



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

TÁSSIA PEREIRA DA SILVA ANDRADE

**Ações de Saúde Mental na Atenção Básica sob a ótica da integralidade do cuidado**

BRASÍLIA  
2013

TÁSSIA PEREIRA DA SILVA ANDRADE

**Ações de Saúde Mental na Atenção Básica sob a ótica da integralidade do cuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade Federal de Brasília – UnB – como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Giovana Furlan

BRASÍLIA

2013

Andrade, Tássia Pereira da Silva.

Ações de Saúde Mental na Atenção Básica sob a ótica da integralidade do cuidado/  
Tássia Pereira da Silva Andrade. – Brasília: Universidade de Brasília, 2013.  
51f. : il.

Monografia (Bacharelado) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Paula Giovana Furlan

1. Saúde Mental, 2. Atenção Básica, 3. Assistência Integral à Saúde.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por  
qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e  
pesquisa, desde que citada a fonte.

Assinatura:

Data:

TÁSSIA PEREIRA DA SILVA ANDRADE

**Ações de Saúde Mental na Atenção Básica sob a ótica da integralidade do cuidado**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade Federal de Brasília – UnB – como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Giovana Furlan  
Universidade de Brasília

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Barcelos Pontes  
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Pedro de Andrade Calil Jabur  
Universidade de Brasília

Brasília, 04 de março de 2013.

Dedico à minha avó, eterna mãe que sempre esteve ao meu lado dando apoio e segurança, à minha linda filha, que me mostrou o outro sentido da vida, ao meu esposo pelo cuidado e paciência e aos meus familiares por todo apoio.

**Amo vocês!**

## AGRADECIMENTOS

O caminho foi árduo, mas não existe vitória sem antes ter que lutar.

Agradeço a Deus, que me sustentou até aqui me dando forças para prosseguir.

Aos meus pais, irmãos, tios e tias, pelo apoio que foi fundamental no desenrolar deste trabalho e em especial às minhas tias, Helena, Raquel e Sandra pelos conselhos, incentivo e por acreditarem no meu potencial.

Minha eterna gratidão à minha avó Isabel, pelo amor e dedicação dos seus dias para que eu pudesse evoluir.

Ao meu esposo Saulo, pelo cuidado exemplar comigo e nossa filha e pela paciência estando ao meu lado nos momentos difíceis.

À minha amada filha Sofia, que despertou em mim o mais lindo sentimento, sendo meu maior incentivo para prosseguir.

À professora Paula Giovana Furlan, minha orientadora, por sua dedicação, paciência, apoio e incentivo, essenciais para a conclusão deste trabalho.

À todos os professores do curso, que foram importantes na minha trajetória acadêmica. Em especial à professora e coordenadora do curso Tatiana Pontes, pela força e compreensão no momento que precisei.

Aos pacientes encontrados durante a graduação, pela confiança depositada e a lição que tirei de cada caso, me proporcionando aprendizagem e crescimento como pessoa.

As minhas amigas e colegas da Faculdade UnB/FCE. E aos meus amigos especiais que acompanham a minha trajetória desde sempre. Agradeço pelo carinho, momentos de luta, apoio e pelos sorrisos que muitos me proporcionaram.

**Vocês fazem parte desta conquista. Muito Obrigada!**

*O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.*

*Leonardo Boff*

## RESUMO

ANDRADE, T. P. da S. **Ações de Saúde Mental na Atenção Básica sob a ótica da integralidade do cuidado.** 2013. 49f. Monografia (Graduação) – Universidade de Brasília, Graduação em Terapia Ocupacional, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2013.

O trabalho desempenhado no contexto da saúde mental e atenção básica é primordial no processo de consolidação do cuidado integral em saúde. O presente estudo enfatiza as ações de saúde mental na perspectiva da integralidade do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico da rede de saúde no nível da atenção primária. Tendo como objetivo geral analisar a produção científica sobre as ações de saúde mental na atenção básica, pela ótica da integralidade do cuidado e os objetivos específicos, conhecer as ações no âmbito da saúde mental que buscam garantir a integralidade do cuidado a partir da prática profissional e analisar possíveis demandas de saúde mental. O estudo parte de uma revisão sistemática da literatura, no qual foi utilizado como abordagem o método qualitativo. Foi realizada a busca de artigos na base eletrônica: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – (LILACS), com as palavras-chaves: Saúde Mental, Atenção Básica e Assistência Integral à Saúde. Os critérios de restrição foram artigos científicos publicados nos últimos cinco anos e na língua portuguesa. No total foram analisados nove artigos que se enquadravam nos critérios, segundo as categorias temáticas analisadas: *rede, demandas, profissionais, usuários e integralidade*. O método de análise dos dados se constituiu na análise de conteúdo. O presente estudo permitiu concluir que as ações de saúde mental na atenção básica é um tema presente nas publicações, sendo investigada sua articulação em rede por alguns autores por meio das diferentes categorias analisadas. Essas possuem falhas que dificultam realização do cuidado integral em alguns locais. Mas, já se faz presente entre os profissionais o reconhecimento e a preocupação com o trabalho que fortalece mudanças para consolidação das práticas na efetivação da integralidade do cuidado.

**Palavras-chaves:** Saúde mental. Atenção Básica. Assistência Integral à Saúde.



## ABSTRACT

ANDRADE, T. P. the S. **Shares of Mental Health in Primary Care from the perspective of comprehensive care.** 2013. 49f. Monograph (Graduation) - University of Brasilia, Undergraduate Occupational Therapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2013.

Mental health services in primary care are essential in the consolidation process of comprehensive health care. This study emphasizes these actions from the perspective of the holistic care of the user on the network of mental health distress in primary care. With the objective of analyzing a scientific literature on mental health services in primary care, with specific goals, knowing the actions in the context of mental health that seek to ensure comprehensive care from professional practice and analyze the possible demands on mental health. The study is a systematic review of the literature, using the approach as a qualitative method. We performed a search of articles in Virtual Health Library (VHL) - (LILACS), with the keywords: Mental health, Primary Care and Comprehensive health care. The criteria used were scientific articles published in the last five years and in Portuguese. In total, we analyzed nine articles that fit the criteria, according to thematic categories analyzed: network demands, professionals, users and comprehensive health care. The method of data analysis consisted of content analysis. This study found that mental health services in primary care is a theme present in publications, and investigated its network by some authors through different categories analyzed, these actions have shortcomings that hinder the realization of comprehensive care in some locations. But already it exists between the professional recognition and concern about these actions that strengthen the consolidation of changes to practices in the effectiveness of comprehensive care.

**Keywords:** Mental health; Primary Care; Comprehensive health care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGSM	Coordenação Geral da Saúde Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Problemas de Saúde Mental
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	18
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	19
3.1 OBJETIVO GERAL .....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	20
4.1 O MÉTODO QUALITATIVO .....	20
4.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	20
4.3 O MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	21
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	22
5.1 REDE .....	23
5.2 DEMANDAS .....	27
5.3 PROFISSIONAL .....	28
5.4 USUÁRIOS .....	38
5.5 INTEGRALIDADE .....	43
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49

## APRESENTAÇÃO

Como estudante do curso de Terapia Ocupacional, no 6º período, ao ir para a prática no campo da saúde mental e da atenção básica de saúde, deparei-me com questões a respeito de como se efetivariam e se articulariam essas ações. No decorrer da formação profissional, pude visualizar o quão valioso podem ser as ações da rede básica, pois é por ela que se inicia o primeiro contato com o paciente, e dependendo do caso e da intervenção realizada, o sujeito poderá ser atendido, esclarecido e ter solucionado o seu problema.

É também uma rede que possui ações de prevenção dos agravos e promoção da saúde, que são importantes para comunidade, uma vez que por meio delas são desenvolvidos e realizados pela equipe da unidade, propostas e trabalhos visando o bem estar e a qualidade de vida da população. É importante uma articulação dessa rede com os outros serviços de saúde mental. A atuação de uma equipe multiprofissional também é indispensável, pois todos podem contribuir de forma positiva no tratamento do paciente. Um desses profissionais é o terapeuta ocupacional, que possui uma atuação valiosa e significativa nesse contexto.

O terapeuta ocupacional desempenha um papel indispensável na equipe multidisciplinar da atenção básica de saúde, podendo atuar e contribuir para a saúde mental nesse espaço. Sobre essa atuação, FONSECA (2008) afirma que o terapeuta ocupacional pode promover o aumento das interações sociais e do fortalecimento de laços dos usuários, estimulando a constituição de grupos e a organização dos usuários.

A articulação entre os serviços de saúde mental e a atenção básica de saúde pode gerar uma melhoria do atendimento da população. Acreditando que possa haver uma não efetividade dessas ações no atendimento primário em saúde, pelas más condições da atenção à saúde mental demonstradas no cotidiano através de reportagens e denúncias em órgãos públicos e por relatos na literatura sobre esse contexto, surgiram questionamentos a respeito desse cenário. Supõe-se que existam dificuldades encontradas por profissionais e usuários da atenção básica, dessa forma, intencionamos compreender as ações de saúde mental neste contexto, suas tendências e caminhos, na garantia de uma atenção integral e resolutive ao sujeito e aos grupos populacionais.

## 1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira inicia paralelamente a eclosão do “movimento sanitário” que buscava mudanças dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde. Porém, a Reforma Psiquiátrica possui uma história própria, marcada por um contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. É um movimento político e social complexo que envolve diferentes atores, instituições e forças de diversas origens que incide em múltiplos territórios (BRASIL, 2005).

Fez surgir uma nova ordem em que, se discute a mudança de paradigma do modelo assistencial que vigorava até os anos 1970. Momento de formulação crítica e prática objetivando questionar e elaborar propostas de transformação do modelo asilar. FIGUEIREDO (2006, p.11) aponta que “nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica tem avançado constantemente na reformulação da atenção em saúde mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura”. É compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais que progride no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, sendo marcada por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Do fim da década de 1980 em diante, profissionais, usuários e familiares do campo da saúde mental articularam-se em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios” de onde emergiu um amplo debate nacional sobre a loucura, a psiquiatria e a violação de direitos humanos nos manicômios, e passaram a impulsionar processos de desinstitucionalização e criação de novas propostas assistenciais (AMARANTE, 2001 *apud* FIGUEIREDO 2006).

Nesse contexto de movimentação social e política, criaram-se as condições históricas para o surgimento de outras possibilidades de olhar e tratar a loucura e o sofrimento psíquico sucedendo em grandes transformações nas décadas de 1980 e 1990 no cenário das políticas públicas em saúde mental (FIGUEIREDO, 2006). Dentro desse propósito, o Ministério da Saúde anunciou as portarias 189/91 e 224/92 (BRASIL, 1991; 1992), a fim de permitir a transformação do modelo assistencial, as quais diversificaram os procedimentos remunerados pelo Sistema Único de Saúde, nos níveis ambulatoriais e hospitalares, regulamentando e estabelecendo padrões mínimos para que os serviços de saúde mental funcionassem no Brasil.

Novos procedimentos seriam remunerados com o objetivo de inserir as ações de saúde mental dentro de uma rede de serviços, com ênfase na hierarquização e integralidade das ações. FIGUEIREDO aponta que:

[...] essa política passou a ser desencadeada a partir das experiências pioneiras de dois serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, o Centro de Atenção Psicossocial (Caps) Prof. Luis da Rocha Cerqueira, criado em São Paulo em 1987 e os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), criados a partir de 1989 em Santos (2006, p.12-13).

O modelo CAPS passou a ser o principal investimento da Política Nacional de Saúde Mental, implementado em diversas regiões brasileiras. O que seria este modelo? ALVES *et al.* (2009) definiram que se trata de uma estrutura básica da nova rede de atenção a saúde mental, sendo responsável pela organização da demanda e da rede de cuidados em seu território, tendo como papel regular a porta de entrada e controlar o sistema local de atenção à saúde mental.

Um conceito relevante é a integralidade que tem um importante papel neste movimento. É um dos princípios do SUS, que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), é um dos mais preciosos, pois firma que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupo de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Sendo assim, deve tratar a cada qual de acordo com suas necessidades, inclusive no que confere aos níveis de complexidade diferenciados. Colocá-lo em prática torna-se um desafio permanente e dinâmico.

MATTOS (2006) amplia este conceito e afirma que:

[...] a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária ( p.02).

Está expresso o sentido da integralidade, a qual surgiu com outros princípios por meio de uma luta incessante que tem um forte objetivo: defender um ideal justo e solidário a todos, um conjunto de valores para as práticas sociais. Isso é fundamental nesse movimento, pois é algo que parece não estar efetivo na prática do próprio sistema, mas sim em andamento.

Em relação à integralidade do cuidado na saúde mental, este processo de substituição do modelo manicomial vem ocorrendo de forma contínua e consistente, mesmo com fragilidade e ainda insuficiente para a demanda da população brasileira. Houve um crescimento intenso da rede substitutiva de cuidado em saúde mental pelo Brasil nos últimos anos, que segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) os serviços tipo CAPS em funcionamento até o final do ano de 2011 chegou a 1742 unidades em todo o país. O CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em saúde mental, esta deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, estando inclusos: a atenção básica, as residências terapêuticas, os

ambulatorios, os centros de convivência, os clubes de lazer, o hospital, entre outros (BRASIL, 2003).

Contudo,

Essa nova rede de atenção à doença mental, ainda que inserida no rol das políticas públicas de saúde e alinhada aos princípios do SUS, veio se constituindo de forma bastante afastada da rede básica de saúde, resultando num certo descolamento entre as práticas de saúde mental e as práticas de saúde na sua definição mais ampla (FIGUEIREDO, 2006, p.13).

No decorrer do processo de substituição do modelo manicomial, impulsionado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, as ações em saúde mental na atenção básica foram construídas de forma distante, mesmo desde 1992 com a portaria 224/92 que inseri a equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básica/ centros de saúde:

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais (Brasil, 1992, p.01).

Essas práticas foram passando despercebidas e sendo direcionadas para outros níveis de atenção na lógica hegemônica de cuidado ambulatorial especializado. Nos dias atuais, fora reconhecida a importância da articulação da rede básica de saúde com os outros serviços de saúde mental (FIGUEIREDO, 2006; ONOCKO CAMPOS e GAMA, 2007). Discussões promovidas por próprios profissionais, estudantes e familiares, lutando por uma rede substitutiva mais humanizada que esteja cada dia mais próxima da realidade do sujeito, fizeram surgir propostas a fim de consolidar este processo e torná-lo eficaz. As dificuldades para consolidação dessas ações nesse campo estão além de questões históricas, mas também administrativas e burocráticas.

FIGUEIREDO (2006) ressalta que ao se considerar a saúde mental como uma especialidade na área da saúde, tem-se operado de modo bastante burocrático nos Centros de Saúde, o que desconfigura a intenção da integralidade do cuidado.

Com práticas centralizadas nas tradicionais guias de referência e contra-referência, encaminha-se os pacientes para outras especialidades ou para o nível de maior complexidade, repercutindo quase sempre em des-responsabilização pela produção de saúde. Isso nos casos em que os Centros de Saúde possuem equipes de saúde mental. O que dizer então das situações de diversos municípios brasileiros em que os profissionais de saúde mental encontram-se isolados nos ambulatorios de especialidades, recebendo os encaminhamentos da Atenção Primária? (p.17-18).

Muitas vezes a lógica tradicional dos sistemas de saúde, baseada em encaminhamentos, referências e contrarreferências, não têm garantido a resolutividade de

atendimento para o próprio sistema e para o paciente. Por exemplo: o usuário chega à unidade e o profissional logo o encaminha para outro nível de atenção ou especialidade, não oferecendo suporte inicial e gerando desentendimentos no seu trajeto dentro do sistema.

A equipe da unidade básica de saúde pode se deparar por diversas vezes com pessoas em sofrimento psíquico e por falta de capacitação e recursos, deixar passar despercebido, sem ao menos realizar alguma intervenção, enquanto isso o usuário esta só dentro de casa, sem tratamento, acarretando prejuízos na amenização dos sintomas (ONOCKO CAMPOS e GAMA, 2007).

[...] uma série de fatores irá dificultar o acolhimento e tratamento do usuário, dentre eles estão: a falta de diretrizes por parte do Ministério da Saúde, a falta de preparo técnico do profissional, as precárias condições de trabalho, a falta de investimento por parte dos gestores, fazendo com que a demanda de Saúde Mental não encontre uma escuta qualificada e muitas vezes sejam tratadas apenas com medicação (ONOCKO CAMPOS e GAMA, 2007, p. 223).

O acolhimento é o primeiro passo e também muito importante para a continuidade do acompanhamento do usuário. Os fatores que desencadeiam dificuldades no acolhimento também interferem em todo o processo de intervenção, pois como garantir um tratamento que supra as necessidades do sujeito? Por isso a importância de sempre fortalecer a conscientização de profissionais, familiares e a sociedade em geral, sobre todos os aspectos que podem interferir nesse contexto.

As questões proeminentes que não se situam somente no campo da saúde mental exigem de todos os envolvidos (técnicos, políticos, familiares, usuários de serviço, sociedade como um todo) uma postura crítica e transformadora que deve envolver as diferentes dimensões: ética, política, teórica e prática do problema (BALLARIN e CARVALHO, 2007, p.163).

Além da não efetividade por parte do sistema, há também outros fatores que podem tornar esse processo de construção ainda mais lento e difícil, pois mesmo a situação da assistência em saúde mental não ser exemplo em alguns lugares do Brasil, ainda persistem posturas lamentáveis relacionadas a esse campo, como não destinar recursos necessários para melhorias nos equipamentos de saúde.

As equipes de atenção básica se deparam com as ações em saúde mental regularmente, segundo dados do Ministério da Saúde (2003, p.3)

[...] 56% das equipes de saúde da família referiram realizar alguma ação de saúde mental. A proximidade com as famílias e comunidades faz das equipes da atenção básica um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.



Sabendo da tamanha demanda de saúde mental que essas equipes recebem diariamente e o quanto um atendimento de qualidade e eficiência podem fazer a diferença no acompanhamento, podendo melhorar toda rede de atenção ao usuário. É fundamental a capacitação destas equipes, para aprimorar o conhecimento e a abrangência da área entre os diversos profissionais, a fim de se trabalhar conceitos como também preconceitos em torno do tema, em busca de tornar as ações em saúde mental mais resolutivas.

No Distrito Federal (DF), território onde está localizada a capital federal do Brasil, Brasília, a assistência em saúde mental deixa a desejar. Dados do Ministério da Saúde (2002 a 2011) mostram que o indicador de cobertura CAPS/100.000 habitantes para cada unidade da federação de dezembro de 2002 a 2011, apresentou no DF, valores insuficientes para uma boa cobertura. No ano de 2002, o valor do indicador foi 0,07 representando uma cobertura insuficiente/crítica. Esse valor subiu para 0,22 no ano de 2008, apresentando ainda uma cobertura baixa, e no ano de 2011 teve uma queda para 0,21 tendo a mais baixa colocação de cobertura CAPS/100.000 habitantes quando comparado às outras regiões brasileiras (BRASIL, 2011).

O indicador que mais se destacou foi o da Paraíba sendo 1,23, o qual representa uma cobertura muito boa (Brasil, 2011). O Correio Brasiliense (2011), em uma de suas matérias afirmou que “a população de mais de 2,6 milhões de habitantes dispõe de apenas seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo território, quando, na verdade, seriam necessárias 48 dessas unidades”.

Neste cenário da saúde mental em seu amplo contexto e no DF compreende-se a necessidade de melhorias relacionadas à atenção a saúde mental em todos os âmbitos, inclusive na atenção básica de saúde.

Pesquisas recentes mostram que para os usuários portadores de Transtorno Mental Severo e Persistente, já existe no Brasil, uma política de saúde mental eficaz em andamento. Através dos equipamentos substitutivos, programas de transferência de renda como "volta para casa" e moradias protegidas, vai se construindo uma rede de proteção, tratamento e reinserção social (ONOCKO CAMPOS et al, 2005 *apud* ONOCKO CAMPOS e GAMA, 2007, p.212).

No entanto, mesmo estando em andamento uma política de saúde mental eficaz para os usuários com transtorno mental severo e persistente, ONOCKO CAMPOS et al., (2005 *apud* ONOCKO CAMPOS e GAMA, 2007) destaca que para os transtornos menos graves há ausência de uma política mais efetiva e um desafio em se construir uma rede de assistência competente que tenha como objetivo implantar políticas públicas abrangentes na Saúde Mental, a dificuldade em destaque tem sido integrar o CAPS e a Atenção Básica.

Considerando a relevância da Atenção Básica no contínuo processo de transformação do modelo assistencial a saúde mental, é de suma importância além de sua articulação efetiva com os CAPS, que também se disponha de dispositivos necessários para a resolutividade das ações em saúde mental. Esses dispositivos compreendem desde os recursos imprescindíveis para trabalhar, até as melhores condições de trabalho e investimentos dos gestores nas ações de saúde mental.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Um passo importante para compreender essas dificuldades, foi analisar a produção científica sobre as ações de saúde mental na atenção básica, a partir da integralidade do cuidado com o usuário. Espera-se com isso, ter possibilidade de avaliar o percurso em rede, a prática profissional, a percepção do usuário e as possíveis demandas. Compreender e divulgar as dificuldades encontradas nesse campo, quais resoluções são tomadas para que o campo em saúde mental seja mais efetivo na atenção básica, sendo um passo para formação e sensibilização dos profissionais, usuários e a sociedade, sobre o importante papel da rede com a saúde mental, o fortalecimento de recursos para a melhoria e resolutividade dos serviços.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a produção científica sobre as ações de saúde mental na atenção básica, pela ótica da integralidade do cuidado.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conhecer as ações no âmbito da saúde mental que buscam garantir a integralidade do cuidado a partir da prática profissional;
- Analisar possíveis demandas de saúde mental na atenção primária.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 O MÉTODO QUALITATIVO

O estudo teve como abordagem o método qualitativo, que permite descobrir processos sociais que ainda não são muito conhecidos, referentes a grupos particulares, promovendo a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante o processo investigativo. (MINAYO, 2008).

MINAYO (2008, p.57), define o método qualitativo como:

[...] método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções, e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

### 4.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura, que permite integrar a informação já existente sobre uma temática específica, por meio do agrupamento e análise dos resultados vindos de estudos primários que foram realizados em locais e momentos diferentes, permitindo assim a geração de uma evidencia científica (EGGER; SMITH, 1998; SIWEK et al., 2002 *apud* MUNÓZ et al., 1999).

MUNÓZ et al.,(1999 *apud* DIAS et al., 2011, p. 932) enfatiza que:

[...] é adequado para buscar consenso sobre alguma temática específica e sintetizar o conhecimento de uma dada área por meio da formulação de uma pergunta, identificação, seleção e avaliação crítica de estudos científicos contidos em bases de dados eletrônicas. A partir desse processo, ela permite, além de aprofundar o conhecimento sobre a temática investigada, apontar lacunas que precisam ser preenchidas por meio da realização de novas investigações.

Tendo como norte o questionamento principal sobre como o profissional da saúde mental na atenção básica atua para garantir a integralidade do cuidado, foi realizada a revisão sistemática de artigos durante o mês de dezembro de 2012, na base eletrônica: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), por meio das palavras-chaves: Saúde Mental, Atenção Básica e Assistência Integral à Saúde. Os critérios de seleção para a finalidade deste estudo foram: artigos científicos publicados nos últimos 05 (cinco) anos, ou seja, entre 2008 a 2012 e na língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: estar fora do período de análise e do contexto do tema.

### 4.3 O MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

O método de trabalho dos dados constituiu-se na análise temática de conteúdo. Os artigos selecionados foram analisados segundo as categorias: *rede, demandas, profissionais, usuários e integralidade*, permitindo a inferência de conhecimentos relativos ao conteúdo expresso nas publicações (BARDIN, 2007). Segundo MINAYO (2008, p.303), a análise de conteúdo trata-se de uma técnica de tratamento de dados que permite "tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos".

A análise de conteúdo conduz a uma certeza, pois o esforço teórico visa ultrapassar o nível de senso comum e do subjetivismo na interpretação, alcançando uma vigilância crítica perante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação (MINAYO, 2008).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi encontrado o total de 15 artigos, dos quais, 04 estavam fora do período de publicação estabelecido e 02 não se enquadravam na temática analisada. Assim, apenas 09 publicações atendiam a todos os critérios de seleção, as quais estão detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1: Artigos selecionados na revisão sistemática de literatura

Artigos	Objetivos
<p><b>1-</b> ABREU, P. de K.; KOHLRAUSCH, E. R.; LIMA, D. da S. M. A. Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde. <b>Online braz. j. nurs.</b> (Online); 7(3) 2008.</p>	<p><i>Analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento prestado a usuários com comportamento suicida nas unidades básicas de saúde, destacando as ações desenvolvidas com esses usuários.</i></p>
<p><b>2-</b> CAIXETA, C. C; MORENO, V. O Enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. <b>Rev.eletrônica enferm.</b>; 10(1): 2008.</p>	<p><i>Apreender como os enfermeiros das unidades básicas de saúde reconhecem as ações de saúde mental no atendimento à população usuária.</i></p>
<p><b>3-</b> ARONA, C. E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. <b>Saúde Soc</b>; 18 (supl.1): 26-36, 2009.</p>	<p><i>Implantar na Atenção Básica um projeto que de intervenção na gestão local sob olhar do gestor municipal, buscando garantir às equipes das UBS maior apoio quanto à responsabilização do processo de assistência, garantindo a integralidade da atenção em todo sistema de saúde, procurando implementar mudanças de programas e ações que descentralizassem o acesso à especialidade, bem como disponibilizar recursos e equipamentos para viabilizar a proposta.</i></p>
<p><b>4-</b> CAÇAPAVA, R. J., et al. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. <b>Rev. Esc. Enferm. USP</b>; 43(spe2): 1256-1260, 2009.</p>	<p><i>Cartografar o cuidado ao usuário com necessidades no campo da saúde mental em uma UBS, analisando o trabalho em equipe à luz da integralidade das ações de saúde.</i></p>
<p><b>5-</b> MACHINESKI, G. G., et al. Percepção dos usuários em relação as práticas de saúde: uma análise literária. <b>Online braz. j. nurs.</b> (Online); 8(2): 2009.</p>	<p><i>Discutir os resultados de pesquisas sobre as práticas de saúde e a percepção dos usuários acerca dos Serviços Públicos de atenção básica e psicossocial.</i></p>
<p><b>6-</b> SILVEIRA, P. da D.; VIEIRA, S. A. L. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. <b>Ciênc. Saúde coletiva</b>; 14(1): 139-148, 2009.</p>	<p><i>Mapear e analisar as modalidades de atenção e de cuidado em saúde disponibilizados pela atenção básica às pessoas com sofrimento psíquico.</i></p>
<p><b>7-</b> TANAKA, Y. O.; RIBEIRO, L. E. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. <b>Ciênc. saúde coletiva</b>; 14(2): 477-486, 2009.</p>	<p><i>Contribuir para o aprimoramento e compreensão do processo de atenção no campo da saúde mental na infância, buscando investigar a abordagem dos problemas de saúde mental (PSM) durante o atendimento na atenção básica.</i></p>
<p><b>8-</b> PINTO, A. G. A., et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. <b>Ciênc. Saúde coletiva</b>; 17(3): 653-660, 2012.</p>	<p><i>Analisar a articulação das ações de saúde mental entre as equipes da Estratégia da Família e do Centro de Atenção Psicossocial pelo processo de matriciamento com ênfase na integralidade do cuidado e na resolubilidade assistencial.</i></p>
<p><b>9-</b> RODRIGUES, S. da E.; MOREIRA, B. M. I. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ ES. <b>Saúde Soc</b>; 21(3):599-611, 2012.</p>	<p><i>Analisar o processo de interlocução da saúde mental com a atenção básica, em curso no município de Vitória/ES.</i></p>

## 5.1 REDE

A Rede de Atenção à Saúde – RAS é caracterizada pela formação de relações horizontais entre pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Compondo a rede de atenção à saúde, a atenção básica deve ser a porta de entrada principal do SUS, cabendo a ela a efetivação da integralidade por meio de integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde; prevenção de agravos; vigilância à saúde; tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal modalidade de atuação da atenção básica, tendo como princípios: atuação no território através do diagnóstico situacional, lugar onde as situações, pessoas ou as relações mais complexas que envolvem seu (des)equilíbrio estão presentes; enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania, compondo um dispositivo estratégico para inversão do modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico (PINTO et al., 2012; TANAKA e RIBEIRO, 2009).

Com a reforma psiquiátrica, os conceitos e práticas na atenção aos transtornos mentais vêm se modificando no país, tendo um direcionamento para o cuidado dos pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, deixando em segundo plano a assistência aos transtornos mentais menos graves e mais prevalentes. Com isso, a Coordenação Geral da Saúde Mental (CGSM), desenvolveu a partir de 2001, uma linha de documentos que promovesse uma articulação entre a saúde mental e atenção básica. Sendo as principais diretrizes para esta articulação: Apoio matricial de saúde mental às equipes de PSF: aumento da capacidade resolutiva das equipes; Priorização da saúde mental na formação das equipes da atenção básica; Ações de acompanhamento e avaliação das ações de saúde mental na atenção básica. Sendo então o matriciamento responsável pela integração das equipes de saúde da



família e atenção psicossocial para acompanhamento das pessoas com problemas psíquicos leves (PINTO et al., 2012; TANAKA e RIBEIRO, 2009).

A atenção básica tem potencial para desenvolver os dois principais tipos de ações de saúde mental, sendo o primeiro a detecção das queixas relativas ao sofrimento psíquico e a promoção de uma escuta qualificada e o segundo abrange as várias formas de lidar com os problemas detectados oferecendo tratamento na própria atenção básica ou efetivando encaminhamentos para serviços especializados. Porém, apesar dos esforços da CGSM, a inclusão efetiva de assistência à saúde mental na atenção básica ainda é pouco frequente (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

Ao considerar a inclusão efetiva das ações de saúde mental na atenção básica, alguns aspectos relevantes sobre a articulação em rede se fazem presentes nos estudos analisados. Investigações citadas apontam para falta de articulação da atenção básica com as ações de saúde mental, necessária como forma de garantir o atendimento de qualidade e os avanços no processo da reforma psiquiátrica. As necessidades e demandas da população requisitam uma articulação efetiva do cuidado em saúde mental no território sendo aspectos essenciais e necessários para o atendimento aos usuários (ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA, 2008; CAIXETA e MORENO, 2008; TANAKA e RIBEIRO, 2009).

O encaminhamento para serviços especializados é visto como problemático, difícil, de pouco retorno e não confiável. Os profissionais encontram dificuldades no trabalho cotidiano para realizarem encaminhamentos seguros. Havendo a necessidade de investir no aperfeiçoamento da organização do trabalho, tanto na unidade como na articulação entre as várias instâncias do sistema de saúde objetivando uma atenção em rede. Os encaminhamentos devem ser oportunos e com corresponsabilização. Ações como a implantação efetiva de oferta concreta de serviços de apoio em saúde mental e sua articulação em rede, devem ser priorizadas (SILVEIRA e VIEIRA, 2009; TANAKA e RIBEIRO, 2009). “Fica claro na fala dos médicos que a falta de rede de suporte é componente importante, pois quando o profissional identifica questões de saúde mental muitas vezes não sabe o que fazer e para onde encaminhar” (TANAKA e RIBEIRO, 2009, p.484).

[...] Acreditamos que, ao assumir a incorporação efetiva de ações de atenção à saúde mental como estratégia estruturante para ampliar o leque de problemas passíveis de resolução neste nível de atenção, estaremos contribuindo para um real avanço no redesenho do processo de trabalho na atenção básica (TANAKA e RIBEIRO, 2009, p.484-485).

Os problemas em relação ao sistema de referência são vistos como uma fragilidade no sistema da rede de saúde, constituindo um dos nós críticos para a configuração dos dispositivos de atenção diária enquanto estratégias de cuidado substitutivas, ao dispositivo hospitalar. Analisando o papel dos CAPS nesse processo, eles podem ser caracterizados como uma experiência em saúde coletiva ainda em construção (SILVEIRA e VIEIRA, 2009).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) apresenta-se como serviço de saúde ordenador das ações de saúde mental nas redes assistenciais. Questões referentes à constituição de vínculos entre o CAPS e as equipes de atenção básica, são apontadas contextualizando o desafio do apoio matricial na aproximação com a atenção básica, apontando que os profissionais do CAPS tem tentado constituir vínculo entre as equipes de atenção básica e que esse processo vem ocorrendo de forma distinta e contextualizada em cada região. A precariedade da estrutura do sistema de saúde para atender desordens mentais, ainda se faz presente, no qual faltam CAPS e poucas são as vagas destinadas a internações psiquiátricas nos hospitais gerais, apesar da demanda em saúde mental ser muito grande (ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA, 2008; PINTO et al., 2012; RODRIGUES e MOREIRA, 2012).

Nesse contexto, o apoio matricial em saúde mental é abordado de forma semelhante em alguns estudos e de forma controversa em outros, demonstrando estar ainda em processo de construção e efetivação. No referente artigo, há um consenso sobre as conquistas nos locais de atuação, como os vínculos constituídos que permitem a confiança entre as equipes e corresponsabilidade nos casos compartilhados (RODRIGUES e MOREIRA, 2012).

[...] Além das vivências que afirmam a aposta da territorialização das práticas para potencializar a saúde mental, dados do Datasus sobre as internações psiquiátricas dos moradores de Vitória indicam bons resultados após a aproximação com a atenção básica, favorecida pela implementação do apoio matricial (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.607).

No mesmo contexto, há unidades de saúde desenvolvendo oficinas terapêuticas e discussão de casos. Em outras, o apoio matricial é realizado mensalmente, tendo também as que realizam de forma esporádica. Em outro artigo, de PINTO et al., (2012) é afirmado que a multiplicidade proporcionada pela inclusão multidisciplinar das equipes do CAPS e ESF remete à ações complexas e diversificadas, portanto a ampliação dos serviços pelo aumento da cobertura assistencial e a disponibilidade de atividades terapêuticas apenas possibilitou o atendimento inicial do estreito ápice das demandas em saúde mental (RODRIGUES e MOREIRA, 2012; PINTO et al., 2012).

[...] O matriciamento tem como objetivo fortalecer o cuidado em saúde mental no território, mas para alcançar a sua meta é preciso resoluções equânimes e resolutivas que exigem também políticas sociais de inclusão e convivência social saudável na direção das necessidades de saúde do usuário, estas últimas mais complexas e abrangentes (PINTO et al., 2012, p.659).

É acentuada também a medicalização presente na atenção básica. No contexto de Vitória/ES, no artigo de RODRIGUES e MOREIRA (2012), o fluxo de medicação psiquiátrica funciona através da atenção básica. Com isso, há um maior número de usuários circulando pelas unidades, e mesmo que não se desenvolva ações para o acolhimento desse usuário, ele precisa ser acompanhado na sua medicação. Desta forma, a atenção básica mesmo sendo um ponto estratégico para ampliação do olhar sobre o sujeito, o contexto é de prevalência da utilização de medicamentos e acompanhamento do mesmo sem o desenvolvimento de outras intervenções necessárias. Nessa perspectiva, há dados em outros artigos semelhantes, em que a rede de atenção à saúde do SUS, o processo é quase sempre voltado para cura e reabilitação. As redes assistenciais são inseridas na concepção emergente de cuidar na dor e na enfermidade, reduzindo por vezes o espectro da prevenção e da promoção em saúde, mantendo a condição de "psiquiatrizado" do usuário (PINTO et al., 2012; RODRIGUES e MOREIRA, 2012).

Desta forma, da perspectiva da construção de estratégias de ação para o SUS, a interação entre ESF e saúde mental, ainda demanda clareza e compreensão sobre o poder da ação medicalizante presente na atenção básica. A inserção do PSF exige a ruptura de antigos padrões assistenciais e a superação da racionalidade médica moderna, ainda predominante nas ações de cuidado que são conduzidas (SILVEIRA e VIEIRA, 2009).

O planejamento das ações em saúde na atenção básica integrado às políticas locais de saúde mental poderia auxiliar na definição de competências de cada dispositivo da rede de atenção e conduzir a uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades (SILVEIRA e VIEIRA, 2009, p.147).

Atualmente convive-se com diferentes cenários de assistência hospitalar e discernir o que pode ser sugerido pra cada, partindo da unidade básica até a instituição, tem sido um dilema para a organização dos serviços e para os profissionais de saúde. Gerando dúvidas sobre as atividades competentes de cada serviço e a atenção básica em saúde mental, no contexto da proposta. E com a reestruturação da atenção básica, por meio da ESF, há dificuldade de implantação de projetos e ações de saúde mental que visem atender os usuários do serviço, almejando a integralidade do cuidado (CAIXETA e MORENO, 2008).

## 5.2 DEMANDAS

O processo da reforma psiquiátrica direcionou a demanda para o tratamento de transtornos severos e persistentes e os menos graves e mais prevalentes ficaram sem muita evidência. Na população infantil, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais, sendo que essas taxas tendem a aumentar proporcionalmente com a idade. No estudo analisado sobre compreensão do processo de atenção no campo da saúde mental na infância, foi constatado que apenas 1,7% do total das crianças com hipótese diagnóstica de Problemas de Saúde Mental (PSM) recebia ou estava para receber assistência especial em saúde mental e dentre as 72 crianças com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra, 21 ficaram sem nenhum tipo de conduta registrada no prontuário (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

O PSF, deveria idealmente suprir 85% das necessidades de saúde da população cadastrada, sendo que as demandas psicossociais não são colocadas como prioridade. As questões de saúde mental destacam-se dentre os problemas de saúde que surgem com a aproximação da comunidade. O estudo de TANAKA e RIBEIRO (2009) afirma que esta “nova” demanda aponta para as deficiências dos serviços, tanto relativas à insuficiência na formação da equipe de saúde como, à carência de instrumentos e apoio organizacional para resolução ou encaminhamento dos problemas identificados e/ou demandados pelos usuários.

Quando comparado a outros artigos analisados, também há características semelhantes a respeito das questões de demanda no sistema. No artigo de PINTO et al., (2012) foi citado sobre as filas e listas de espera para atendimento individual e a maior parte das vezes, de avaliação inicial que obstinam a possibilidade dos serviços de saúde do SUS superarem a concepção hierarquizada. O que dificulta para as equipes concretizarem uma abordagem mais integralizada, uma vez que tenham que conduzir inúmeras demandas importantes para a saúde da comunidade. Outra questão é que a consulta médica ainda é uma prática requisitada na gestão das demandas como única resolução. Usuários e familiares assinalam o atendimento médico como um caminho para a melhoria de sua condição e saúde (PINTO et al., 2012).

A demanda do SUS reflete as condições de vida da população e seus mecanismos de resolução. Por diversos determinantes, a relação oferta-demanda é tensa e conflituosa, pois a baixa cobertura dos serviços e a delimitada atuação regem uma fragmentação contínua do cuidado em saúde (PINTO et al., 2012, p.656).

Estudo de SILVEIRA e VIEIRA (2009) aponta dados da Organização Mundial da Saúde, de que os países em desenvolvimento apresentarão um aumento muito expressivo da carga de doença atribuível a problemas mentais nas próximas décadas. E dos países em

desenvolvimento que apresentam orçamento específico para as políticas de saúde mental, cerca de 37% gastam menos de 1% do orçamento do setor saúde com programas voltados à reabilitação psicossocial.

Os problemas de saúde mental compõem uma demanda para a saúde pública por sua alta prevalência e relevante impacto social. A parcela atendida revela pouco da situação real vivenciada pela população em sofrimento psíquico. Muitas pessoas estão ausentes dos serviços, por distintos motivos que impedem sua entrada, caracterizando a chamada demanda reprimida pelo sistema. Portanto, a atenção integral mobiliza a equipe para uma ação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial para que facilitem o acesso e efetivem a resolução de queixas e necessidades (CAIXETA e MORENO, 2008; PINTO et al., 2012).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo a porta de entrada do serviço recebem demanda para resolubilidade de queixas físicas, psicológicas ou sociais. Dentre as manifestações de sofrimento, foram encontradas as que podem ser consideradas transtornos mentais de menor gravidade, relacionados ao “nervoso” segundo a expressão utilizada pelas classes populares. Os transtornos mentais considerados comuns são: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e de queixas somáticas, sendo os mais encontrados na comunidade e causando alto custo social e econômico, pois são incapacitantes, sendo causas de faltas no trabalho, elevando a demanda por serviços de saúde (CAIXETA e MORENO, 2008).

### 5.3 PROFISSIONAL

A prática profissional é uma categoria bastante presente nos artigos relacionados às ações de saúde mental na atenção básica. Há aspectos comuns entre os autores sobre a importância da atuação profissional no serviço, a forma como é abordada esta atuação e a idealizada para a efetivação da integralidade do cuidado neste contexto do serviço de saúde.

Em um dos artigos sobre o trabalho na atenção básica de CAÇAPAVA et al. (2009), é comentado o resultado de estudos focalizados na temática da saúde mental na atenção básica, os quais revelam que os trabalhadores das UBS reconhecem os fatores sociais como determinantes do processo de saúde-doença, porém o objeto de trabalho é a doença mental e que a partir desse objeto, o estabelecimento de diagnósticos e a prescrição de medicamentos são o meio ou instrumento de trabalho mais valorizado para a intervenção no campo da saúde

mental. Observa-se então que é preciso trabalhar a integralidade do cuidado em dimensões diferentes para ser alcançada da forma mais completa possível (CAÇAPAVA, et al., 2009).

A articulação das ações de saúde, nos serviços, requer que o profissional reconheça e coloque em evidência as conexões e os conexos existentes entre as intervenções realizadas, sejam estas referidas tanto ao seu próprio processo de trabalho quanto às ações executadas pelos demais integrantes da equipe (CAÇAPAVA, et al., 2009, p.1257).

Sobre a forma de atuação dos profissionais na execução cotidiana dos serviços de saúde, são encontrados vários pontos semelhantes nos artigos analisados, tanto positivos como negativos. CAÇAPAVA et al. (2009), relata que de acordo com os achados em seu estudo sobre o trabalho na atenção básica, a organização dos processos de trabalho em saúde mental se produz na UBS pelo trabalho de uma equipe que interage e se articula ao acolher o usuário, disparando múltiplas redes de conversa nos encontros promovidos entre o usuário, serviços e a comunidade.

O que se trata de encontros pautados pelo eixo da integralidade, mas que em contrapartida observou que os trabalhadores têm a percepção das relações que não possibilitam o encontro dos núcleos profissionais na articulação de saberes e fazeres para produzir os projetos de intervenções em saúde. É evidenciado que o estudo possibilitou à equipe experimentar e refletir sobre aspectos relacionados à sua prática.

No estudo de RODRIGUES e MOREIRA (2012), é relatado sobre o trabalho de articulação na região de Vitória/ES, que se iniciou com reuniões regionais com a coordenação de saúde mental e os profissionais inseridos nas unidades de saúde, como forma de compartilhar a atuação, os desafios e propiciar a discussão de textos. Prática que revelou pouca intimidade dos trabalhadores da atenção básica com esse campo.

Nas declarações manifestadas no artigo, apesar de estar presente na região o objetivo de transformar a atenção básica em um lugar de acolhimento para os usuários com transtornos mentais, tornando-a parceira da mudança na relação da comunidade com a loucura, o autor afirma que as carências do cuidado acumuladas há alguns anos ainda exigem muita atenção e que o diálogo na atenção básica sobre a saúde mental ainda é incipiente e revelado por uma desapropriação dos profissionais quanto ao que é pregado pela Reforma Psiquiátrica e ao que é praticado dentro da unidade.

Os profissionais consideram que o paciente com questão de saúde mental ou deve ser ouvido pelo psicólogo ou atendido pelo psiquiatra para a prescrição de medicação. Não há responsabilização pela demanda e o encaminhamento domina as ações. Neste contexto, a

forma legitimada de tratamento indicada por alguns participantes é a medicamentosa. De modo que, não há preocupação de ter um plano de cuidados a partir de uma visão integral e que responda de fato às necessidades que esse sujeito traz ao serviço (RODRIGUES e MOREIRA, 2012). Artigos com afirmações semelhantes a essa foram frequentes na análise, como mostra o estudo de SILVEIRA e VIEIRA (2009) que aponta para a ausência de um planejamento integrado das ações voltadas para a atenção em saúde mental, indicando um cuidado não integral das questões de saúde. A abordagem psicossocial encontra-se despotencializada, além da desarticulação interna do trabalho em saúde mental, os profissionais desconhecem os demais dispositivos de atenção existentes na área, havendo dificuldades no trabalho cotidiano para viabilizarem encaminhamentos responsáveis.

No estudo sobre os enfermeiros e as ações de saúde mental nas UBS de CAIXETA e MORENO (2008), há questões relacionadas como relatos dos profissionais (enfermeiros) que afirmam não existir uma ação programática relacionada à saúde mental, não havendo um atendimento específico em saúde mental e fazendo com que as atividades fiquem restringidas a encaminhamentos ao serviço especializado ou a um aconselhamento realizado diante de uma crise ou descompensação do paciente. Na prática cotidiana o acolhimento não está colocado como uma ferramenta do cuidado, e a ação de disponibilizar medicação é considerada uma atividade de saúde mental.

Em relação à isso, segue a crítica:

A atenção básica deve ser considerada como um espaço privilegiado para as ações de saúde mental, pela proximidade com a comunidade, pode atuar não somente segundo o que chega às unidades de saúde, mas em uma interação com o que envolve a comunidade, a família. Por isso, os direcionamentos da inserção da saúde mental na atenção básica devem ter em perspectiva a integralidade num olhar ampliado sobre o sujeito. Entretanto muitos profissionais que estão atuando neste nível de intervenção não se sentem capacitados para atender os casos da saúde mental e se restringem a se preocupar com a medicação que aquele usuário utiliza ou necessita (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.604).

O artigo de RODRIGUES e MOREIRA (2012), também afirma sobre a falta de acolhimento na relação profissional-paciente, onde as decisões são tomadas através de protocolos descontextualizados com a realidade do usuário e o resultado é um trabalho transcendente ao que realmente importa a este usuário, que se torna apenas um objeto nessa relação. As relações empobrecidas que surgem deste encontro entre o profissional de saúde e o usuário instituem sujeitos cada vez mais dependentes de serviços e ordens médicas, sendo fruto da fragmentação existente nas intervenções, que acaba não sendo exclusiva do campo da saúde mental e sim uma forma predominante de produzir saúde na nossa sociedade.

O acolhimento é visto como acesso ao psiquiatra e como consequência a medicação. Assim o problema e a doença do sujeito são colocados em evidência (RODRIGUES e MOREIRA, 2012). Em concordância o estudo de CAIXETA e MORENO (2008) afirma que os enfermeiros em sua atuação não reconhecem as intervenções aos usuários que passam por um momento de sofrimento, que possa ser evidenciado pela escuta. O que é valorizado no processo de trabalho são os procedimentos palpáveis que garantem visibilidade do trabalho, se tratando de uma atividade burocrática. Relacionam às ações de saúde mental nas suas práticas aquelas que remetem ao controle da medicação psicotrópica, sendo o processo de trabalho pautado em ações programáticas e para as queixas apresentadas, a finalidade é a remissão dos sintomas.

A atenção básica, que seria um lugar estratégico, muitas vezes reproduz a lógica de produção de saúde centrada principalmente no modelo tradicional biomédico. O resultado é uma fragmentação do cuidado que interfere negativamente no campo da saúde mental (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.608)

No trabalho de TANAKA e RIBEIRO (2009), que analisaram as ações de saúde mental na atenção básica prestadas à população infantil, apresentam que os pediatras possuem baixa sensibilidade para reconhecer problemas de saúde mental na infância. Essa reduzida capacidade de reconhecimento segundo os autores já é apontada na literatura, o que indica que há dificuldade destes profissionais nessa área específica.

As hipóteses diagnósticas mais frequentes realizadas pelos pediatras são as relacionadas à área dos transtornos específicos do desenvolvimento ou à área somática (enurese, bruxismo). Em muitos casos, o pediatra identifica que “algo não vai bem” e aponta como hipótese diagnóstica apenas um aspecto do quadro clínico, evidenciando a existência de problemas na abordagem de questões do campo da saúde mental durante o atendimento pediátrico. O que leva a uma desvalorização das queixas psicossociais, perdendo a potência da verbalização e deixando sem encaminhamentos ou condutas adequados.

No mesmo artigo, a partir da análise foram elencados eixos temáticos sobre a prática profissional do pediatra com os PSM, sendo: *concepção* dos PSM; *reconhecimento* e *ação* frente aos PSM. Sobre a *concepção*, foi reconhecido o referencial teórico abrangente característico da pediatria, que inclui expressões como: assistência integral, biopsicossocial e psicoprofilaxia. Identificou-se o enfoque descritivo que está próximo das atuais formas de classificação dos transtornos mentais e a ideia que implica o meio ambiente nas origens dos PSM das crianças. No eixo sobre o *reconhecimento*, foi identificado que não há clareza da magnitude dos PSM e que um importante núcleo de ideias se relaciona com a incapacidade do



profissional acolher as questões de saúde mental apesar das concepções ampliadas, onde se privilegia as tecnologias de intervenção como medicamentos e intervenções “armadas”, valorizando pouco os outros tipos de abordagens. Na *ação* frente aos PSM, os pediatras reconhecem não dominar a área, relatam dificuldade em se deparar por não saber como abordar ou não ter instrumentos claros de intervenção. Foi relatado também que muitas intervenções concretas de escuta qualificada não são valorizadas pelo pediatra, desvalorizando as questões de saúde mental da prática clínica (TANAKA e RIBEIRO, 2009).

Os pediatras possuem concepções ampliadas no atendimento sobre as questões de saúde mental, porém no momento de acolher e intervir, não dominam a área e acabam utilizando-se de abordagens não específicas e intervenções concretas como: “ouvir mais”, “dar mais atenção” e “marcar consultas mais frequentes”. Tais ações, não são valorizadas por não serem vistas como procedimentos científicos. Os próprios profissionais reconhecem a importância e elencam as possíveis dificuldades. TANAKA e RIBEIRO (2009) descrevem as possíveis causas das dificuldades relatadas pelos médicos, sendo: a linguagem hermenêutica do campo da saúde mental (em especial a psicanálise); as características de personalidade do próprio profissional e principalmente por falhas na formação profissional. A organização do processo de trabalho com o curto tempo das consultas e a falta de profissional especializado também foram apontados como obstáculos para a detecção desses problemas.

Outro ponto bastante citado nos artigos sobre a atuação profissional com as questões de saúde mental na atenção básica é a resistência a atendimentos de pessoas com problemas psíquicos. PINTO et al. (2012) em seu artigo que trata sobre o apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária, afirma que o cuidado operado na ESF se revela em medidas prescritivas, procedimentos de controle e intervenções programáticas do processo saúde-doença e que as práticas ainda incorporam uma resistência para o atendimento de pessoas com problemas psíquicos. Estando de acordo com CAIXETA e MORENO (2008), que pontua em seu estudo questões como o preconceito com o portador de sofrimento mental e o despreparo para o atendimento. Questões essas que os próprios profissionais muitas vezes reconhecem. Neste mesmo estudo, um enfermeiro aponta para a importância de transformar a maneira como os pacientes da saúde mental são tratados, havendo a necessidade da capacitação da equipe de saúde passar por uma questão fundamental que é rever os preconceitos que estão presentes no coletivo quando se fala em transtorno mental.

A prática profissional na ESF também é analisada em conjunto com a prática na UBS como SILVEIRA e VIEIRA (2009), que elencam em seus resultados 3 modos de agir em

saúde como principais modalidades de recepção e produção do cuidado em saúde mental, desenvolvidos por profissionais da Unidade de Saúde e da ESF, sendo: 1- *a realização de atendimentos psicológicos - psiquiátricos* que giram em torno de dois eixos principais, que são: a psicoterapia de orientação analítica, que trata de atendimentos psicoterápicos com orientação psicanalítica na modalidade de consultas individuais realizadas por profissionais da psicologia ou psiquiatria e a consulta psiquiátrica tradicional que é um espaço destinado a avaliação, prescrição e manutenção de usos de medicamentos psicoativos; 2 – *atividades coletivas de promoção/ prevenção à saúde* que se configuram em atividades semanais, extra consultório, realizadas no espaço de saúde da unidade por profissionais de enfermagem, serviço social e psicologia. Neste campo são realizados grupos temáticos e não temáticos que são os de vida saudável; 3 *a criação de um conjunto de estratégias territorializadas de atenção à abordagem da dependência química*, envolvendo ações de cuidado à uma clientela específica que são os usuários com história de abuso de substâncias psicoativas. São ações desenvolvidas por um psiquiatra, um clínico e quatro agentes comunitários. O trabalho tem como base, o atendimento ambulatorial intensivo e o programa de semi-internato, através do aconselhamento em grupo ou individual.

Os resultados da pesquisa de SILVEIRA e VIEIRA (2009, p.146), sugerem “a falta de preparo dos profissionais de saúde da rede básica para receber e cuidar das pessoas com transtornos psíquicos graves, principalmente quando os usuários são pessoas com histórico de múltiplas internações”. Porém, a fala dos profissionais traz constantemente no estudo questões como: a dificuldade de reorganização da rede básica para operar de acordo com as transformações políticos – institucionais e a entrada de especialistas no PSF. O que na percepção de determinados profissionais acarretaria alguns riscos como o de reprodução do modelo assistencial. Outras considerações relevantes a respeito do cotidiano na ESF se fazem presente nos artigos, como no estudo de PINTO et al. (2012), que relata sobre o uso inadequado de medicação na ESF. Em casos de sintomas psíquicos, o equilíbrio mental é buscado pelo uso contínuo de medicamentos que requisitam uma supervisão controlada. A dispensação e o controle de psicotrópicos acabam sendo o principal registro de atuação no campo da saúde mental.

Em situações de crise psíquica, as intervenções ainda sugeridas para o usuário remetem a uma composição institucional parcializada, ou seja, as abordagens iniciais são trocadas por resoluções imediatas de transferência e encaminhamento para unidades especializadas, principalmente para instituições hospitalares de emergência em psiquiatria. Na atenção primária em saúde, a iniciativa de acolhimento e o vínculo estabelecido na condução terapêutica já favorecem a

execução de um fluxo contínuo na assistência requisitada (PINTO, et al., 2012, p.658).

Referentes a essas ações desenvolvidas pelos profissionais, algumas linhas gerais de atuação se fazem presentes no estudo como a escuta do sujeito, que na unidade de saúde segue o modelo biomédico, sendo fortemente guiada pela nosologia psiquiátrica, tendo também uma tentativa de organizar uma tipologia de clientela em torno dos quadros diagnósticos mais frequentes. SILVEIRA e VIEIRA (2009, p.144) afirmam que,

[...] as estratégias de intervenção parece embasar-se na formulas da racionalidade medica, em sua tradição cartesiana: problema-solução e doença-cura. A demanda do cuidado em saúde mental baseado na escuta do sujeito é um recurso pouco utilizado pelos profissionais da atenção básica.

A escuta conferida pela equipe de saúde da família revela-se mais integrada dos problemas de saúde, em que o sofrimento psíquico grave aparece como mais um problema de saúde que precisa ser abordado e cuidado. Nota-se uma compreensão do adoecimento psíquico de um modo mais amplo, englobando o meio que o circunda, havendo uma forte presença da explicação dos fenômenos com base nos determinantes sociais. O que remete também para o risco de psiquiatrização do sofrimento psíquico e psicologização dos problemas sociais (SILVEIRA e VIEIRA, 2009).

As falas dos profissionais entrevistados revelam uma desarticulação das ações de saúde mental produzidas na ESF e na unidade de saúde, fato este que favorece a produção de ações isoladas nas quais o acolhimento e a escuta do sujeito são poucos explorados pela equipe. Isto expressa também a reprodução e não a inversão do modelo assistencial (SILVEIRA e VIEIRA, 2009, p.147).

Em alguns dos artigos analisados, os profissionais reconhecem a importância das ações de saúde mental na atenção básica e a necessidade de uma mudança da prática profissional para a resolubilidade dessas ações. No estudo de CAIXETA e MORENO (2008), os enfermeiros relatam que para haver melhora no atendimento em saúde mental, é importante a capacitação da equipe para atender os usuários, a constituição de grupos desde os baseados em sintomas até os que busquem trabalhar com possibilidades de vida e a retaguarda dos serviços especializados no encaminhamento dos casos mais difíceis.

Semelhante a essas afirmações, o estudo de RODRIGUES e MOREIRA (2012), relata ser um consenso por parte dos profissionais do CAPS, que a articulação com o território é importante para o campo da saúde mental e pensar o cuidado de forma isolada é inconcebível, sendo o trabalho realizado com diferentes olhares que resulta em andamento positivo para o

sujeito, havendo uma possibilidade de ter uma maior interação com a realidade dos seus usuários e poder a partir disso direcionar seus projetos de intervenção.

Sobre a aproximação da atenção básica e saúde mental, RODRIGUES e MOREIRA (2012) infere em seu estudo que:

Essa aproximação tem se mostrado enriquecedora e ampliado as formas de atuação, pois no trabalho conjunto é possível compreender o sofrimento do sujeito, sua realidade, o que te faz feliz. Essa articulação é considerada estratégica, potencializadora das práticas, um eixo para não fragmentar o cuidado. Hoje, esta interlocução se configura principalmente como apoio matricial para as unidades de saúde, mas de forma geral há abertura para a comunidade e um movimento contextualizado a realidade de cada usuário (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.606).

O apoio matricial e sua aproximação com a atenção básica lançam alguns desafios que os profissionais também relatam. No estudo de RODRIGUES e MOREIRA (2012), os CAPS da região de Vitória – ES têm tentado a constituição de vínculos entre as equipes de atenção básica, mas esse processo vem ocorrendo de forma diferente e contextualizada em cada região apoiada.

Há regiões que as reuniões do apoio matricial ocorrem com a participação de diversos profissionais, mas tem aquelas que só contam com a participação da psicologia, que demonstra cansaço, mas continua na tentativa em discutir casos e responsabilizar a equipe com os usuários. Tal processo de convencimento tem causado desgaste para alguns trabalhadores, que demonstram desânimo e frustração diante da realidade, assemelhando o trabalho em equipe como um eterno começo, onde não conseguem identificar os ganhos dessa nova configuração. Muitas reuniões esvaziadas, onde não há a presença do psiquiatra na equipe de apoio matricial somente a do psicólogo, o que acaba gerando rejeição e às vezes confrontos entre profissionais. O estudo aponta também relatos de casos mais graves em que a equipe não foi recebida. “O caminho percorrido é permeado de avanços, retrocessos e frustrações... No entanto, nessa trajetória a certeza é que é possível fazer e há muito por fazer” (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p. 607).

No estudo de RODRIGUES e MOREIRA (2012), é explicitado sobre a questão dos desafios e dos eixos que os mesmos passam para que a proposta do apoio matricial se consolide nos objetivos ideais que possui. Desta forma, é importante evidenciá-los para favorecer as possíveis posturas a serem tomadas a fim de promover mudanças na prática profissional.

Esses desafios passam pelos seguintes eixos: a) A proposta do apoio matricial é o do trabalho conjunto, desenvolvido de forma integrada. Por isso é preciso romper com a

lógica de encaminhamentos ainda presentes nos serviços, pois esta é antagônica à postura de se co-responsabilizar pelo cuidado. Isso requer implicações dos profissionais com cada sujeito e o seu sofrimento; b) Não há solução pronta, mas é preciso construir juntos as estratégias, o que compele a equipe de referência a conhecer a realidade do seu território para a partir daí construir as intervenções; c) O fato de ser um processo conjunto implica dizer que não há hierarquia do saber. Mesmo que haja uma equipe especializada na discussão de um caso, todos os saberes são válidos e importantes para a construção do projeto de cada usuário. Não há também maior validação de um conhecimento por ele advir de uma determinada categoria; d) O apoio matricial não está embasado em medicalização dos casos, e por isso a figura central da equipe de apoio não pode ser o psiquiatra. O apoio matricial é desenvolvido por uma equipe multiprofissional, assim diferentes categorias devem estar envolvidas. A figura central do matriciamento é o sujeito, e é para ele que todas as ações devem convergir; e) Areladas a estes desafios, as equipes matriciais ainda veem o campo da saúde mental sendo delegado à psicologia dentro das unidades de saúde. Há de se buscar um saber comum em saúde mental que circule na equipe e que facilite a cada trabalhador perceber o sentido de seu trabalho e qual é sua contribuição para o projeto terapêutico do sujeito assistido (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.609).

Outros atores importantes no contexto das ações de saúde mental na atenção básica são os Agentes Comunitário de Saúde (ACS), pois por estarem mais próximos do cotidiano no território do usuário e da equipe de saúde, se apropriam de uma relação de troca entre o saber científico e o popular. O artigo de ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA (2008), analisou a visão dos ACS no atendimento ao usuário com comportamento suicida. Neste mesmo artigo, foi comentado o resultado de outro estudo que aponta para os ACS como os trabalhadores que mais se envolvem nas situações com usuários com comportamento suicida.

Os ACS, por conviverem com a realidade da comunidade e as práticas de saúde do bairro onde residem, torna-se possível um diálogo profundo entre essa e a equipe de saúde, tornando a estratégia mais resolutiva, sendo capazes de identificar e realizar atividades de prevenção do comportamento suicida. As ações variam em preventivas com os usuários e familiares. Algumas atividades realizadas pelos ACS estão acordando com o programa de prevenção de suicídios da OMS (Organização Mundial da Saúde). A principal estratégia de atendimento é o uso das tecnologias relacionais. Os ACS acham importante saber abordar e conversar, identificar o problema e o motivo que levou a tentativa de suicídio, conhecer a história de vida e um pouco sobre transtornos mentais.

Contudo, existem aspectos negativos na visão dos ACS que são citados também no estudo de ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA (2008), tais como: residir na área de atuação pelo grande envolvimento com os problemas da comunidade gerando sofrimento psíquico e maior jornada de trabalho; a dificuldade no enfrentamento das diversas situações complexas; o medo e receio para realizarem a abordagem, pois não são capacitados para o atendimento em saúde mental, são insatisfeitos com a capacitação que recebem; a falta de reconhecimento

da importância da atuação; pouca estabilidade de emprego; a falta de material de proteção individual como o protetor solar. O trabalho é avaliado por produção quantitativa, sem levar em consideração que usuários com transtorno mental precisam de maior atenção. Apresentam dificuldades em acompanhar todos os usuários de saúde mental e prevenir as tentativas de suicídio, mas gostam do trabalho desempenhado. Nesse entendimento é que eles sentem a necessidade de atividades de qualificação e educação permanente para otimizar o atendimento. O sofrimento gerado pelo atendimento a usuários com comportamento suicida poderia ser amenizado, se houvessem espaços de discussão dos problemas que os ACS enfrentam (ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA, 2008).

Diante da problemática, avanços, retrocessos e desafios expostos nos artigos analisados, a respeito da prática profissional como também das dificuldades que os profissionais relataram para a efetividade dessas práticas na interlocução da saúde mental com a atenção básica, os autores dos artigos estabelecem possíveis propostas que visam a melhoria da qualidade da atenção prestada aos portadores de transtornos mentais na atenção básica. TANAKA e RIBEIRO (2009), afirmam que os resultados encontrados na pesquisa apontam para o planejamento das ações destinadas à melhoria da qualidade da assistência à saúde mental na infância na atenção básica, que deve incluir: mudança na formação profissional do médico que permitam, otimizar a capacidade de fazer diagnósticos precoces, realizar intervenções pertinentes a atenção básica e encaminhamentos oportunos com corresponsabilização e a capacitação dos profissionais da rede básica de saúde.

O referido estudo mostrou que as atividades de educação permanente devem enfatizar, para além das questões conceituais, formas práticas de intervenção, pois os pediatras já têm, em grande parte conceitos ampliados de saúde que envolvem aspectos psíquicos e sociais. A dificuldade principal é transformar em prática esta conceituação, tendo em vista a sua formação essencialmente biomédica (TANAKA e RIBEIRO, 2009, p.484).

CAIXETA e MORENO (2008), também afirmam que de acordo com o que foi exposto na pesquisa pelos enfermeiros, é necessária a capacitação dos profissionais para atender o usuário em sofrimento psíquico.

[...] e que esta nova forma de aprender ocorra em um cenário em que as práticas cotidianas e os saberes trazidos pela equipe sejam a base da aprendizagem significativa onde os conhecimentos teóricos mobilizem a capacidade formadora permitindo ao sujeito transferir o conhecimento adquirido para outras situações que ocorram na unidade (RIBEIRO, 2003 apud CAIXETA e MORENO, 2008, p. 185).

Semelhante a isto, MANCHINESKI et al (2009), infere do estudo sobre a percepção dos usuários em relação as práticas de saúde, que para a integralidade do atendimento se

estabelecer, os profissionais de saúde devem na realização de suas práticas utilizar tecnologias que possibilitem gerenciar o cuidado como acolhimento e vínculo, que consistem em tecnologias leves, permitindo sustentar a satisfação dos indivíduos e valorizá-los como potentes para interferir no cuidado, considerando suas singularidades.

A utilização das tecnologias leves contempla a existência de um objeto de trabalho dinâmico que exige dos profissionais da saúde, uma capacidade diferenciada no olhar a ele concedido a fim de que percebam essa dinamicidade e pluralidade, que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta, à flexibilidade e ao sensível (ROSSI, 2005 apud MANCHINESKI et al., 2009, p.5).

A prática profissional é visualizada como uma ferramenta para melhoria da assistência à saúde mental na atenção básica. Neste capítulo, foi possível observar no conjunto da análise de todos os artigos abordados que são depositados nas ações do profissional grandes anseios, expectativas na relação com o usuário, com a equipe, com o território. Já ocorreram mudanças significativas, porém é necessário muitas transformações na forma de pensar, agir e lidar com o usuário em sofrimento psíquico e despir-se dos preconceitos que ainda fazem parte do contexto de trabalho com este público. Para que ocorram tais mudanças, além de trabalhar as ações deste profissional por meio das capacitações é preciso que o suporte das outras instâncias seja efetivo. A mudança deve ocorrer em todo o contexto da saúde mental.

[...] para romper com a lógica manicomial presente na sociedade é preciso fazer a loucura circular pelos espaços da cidade. A mudança precisa ocorrer no cotidiano, na luta diária dos serviços, do território, da vida, na construção de outros olhares sobre a loucura e seus estigmas. Assim no nosso contexto o desafio colocado é o movimento que está sendo feito em direção ao território, possibilitado na articulação com a atenção básica (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.608).

## 5.4 USUÁRIOS

O usuário com transtorno mental da rede de saúde é o personagem principal deste contexto, onde as ações realizadas devem priorizar o cuidado. Os atores responsáveis por esse cuidado são os profissionais, os próprios usuários, familiares e a comunidade em si, por isso a relevância da atenção básica, pois ela está próxima do contexto de vida desse sujeito, sendo possível interagir de maneira profunda com o seu meio a fim de trabalhar possíveis determinantes. É preciso, portanto, olhar o sujeito como um todo, desde sua condição física, psíquica e social e não fragmentá-lo com intervenções vazias dando importância somente ao seu diagnóstico, viabilizando uma interlocução de ações e envolvimento de todos na busca da integralidade do cuidado. Nos artigos analisados, a categoria usuário é apresentada principalmente com questões que vêm a dificultar seu caminhar na rede.

PINTO et al (2012), declara que o usuário depara-se com entraves no fluxo de atenção nas redes assistenciais que dificultam a integralidade do cuidado em saúde. Com isso, as filas e as listas de espera para atendimento individual e avaliação inicial, obstinam a possibilidade de superação da concepção hierarquizada do conjunto de serviços de saúde do SUS. A unidade de saúde é o ponto de partida, passagem ou saída para o usuário, no seu caminho para a resolução de problemas subjetivos e sociais. Porém, as condições sociais, econômicas e culturais, além da dependência a práticas medicalizantes, reduzem a interlocução intersetorial e comunitária primordial para a atenção psicossocial.

Sobre os problemas que dificultam a recepção do usuário na unidade e o seu percurso pelos programas de atendimento, SILVEIRA e VIEIRA (2009) apontam para relatos de profissionais que colocam como primeiro obstáculo enfrentado principalmente em relação aos usuários que demandam cuidados em saúde mental, a dificuldade no acesso aos atendimentos pelos profissionais de saúde da unidade, o que parece piorar quando os encaminhamentos são do PSF. “O usuário em sofrimento psíquico aparece como um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial dos profissionais” (SILVEIRA e VIEIRA, 2009, p.145). É ressaltado também pelos enfermeiros no artigo de CAIXETA e MORENO (2008), sobre a falta de acompanhamento da medicação do usuário nas unidades, onde afirmam ser um grave problema à medida que estes permanecem com uma grande quantidade de medicação e utilizam durante um longo período, não sendo avaliada a condição de saúde e as mudanças que ocorrem em sua vida.

Nas unidades básicas de saúde, a dificuldade enfrentada pelo usuário que vivencia o sofrimento psíquico quando busca este serviço, se defronta com uma equipe sem capacitação técnica para atender esta demanda... As equipes das unidades ressentem-se de aprender como lidar com esta população, apesar de no cotidiano institucional, os usuários com queixas relacionadas ao “nervoso” ou sintomas de insônia, ansiedade entre outros, serem atendidos. Porém, não existe uma contextualização do momento vivido, sendo alternativas a medicalização ou o encaminhamento para o serviço especializado (CAIXETA e MORENO, 2008, p.187).

O usuário privilegia a consulta especializada, o que faz da consulta médica uma prática muito requisitada, mas também reconhece a importância da escuta (PINTO et al., 2012). Na maior parte das vezes, o usuário e os familiares acreditam que a principal solução para o seu problema seja o atendimento clínico e o uso da medicação, o que não deixa de ser uma parte do que é preciso, mas seu cuidado ideal não se resume a essas práticas, indo além e abrangendo também o uso de tecnologias leves. As necessidades sociais dos usuários somente são dispostas nas condutas clínicas em saúde quando observadas por meio do diálogo. Desta forma, é necessário o planejamento do projeto terapêutico singular e integral que conforme as



intenções, estratégias e intervenções da equipe para com os agravos e problemas e, sobretudo, a participação do usuário, agora sujeito, na resolução das suas demandas e necessidades (PINTO, et al., 2012). “Na efetividade do seu processo de cuidado, o dispositivo da corresponsabilização entre equipe e usuário incorpora a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sócio-comunitário” (PINTO et al., p.657). A corresponsabilização tem o diferencial que está no partilhar problemas e conflitos que são vividos e pactuar de forma integrada as resoluções.

À medida que todos assumem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida, seja individual ou coletiva, os resultados são alcançados de modo mais resolutivo. Os familiares e usuários dispõem de iniciativas mútuas juntamente com a equipe que favorecem a assistência integral e o acesso ao serviço de saúde. No entanto, o envolvimento compartilhado exige a efetiva participação do usuário em seu processo de restabelecimento do equilíbrio (PINTO, et al., 2012, p.657).

No artigo de ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA (2008), sobre a visão dos ACS no atendimento ao usuário com comportamento suicida, foi identificado em um estudo avaliado pelo artigo que mais de 75% das vítimas de suicídio procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e 45% no mês que cometeram suicídio. Assim sendo, os profissionais da saúde pública poderiam realizar um papel importante na detecção prévia dos fatores de risco. Sobre o atendimento prestado ao usuário com comportamento suicida, é afirmado que o mesmo passa por uma avaliação de equipe, para que os profissionais tenham conhecimento dos fatos sucedidos na comunidade, sendo esses acontecimentos analisados em reuniões de equipe onde ocorrem trocas de informações (ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA, 2008).

A forma de avaliação do usuário é positiva, pois os profissionais ao se reunirem sobre o caso compartilham saberes e se aproximam da realidade do sujeito, sendo significativo para a intervenção a ser realizada. Sobre o acompanhamento a este usuário, outro ponto positivo foi identificado no artigo de ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA (2008), que destaca o fato do serviço de saúde nunca deixar de acompanhar o usuário com comportamento suicida. Se esse usuário é devidamente assistido pelo serviço de saúde com todo apoio necessário, esse serviço estará próximo do seu contexto e dos fatores de risco que possam persistir ou surgir, podendo então por meio das intervenções, prevenir agravos e promover saúde.

Os ACS são os profissionais que mais se aproximam desse usuário por estarem próximos a sua realidade, contexto e território, acompanhando e realizando ações preventivas de comunicação com a equipe, escuta e acolhimento, verificação da medicação, visitas domiciliares, entre outros. Portanto são atores importantes no acompanhamento desses

usuários que realizam ações significativas para melhor assisti-los. Foi identificado no estudo de ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA (2008), que há um número reduzido de ACS, o que acarreta em uma sobrecarga de tarefas administrativas, e conseqüentemente deixa usuários desassistidos. Sendo difícil também realizar o acompanhamento familiar, devido à demanda de trabalho ser grande. Sobre o comportamento dos usuários e familiares, os ACS afirmam que os familiares não auxiliam no tratamento e tem dificuldades em aceitar o transtorno mental, o que leva a uma tendência em mascarar a situação. Destacam ainda, a importância do vínculo e da participação da família para o tratamento do usuário, sendo o farmacológico insuficiente sozinho. Já alguns usuários com comportamento suicida, tendem a apresentar resistência para receber os ACS, muitas vezes não abrem a porta e fingem que não estão em casa (ABREU, KOHLRAUSCH e LIMA, 2008). É esperado este tipo de comportamento do usuário, pois é bem provável estar em um quadro depressivo, o que muitas vezes faz com que queira se isolar socialmente e negar qualquer tipo de ajuda. Deve-se usar de estratégias para se aproximar desse usuário, na intenção de constituir vínculos e lhe prestar o apoio necessário.

O artigo de MACHINESKI et al. (2009), por meio de uma análise literária, retrata a percepção dos usuários em relação às práticas de saúde, sendo de dois serviços, uma UBS e um CAPS. Foram elencados eixos que delinearão a pesquisa, os quais foram: a percepção dos usuários sobre a integralidade do cuidado; a resolutividade dos problemas de saúde no atendimento e a participação dos usuários em movimentos organizativos. Sobre a *integralidade do cuidado*, surgem óticas distintas sobre acolhimento e vínculo, tanto dos usuários atendidos no CAPS como na UBS. Há aqueles que elogiam e os que criticam as práticas dos profissionais de saúde na forma de acolher e instituir o vínculo com o usuário (MACHINESKI, et al., 2009).

Nessa perspectiva há que se considerar a complexidade do ser cuidado, seja ele profissional ou o usuário, tendo em vista que se caracterizam como sócio-político-culturais e trazem em si questões relacionadas à subjetividade como crenças valores que devem ser respeitados, sem que tragam prejuízo à continuidade do cuidado. O sujeito pode comporta-se de maneira diversa, dependendo da sua constituição subjetiva (MACHINESKI, et al., 2009, p.3).

A respeito da autonomia, nos dois estudos parece se tratar de uma questão para a reflexão entre os profissionais de saúde, já que os usuários não apresentam opinião a respeito, o que deve estar relacionado ao fato da decisão sobre o cuidado a ser prestado na maior parte das vezes ser pertencente ao profissional e o usuário desconhecer a possibilidade de decidir sobre o melhor encaminhamento (MACHINESKI, et al., 2009). O que é uma realidade

presente no contexto de saúde, o usuário não ser coparticipante do seu cuidado, não opinando e avaliando sobre o que é melhor para si e não se integrando do seu processo de intervenção.

Sobre a *resolutividade dos problemas de saúde*, alguns usuários da UBS relatam que a resolutividade está presente em situações que requerem procedimentos específicos como encaminhamentos, acolhimento, atendimento para o enfrentamento de doenças e atendimento continuado. Já as condições restritivas relatadas por alguns usuários aparecem em situações como: a falta de agilidade para a complementariedade do atendimento na realização de exames, a necessidade de mais profissionais médicos, a falta de qualidade no atendimento, a inexistência de medicamentos para a realização de tratamento terapêutico, a desarticulação entre os níveis do sistema para encaminhamentos, a dificuldade de acesso para atendimento e insuficiência de acolhimento e apoio a atenção continuada.

No CAPS, os usuários relatam que a resolutividade dos problemas de saúde está para os casos que não estão em crise, já para os que estão em crise grave, o serviço não apresenta a resolutividade esperada, não havendo investimentos para que a rede de cuidados seja implementada (internação domiciliar, a articulação em família a rede social do usuário e a contenção química). As crises consideradas graves são encaminhadas para o hospital psiquiátrico (MACHINESKI, et al., 2009). Parece bem comum nos serviços substitutivos essa conduta, pois pela falta de apoio aos outros níveis da rede de assistência à saúde mental e conseqüentemente a falta de articulação entre os mesmos, o usuário com transtorno mental em crise acaba se limitando ao hospital psiquiátrico e a medicalização, por mais que se caminha para a mudança desse modelo hospitalocêntrico, na qual já houve passos importantes e significativos, ainda se faz presente traços expressivos deste modelo neste contexto.

Ao se tratar da *participação dos usuários em movimentos organizativos*, na UBS, a participação é insuficiente, não se efetivando por conta da falta de respostas do gestor público ou das lideranças comunitárias às reivindicações. E em alguns casos, pela dificuldade de acesso ou falta de estímulo. Já no CAPS, a participação dos usuários é efetiva no pleito por melhores condições de atendimento, o que se deve a trajetória de implantação do serviço, onde houve a mobilização de pacientes e famílias para criação de um novo serviço de saúde mental nos princípios da reforma psiquiátrica e a partir do trabalho comunitário (MACHINESKI, et al., 2009). Os usuários muitas vezes desconhecem seus direitos e o poder da sua participação, devendo lutar por seus direitos, pois as conquistas realizadas mostra que o caminho é longo, com muito trabalho a diante, porém é possível mais conquistas nessa luta.

MACHINESKI et al. (2009), apresentam como possíveis soluções para os fatores encontrados, a necessidade de intervenção dos gestores, profissionais, e próprios usuários

visando construir práticas que permitam ao indivíduo receber o cuidado de forma singular, como também a necessidade de motivação e estímulo para a participação dos usuários em movimentos organizativos, além da divulgação da existência do direito de participar da gestão das práticas de saúde. É necessário que a equipe multidisciplinar, gestores e usuários reflitam sobre os meios que possibilitem a melhoria da qualidade do cuidado, sendo essencial que haja conscientização de todas as partes e que o usuário se transforme no objeto central do cuidado.

Para que isso seja possível, é preciso que o usuário conheça seus direitos e deveres a respeito da participação em movimentos organizativos que o permitam exercer sua autonomia em relação ao cuidado numa relação com os profissionais de saúde em que a orientação seja de sujeito para sujeito e não de sujeito para objeto. Além disso torna-se imprescindível que a formação da equipe multiprofissional tenha como diretrizes os princípios da integralidade da atenção ao usuário, possibilitando o agir consciente do ser cuidado (MACHINESKI, et al., 2009, p.7).

## 5.5 INTEGRALIDADE

A integralidade é um dos princípios dos SUS que prioriza o cuidado do usuário, considerando as necessidades específicas, tratando cada qual de acordo com as mesmas, inclusive em relação aos níveis de complexidade distintos. A prática deste princípio tem sido um desafio à rede de saúde, por conta de diferentes aspectos relacionados à própria rede em sua organização, à demanda, à prática profissional e aos usuários. Nos artigos analisados, esta categoria é citada constantemente, pois o desenrolar de todas as categorias apontadas neste trabalho contribuem para que a prática deste princípio se consolide.

Na discussão sobre a integralidade do cuidado CAÇAPAVA et al. (2009), aponta para duas noções de integralidade: a ampliada e a focalizada. Sendo a primeira relacionada a articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços e instituições, sendo a integralidade pensada no macro. A segunda é definida como fruto do esforço e da confluência de diversos saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço dos serviços de saúde. Neste contexto, é afirmado que para se alcançar a integralidade do cuidado de forma mais completa, ela precisa ser trabalhada em dimensões diferentes.

PINTO et al. (2012) enfatiza que no campo da saúde mental é no território que as situações, as pessoas ou as relações mais complexas que envolvem seu (des)equilíbrio estão presentes, sendo nele que a população efetiva seu cuidado. No entanto, as tentativas e consolidação das redes assistenciais pelas políticas ou iniciativas dos sujeitos que participam desse processo, anseiam pela integralidade do cuidado na sua dimensão plena. Porém, as dificuldades manifestam-se na própria efetivação das linhas de cuidado que estão

fragmentadas em seus fluxos e conexões, levando a itinerários terapêuticos, pontuais, superficiais e desarticulados com as demandas e necessidades do usuário. Semelhante ao estudo de SILVEIRA e VIERA (2009), que aponta para o modo de organização das ações de saúde mental na unidade de saúde, o qual segue um padrão de atendimento em torno das consultas individuais por meio do agendamento, parecendo não facilitar o fluxo da demanda da comunidade por cuidados psicológico-psiquiátricos. Quando a fragmentação das linhas de cuidado é destacada, coloca em evidência o que é muito atenuado nas outras categorias sobre a visão que muitos profissionais têm, do sujeito em partes, separando muitos aspectos do cuidado e muitas vezes as demandas reais do usuário são deixadas de lado por protocolos descontextualizados com sua realidade, gerando uma eterna demanda por um cuidado essencialmente integral.

[...] ao procurar um serviço, o usuário possui uma cesta de necessidade e o trabalhador que o atende precisa de sensibilidade para entendê-la e só a partir dela intervir. A integralidade da atenção se dá por meio do entendimento pela equipe do que cada sujeito traz de informação sobre o que o aflige (RODRIGUES e MOREIRA, 2012, p.605).

Nas experiências relatadas nos artigos, observam-se questões múltiplas. PINTO et al. (2012), ressalta em suas considerações finais que o cuidado em saúde mental, na integração do campo psicossocial no processo operacional da ESF, ocorre com a assistência direta das equipes de saúde, tendo a participação dos usuários e familiares durante o processo terapêutico. Neste ponto, é afirmado um aspecto positivo para o cuidado, mas em contrapartida aponta para as questões que reduzem a interlocução intersetorial e comunitária, que são as condições sociais, econômicas, culturais e o atrelamento às práticas medicalizantes. Mas, evidencia que o apoio matricial em saúde mental opera práticas inovadoras e focos de atuação multidisciplinar e que nos fluxos assistenciais, a melhoria da articulação entre os serviços foi dinamizada entre os CAPS e as unidades de saúde da família. Assim como RODRIGUES e MOREIRA (2012), que verificou ao longo de sua pesquisa que para alcançar a integralidade na saúde ainda há um caminho longo para percorrer, pois o processo de interlocução da saúde mental com a atenção básica ocorre de forma diferente em cada região de saúde com conquistas significativas, mas também com grandes barreiras a se romper.

No estudo de CAIXETA e MORENO (2008), os enfermeiros apontaram para a questão da integralidade do cuidado, que deve ser compreendida como atributo estando presente na prática dos profissionais de saúde e sendo resultado do esforço e compartilhamento de vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e

singular dos serviços de saúde. O que implica também na redefinição e organização estruturais dos processos de trabalho, tendo como objetivo o enfrentamento de problemas específicos da saúde, dentre eles está a saúde mental.

O acolhimento e a escuta são ferramentas fundamentais no atendimento, levando em consideração a integralidade do cuidado. Todo usuário tem direito a um atendimento integral, onde os aspectos emocionais, sociais e culturais devem ser considerados. Desta forma, o suporte é completo abrangendo a relação interpessoal, uma escuta que integre as dimensões do sujeito que vivencia o sofrimento (CAIXETA e MORENO, 2008). Os aspectos citados anteriormente são essenciais para que o cuidado seja integral, pois ao considerar o contexto de vida do sujeito e não apenas seu diagnóstico, está fortalecendo a possibilidade de realizar uma intervenção completa, que compreenda possíveis determinantes para o sofrimento que de outra forma talvez não fosse possível compreender.

A integralidade é uma prática inovadora nos espaços de saúde e um princípio norteador dentro do Sistema Único de Saúde e exige que o profissional desenvolva a capacidade crítica dos contextos e que problematize saberes e processos de educação permanente, no desenvolvimento das competências específicas de cada trabalho (PINHO et al., 2006 *apud* CAIXETA e MORENO, 2008).

No estudo sobre a percepção dos usuários sobre as práticas de saúde, MANCHINESKI et al. (2009, p.3) afirma que

[...] há que se considerar a complexidade do ser do cuidado, seja ele o profissional ou o usuário, tendo em vista que se caracterizam como sócio-político-culturais e trazem em si questões relacionadas à subjetividade como crenças e valores que devem ser respeitados, sem que tragam prejuízo à continuidade do cuidado.

Os usuários percebem a necessidade do uso de tecnologias leves como o acolhimento e vínculo. Para que a integralidade do atendimento ao usuário se estabeleça é importante considerar o acolhimento como uma tecnologia de atenção à saúde. Ressalta ainda que os usuários estão em parte, satisfeitos com as condutas dos profissionais em relação às práticas de acolhimento e vínculo e outros criticam a forma de atendimento. Enfatizam que muitas vezes o cuidado não é prestado de forma preconizada devido à falta de condições de trabalho dos profissionais (MANCHINESKI, et al., 2009).

O acolhimento se constitui não somente como uma forma de atender à demanda dos usuários, pois se caracteriza como uma tecnologia leve que pode ser utilizada pela equipe multiprofissional a fim de identificar as singularidades de cada pessoa, por meio da escuta, por exemplo, e disponibilizar a eles o acesso ao cuidado, mas também como uma forma de inseri-lo no gerenciamento do cuidado a ele oferecido. Assim o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde (MANCHINESKI, et al., 2009, p.5).

A prática do acolhimento, além de possibilitar atender as necessidades de cada usuário, ela também fornece uma corresponsabilização pelo cuidado, onde o usuário tem acesso ao mesmo, sendo também responsável por ele. Por isso, a proposta de inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço. O gerenciamento desse cuidado não vai ser somente dos profissionais, da equipe e sim de todo um contexto do usuário, até ele próprio.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica permitiu concluir que as ações de saúde mental na atenção básica é um tema presente nas publicações. Pelo fato dessa articulação em rede estar em processo de efetivação, muitos autores tiveram o interesse em investigar o seu desenrolar nos serviços de saúde, por meio de diversos pontos: como se efetivariam essas ações; a resolubilidade; a implantação; a prática profissional, a percepção dos usuários; a integralidade do cuidado nessas ações. De acordo com as categorias temáticas analisadas nos artigos: *rede; demandas; profissional; usuários e integralidade*, notou-se pontos semelhantes na visão dos autores, como também aspectos positivos e negativos. A categoria que mais se destacou entre os artigos foi a profissional.

A rede de serviços de saúde é complexa, há diversos cenários de assistência, mas falta discernimento sobre as atividades competentes de cada serviço em relação à saúde mental na atenção básica. Há também dificuldades de implantação de projetos e ações específicos de saúde mental que objetivem atender o usuário do serviço. Outra questão relevante é sobre os encaminhamentos, visto muitas vezes como problemáticos, que não favorecem ao cuidado integral do sujeito. São evidenciados no decorrer da análise, aspectos significativos para a consolidação das ações, tais como, o apoio matricial em saúde mental, que em alguns artigos favoreceu mudanças expressivas nos locais de implantação, mas em outros não resultou grandes efeitos. A interação ESF e saúde mental ainda necessita de clareza e compreensão, mas também tem se mostrado enriquecedora e ampliado as formas de atenção para o sujeito, sendo possível compreendê-lo na sua realidade.

A demanda para os serviços de saúde, inclusive os de saúde mental, é relativamente acentuada, causando um relevante impacto social. Os transtornos mentais considerados “comuns” são os mais encontrados na sociedade, determinando um importante custo social e econômico. Faltam condutas adequadas que respondam essa demanda, a burocratização da rede faz com que muitos ainda não tenham acesso ao devido atendimento. Outras inúmeras demandas de saúde dificultam a ação mais integralizada da equipe.

A categoria profissional foi a mais enfatizada nos artigos, na qual se destacam questões referentes à prática e capacitação. Muitos artigos pontuam aspectos semelhantes sobre a falta de preparo dos profissionais de saúde da rede básica para receberem e cuidarem das pessoas com transtornos mentais e as dificuldades pertinentes ao campo de atuação. Considerações importantes sobre a prática profissional no cotidiano da ESF, com uso inadequado de medicações e sua articulação com a unidade de saúde, que para muitos tem



sido um desafio, pois ainda há uma desarticulação das ações de saúde mental produzidas em cada local promovendo ações isoladas, onde a equipe explora muito pouco o acolhimento e a escuta. Porém, é notável o reconhecimento por parte dos profissionais sobre a importância das ações de saúde mental na atenção básica e a necessidade de uma mudança de prática profissional para a resolubilidade das ações.

Ainda sobre a prática profissional, foram ressaltadas algumas propostas para melhor atender essa demanda de saúde mental tão significativa. Muitos propõem a capacitação de equipes da rede básica para melhoria do atendimento, mudanças na formação do profissional médico, a realização de encaminhamentos oportunos e com corresponsabilização, a utilização das tecnologias leves, como acolhimento e vínculo nas intervenções para potencializar o gerenciamento do cuidado. A reforma psiquiátrica avança com transformações importantes no cuidado ao usuário com transtorno mental. Mas, para se alcançar a integralidade do cuidado de forma efetiva é preciso mudanças na prática profissional, no modo de pensar, agir e ainda é preciso despir de preconceitos. Apesar dos artigos enfatizarem sobre capacitação dos profissionais de saúde, esta de forma isolada não é suficiente para resolver a questão dos paradigmas culturais que permeiam o contexto da saúde mental.

Os usuários passam por dificuldades relacionadas ao seu fluxo nas redes assistenciais, sendo as filas e listas de espera os principais fatores evidenciados. Com esse bloqueio de acesso aos serviços de saúde, a integralidade do cuidado é dificultada. A conduta do usuário favorece a práticas isoladas, que muitas vezes acreditam no atendimento clínico como única solução. Há a necessidade que o usuário também gerencie seu cuidado, participando da resolução das suas demandas. Sobre essa corresponsabilização enfatizada no trabalho, o mais prudente é que seja direcionada aos usuários com transtornos mentais leves, pois, com os mais graves pode levar a uma tendência maior à fragmentação do cuidado, por se tratar de um processo não racional. Os usuários também tem a percepção da integralidade do cuidado sentindo a necessidade de mais escuta e vínculo por parte dos profissionais.

As ações de saúde mental na atenção básica ainda possuem falhas que impedem que o cuidado seja integral. Mas, não são em todos os lugares. Há locais em que as práticas tem sido enriquecedoras e já foi possível notar transformações importantes. Porém, há mais locais em que as práticas precisam de mudanças significativas de todo o contexto da saúde mental, da rede, do profissional e até mesmo por parte dos usuários para dar viabilidade a integralidade do cuidado. Atualmente já se faz presente entre os profissionais, o reconhecimento e a preocupação com as ações que fortalecem essas mudanças para consolidação das práticas que efetivam a integralidade do cuidado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, P. de K.; KOHLRAUSCH, E. R.; LIMA, D. da S. M. A. Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde. **Online braz. j. nurs.** (Online); 7(3) 2008.
- ALVES, O. F. C.; RIBAS, R. R.; ALVES, V. R. E.; VIANA, T. M.; RIBAS, M. G. R.; JÚNIOR, P. M. L.; MARTINS, L. H. A.; LIMA, D. C. M.; SOUGEY, B. E.; CASTRO, M. R. **Uma breve história da reforma psiquiátrica.** Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE. Recife, 2009. p. 94.
- ARONA, C. E. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde Soc;** 18 (supl.1): 26-36, 2009.
- BALLARIN, M. L. e CARVALHO, F. B. Considerações acerca da Reabilitação Psicossocial - Aspectos Históricos, Perspectivas e Experiências: O Contexto da Reforma Psiquiátrica. **In: CAVALCANTI, A. e GALVÃO, C. Terapia Ocupacional Fundamentação e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.163.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3a. ed. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **PORTARIA SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992.** Brasil, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **2ª Conferência Nacional em Saúde Mental; A reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial Direito à Cidadania.** Brasil, 1992. p. 56-62.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Brasília, 2000. p.31.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários; Inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasil, 2003. p. 02. MS - Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 9.** Ano VI, nº 9, julho de 2011. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude\\_Mental\\_em\\_Dados\\_9.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pdfs/Saude_Mental_em_Dados_9.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** Brasília, 2005. p.6. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf)>. Acesso em : 12 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de atenção à Saúde.** Portal da saúde, Brasil, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1)>. Acesso em: 25 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados 10**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Brasília, 2012. p.5. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

CAÇAPAVA, R. J.; COLVERO, de A. L.; MARTINES, V. W. R; MACHADO, A. L; SILVA, A. A. L; VARGAS, de D.; OLIVEIRA, F. de M. A.; BARROS, S. Trabalho na atenção básica: integralidade do cuidado em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP**; 43(spe2): 1256-1260, 2009.

CAIXETA, C. C; MORENO, V. O Enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Rev.eletrônica enferm.**; 10(1): 2008.

DIAS, L. C. T.; SANTOS, dos L. G. J.; CORDENUZZIL, P. da C. O.; PROCHNOW, G. A. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Santa Maria – RS, 2009. p. 02.

DIEZ, F. C. L. e HORN, B. G. **Orientações para elaboração de projetos e monografias**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 32.

FIGUEIREDO, M. D. **Saúde Mental na Atenção Básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede sus-campinas (sp)**. 2006. 147 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade estadual de Campinas departamento de Medicina Preventiva e Social, Campinas. p. 11-24.

FONSECA, M. A. A prática do Terapeuta Ocupacional em Saúde Mental a partir de uma perspectiva não excludente e de respeito às diferenças. **In DRUMMOND, F. Adriana; REZENDE, B. Mária. Intervenções da Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. p.83-84.

GDF - Governo do Distrito Federal. **Administrações Regionais - Ceilândia – RA IX**. Portal do Cidadão, 2009. Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

MACHINESKI, G. G.; LIMA, D. da S. M. A.; BONILHA, de L. A. L.; SCHNEIDER, J. F. A percepção dos usuários em relação as práticas de saúde: uma análise literária. **Online braz. j. nurs.** (Online); 8(2): 2009.

MATTOS, A. R. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In PINHEIRO, Roseni; MATTOS, A. Ruben; (Organizadores). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p. 02

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 57-350.

MUÑOZ, S. I. S.; TAKAYANAGUI, M. A. M.; SANTOS, dos B. C.; SWEATMAN, O. S. **Revisão sistemática de literatura e Metanálise: Noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde**. Departamento de Enfermagem Materno-

Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999. p. 01.

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, S. W. G. e GUERRERO P. V. A. Ogr. **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada**. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; Organização Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde. São Paulo, 2007. p.221-243.

PINTO, A. G. A.; JORGE, B. M. S.; VASCONCELOS, G. F. M.; SAMPAIO, C. J. J.; LIMA, P. G.; BASTOS, C. V.; SAMPAIO, C. A. de H. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. Saúde coletiva**; 17(3): 653-660, 2012.

PORTAL BRASIL. **Cidades Brasileiras Brasília-DF: RA IX – CEILÂNDIA**. Disponível em: <[http://www.portalbrasil.net/brasil\\_cidades\\_brasilia\\_ras.htm](http://www.portalbrasil.net/brasil_cidades_brasilia_ras.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

RODRIGUES, S. da E.; MOREIRA, B. M. I. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitória/ ES. **Saúde Soc**; 21(3):599-611, 2012.

SES-DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Consultas realizadas por região, diretoria geral de saúde (dgs) e região administrativa (ra)**. Ano: 2010. Disponível em:< <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00010140.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

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

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