilidades de superação da exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença apontadas nos princípios operacionais da Estratégia de Saúde da Família, expressas na utilização do acolhimento como recurso de cuidado, a constituição de vínculos e responsabilização e a continuidade da atenção.
09	Compreender a percepção dos profissionais da Equipe de Saúde da Família acerca da atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na Atenção Primária à Saúde.	8 profissionais de saúde de nível médio e superior, 1 médica, 1 enfermeira, 1 odontóloga e 5 agentes comunitários de saúde que atuavam na equipe na ESF.	A equipe de saúde desenvolve ações isoladas e pouco inovadoras, retratando uma fragmentação na assistência multiprofissional ao portador de sofrimento mental. Observa-se que o profissional de saúde estigmatiza o portador de sofrimento mental. Na prática, as equipes de Saúde da Família, mesmo com composição multiprofissional, não conseguiram implementar as ações tal como ensejada para a ESF. Manutenção do modelo tradicional interno ao serviço comunitário com predomínio do modelo hegemônico do trabalho médico, onde a medicalização prevalece em relação ao trabalho em grupo.	Há necessidade de expandir a atenção à saúde aos portadores de sofrimento mental em base comunitária, por meio do trabalho multiprofissional e do acolhimento. Estratégias e orientações para uma atenção à saúde na atenção primária, de caráter desmedicalizante e ou minimizador da medicalização, tornam-se valiosas e são relativamente escassas.
10	Investigar a avaliação que os usuários fazem do cuidado em saúde mental ofertado pelo serviço de APS ao qual recorrem.	6 usuários da USF e 7 usuários da UBS.	Os usuários apontam a necessidade de uma escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral. Falta responsabilização dos profissionais e há desarticulação das ações e serviços prestados. A atuação é pautada da dimensão biológica dos indivíduos, com foco na medicalização e remissão dos sintomas.	Existe uma lacuna entre ações em saúde mental e Atenção Primária à Saúde, e que a avaliação feita pelos usuários constitui peça fundamental para o preenchimento desta brecha, uma vez que os usuários fornecem informações essenciais para a consolidação de novas formas de agir em saúde.
11	Comparar o desempenho de Unidades Básicas de Saúde segundo a implantação de novos arranjos e estratégias de atenção primária e saúde mental.	10 pessoas em média nos grupos de trabalhadores 6 usuários dos serviços.	Importância da escuta do profissional de saúde mental no tratamento e alta rotatividade do mesmo. Lógica de transferência de responsabilidade do caso, e não de corresponsabilização. Apoio matricial havendo assistência conjunta entre profissionais dos CAPS e UBS. Tratamento na UBS centrado na prescrição de fármacos. Dificuldade da população em aderir aos grupos propostos e espaços comunitários.	São necessários o desenvolvimento e a implantação de mecanismos de fixação de profissionais na Atenção Básica nas grandes cidades. Os ACS são imprescindíveis para viabilizar o trabalho territorial proposto pela ESF, utilizando mecanismos de integração dos ACS às equipes de saúde para contrabalançar a tendência ao isolamento. Os arranjos pesquisados mostraram-se potentes para produzir essa integração.

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

O estudo de Andrade e Simon (2009) caracteriza a prática de assistência à saúde mental de acordo com a atuação do profissional psicólogo na atenção básica de saúde. As autoras apresentam as limitações existentes na atenção básica, tal como o predomínio de atendimento individual a crianças e adolescentes como se estivesse realizando o atendimento na atenção secundária, deixando de lado as propostas de prevenção que são preconizadas pelo SUS para a atuação neste setor da rede.

O estudo de Campos *et al.* (2011) avalia a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira. O mesmo foi feito em UBS da rede e constatou que o matriciamento é uma prática que favorece a assistência conjunta e compartilhada. O estudo também revela que as práticas de promoção de saúde não foram consolidadas, havendo necessidade de maior investimento com expansão das ações de saúde mental na atenção básica, apoio a uma política de uso racional de medicação e educação permanente dos profissionais que prestam esse serviço.

O estudo de Delfini *et al.* (2009) relata uma experiência de parceria entre o CAPS e as equipes de ESF da cidade de São Paulo. Revela que há grande demanda por serviços de saúde e faltam diretrizes institucionais para a efetivação desta parceria em rede. O serviço de apoio matricial é prestado, mas encontra disperso e isolado devido a grande demanda. Indica que é possível e necessário que a atenção básica preste os serviços de saúde mental em seu território.

No estudo de Pinto *et al.* (2012) foi analisada a articulação entre as equipes de ESF e dos CAPS por meio do processo de matriciamento. O estudo revela que a dispensação de medicamentos psicotrópicos constitui a principal atividade realizada na ESF, assim como os registros de referência e contrarreferência para unidades especializadas e hospitalares, revelando pouco do sofrimento psíquico vivenciado pelos usuários. O matriciamento em saúde mental amplia o acesso e a diversificação da atenção à saúde.

No estudo de Neves *et al.* (2012) faz-se uma análise das formas de funcionamento e tratamento das demandas em saúde mental nas equipes de saúde da família nas cidades de Natal e Porto Alegre. O estudo revelou práticas de caráter hospitalocêntrico, baseadas na figura do médico e na administração de medicação como forma de resolver as demandas. Há necessidade de compor uma equipe desprovida de preconceitos em relação à loucura e a mudança de postura dos usuários para sujeitos ativos no seu processo de cura.

No estudo 6 (SILVEIRA; VIEIRA; 2009) as modalidades de atenção e cuidado em saúde das pessoas com sofrimento psíquico na atenção básica foram mapeadas e analisadas. O estudo revelou desarticulação das ações na equipe de ESF com a rede de atenção psicossocial,

despreparo dos profissionais da rede básica de saúde, predomínio de ações individuais com consultas individuais, cuidados oferecidos de acordo com o modelo biomédico de assistência, aparente psiquiatrização do sofrimento psíquico e psicologização dos problemas sociais. Há necessidade de ruptura de antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna.

O estudo de Dimenstein *et al.* (2005) buscou traçar o perfil da demanda em saúde mental em áreas de abrangência de duas equipes de ESF, bem como as estratégias de cuidado e serviços procurados pelos usuários. O estudo revelou um elevado percentual de usuários sem acompanhamento profissional na atenção básica de saúde; pouca procura pelos serviços substitutivos como os CAPS; o uso constante e elevado de benzodiazepínicos como principal terapêutica; o predomínio do modelo biomédico medicalizante e focado na biologização do processo saúde-doença.

O estudo de Vecchia e Martins (2009) buscou analisar os sentidos pessoais e as significações sociais das atividades de atenção em saúde mental desenvolvidas por profissionais integrantes de uma equipe ESF. Observou-se que a equipe considera relevante a determinação das condições de vida no processo saúde-doença da população atendida, a necessidade de lançar mão de estratégias diversificadas no cuidado para além da consulta e, conseqüentemente, a superação da exclusividade do núcleo biomédico na determinação do processo saúde-doença.

O estudo 9 de Andrade *et al.* (2013) buscou compreender a percepção dos profissionais da ESF acerca da atenção multiprofissional à pessoa com sofrimento mental na atenção básica de saúde. O estudo revela que a equipe de saúde desenvolve ações isoladas e pouco inovadoras, retratando uma fragmentação na assistência multiprofissional à pessoa com sofrimento mental. Observou-se que o profissional de saúde estigmatiza o usuário deste serviço, não conseguem implementar as ações tal como ensejada para a equipe da ESF, mantém o modelo tradicional de atendimento, o modelo hegemônico do trabalho médico, onde a medicalização é a principal terapêutica.

O estudo 10 (FRANTESCHI; CARDOSO; 2014) investigou a avaliação que os usuários fazem do cuidado em saúde mental ofertado pelo serviço de atenção primária à saúde ao qual recorrem. O estudo revelou que falta a responsabilização dos profissionais e há desarticulação das ações e dos serviços prestados, sendo que a atenção à saúde é pautada na dimensão biológica dos indivíduos, com foco na medicalização e remissão dos sintomas. Os usuários apontam a necessidade de uma escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa da literatura revelou o cenário da assistência à saúde mental na atenção básica de saúde no território nacional. Percebe-se que ainda prevalece o modelo biomédico de assistência à saúde em detrimento do modelo biopsicossocial, e o tratamento focado na medicalização do paciente como forma de tratar os sintomas, e não as causas deles.

Após tantos anos, desde a Reforma Psiquiátrica no país, ainda existe o preconceito contra a loucura e contra o paciente com sofrimento mental, o que colabora para a falta de cidadania e de autonomia do usuário do serviço, bem como para a deficiência na prestação do mesmo devido ao medo do profissional em lidar com o que ele julga anormal ou doentio.

O acolhimento eficiente nos serviços de saúde colabora para o estabelecimento do vínculo do paciente com os profissionais e serviços de saúde. O despreparo dos profissionais de saúde na área de saúde mental ainda é uma realidade brasileira e prejudica a prestação dos serviços e o estabelecimento do vínculo com os usuários.

O apoio matricial, a articulação entre a atenção básica, secundária e terciária de saúde, a efetivação de uma rede de serviços interligada, e o aumento da oferta de serviços de atenção à saúde mental, são os caminhos apresentados como aqueles que favorecem o tratamento das pessoas com sofrimento psíquico.

Sendo assim, é necessário quebrar alguns paradigmas existentes na área saúde mental, como o medo da loucura, o tratamento baseado em uso de psicotrópicos, o foco na figura do profissional médico e a falta de comprometimento do usuário sobre o seu adoecer.

Pode-se afirmar de forma geral, que é preciso haver maiores investimentos dos gestores nos equipamentos de saúde mental, a fim de aumentar a oferta de serviços neste setor; formar equipes multiprofissionais de atendimento, manter programas de capacitação e de educação permanente para os profissionais, aumentar o número de profissionais da área de saúde mental, consolidar a rede de assistência à saúde mental de forma eficiente e interligada aos setores não só da saúde, mas de todo o município ou região, visto que o homem, para além de um corpo, é um ser biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. F. S. M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 167-175, ago. 2009.

ANDRADE, J. M. O. *et al.* Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v.5, n.2, abr./jun., 2013.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa de saúde da família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arquivos de Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v.14, n.1, p.52-63, jan./mar., 2007.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jun. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **Equipe de Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 31 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da política de Humanização-2ª ed. – Brasília. Ministério da Saúde. 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Brasília.

_____. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

CAMPOS, R. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.16, n.12, p.4643-52, 2011.

DELFINI, P. S. S. *et al.* Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciências & Saúde Coletiva**, 2009; v. 14, (supl. 1), p.1483-92.

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

FIGUEIREDO, M.D; CAMPOS, R. O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.129-138, 2009.

FRANTESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde mental na atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.

GOULART, M. S. B. **O ambulatório de Saúde Mental em questão**: desafios do novo e reprodução de velhas fórmulas. 1992. 193 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1992.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. de C. P; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-64, out./dez. 2008.

NEVES, R. et al . A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá , v. 30, n. 2, dez. 2012.

ONOKO-CAMPOS. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012.

PINTO, A. E. A. *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p. 653-60, 2012.

ROMAN, A. R; FRIADIANDER, M. R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3. n.2, p. 109-112, jul./dez.1998.

SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.14, n. 1, p.139-148, 2009.

SOUZA, K. O. J.; PEGORARO, R. F. Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. **Aletheia**, Canoas, n. 29, jun. 2009.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 183-193, fev.2009.

APÊNDICE: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação

Nome do periódico:	
Título do artigo:	
Nome do(s) autor(es):	
País:	
Ano de Publicação:	
Base de dados:	
<input type="checkbox"/> SciELO	<input type="checkbox"/> LiLACS
<input type="checkbox"/> Medline	<input type="checkbox"/> IBECS

Pesquisa

Objetivos:	
Delineamento do estudo:	
<input type="checkbox"/> Estudo de caso	<input type="checkbox"/> Pesquisa avaliativa
<input type="checkbox"/> Estudo descritivo	<input type="checkbox"/> Pesquisa participante
<input type="checkbox"/> Pesquisa qualitativa	<input type="checkbox"/> Relato de experiência
<input type="checkbox"/> Pesquisa quantitativa	<input type="checkbox"/> Grupo focal
Critérios de inclusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Critérios de exclusão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Análise dos resultados:	
Quais são as recomendações dos autores:	

FONTE: Elaborado pela autora.