



LUIZA OLIVEIRA MACHADO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
compreendendo uma história**

CAMPINAS

2015



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas

LUIZA OLIVEIRA MACHADO

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
compreendendo uma história**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, área de concentração em Política, Gestão e Planejamento

Orientadora: Profa. Dra. Ana Luiza Ferrer

Este exemplar corresponde à versão final da dissertação defendida pela aluna **LUIZA OLIVEIRA MACHADO** e orientada pela **PROFA. DRA. ANA LUIZA FERRER**



Assinatura da Orientadora

CAMPINAS

2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M18s Machado, Luiza Oliveira, 1975 -
Saúde mental na atenção básica : compreendendo
uma história / Luiza Oliveira Machado. -- Campinas, SP :
[s.n.], 2015.

Orientador : Ana Luiza Ferrer.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção primária à saúde. 2. Estratégia Saúde da
Família. 3. Saúde mental. 4. Políticas públicas. I. Ferrer,
Ana Luiza, 1979-. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Mental health in primary care attention

Palavras-chave em inglês:

Primary care attention

Family Health Strategy

Mental health

Public policies

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Ana Luiza Ferrer [Orientador]

Rosana Teresa Onocko Campos

Daniel Almeida Gonçalves

Data de defesa: 13-02-2015

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LUIZA OLIVEIRA MACHADO

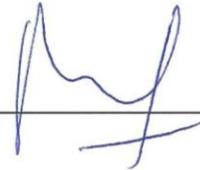
Orientador (a) PROF(A). DR(A). ANA LUIZA FERRER

MEMBROS:

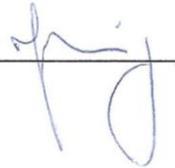
1. PROF(A). DR(A). ANA LUIZA FERRER



2. PROF(A). DR(A). ROSANA TERESA ONOCKO CAMPOS



3. PROF(A). DR(A). DANIEL ALMEIDA GONÇALVES



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 13 de fevereiro de 2015

Ao longo das últimas décadas, tanto a Atenção Básica quanto a Saúde Mental vem buscando traçar seu percurso e amadurecer através de experiências nas práticas cotidianas e das diretrizes e questões legais. A Saúde Mental passou por diversas transformações que culminaram na Reforma Psiquiátrica brasileira. Nos últimos anos vem avançando, principalmente no que diz respeito à atenção aos transtornos mentais graves, no âmbito da atenção especializada. Por outro lado, no contexto da Atenção Básica, ainda é frágil, suscita dúvidas e angústias nos profissionais envolvidos. Este estudo visou conhecer os dilemas atuais apontados por artigos científicos entre os anos de 2011 e 2013. A partir do destaque desses desafios, buscou compreender as propostas ministeriais relativas à inserção da Saúde Mental na Atenção Básica do ponto de vista histórico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se utilizou da revisão narrativa da literatura e da análise documental como técnicas de coleta de dados; e que se baseou na hermenêutica como referencial teórico. A partir da leitura dos artigos foram identificadas cinco categorias de análise: Rede de Saúde Mental, Ações de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica, Apoio Matricial, Atenção em Saúde Mental e Outros. Em seguida, procedeu-se o destaque das propostas ministeriais em relação à inserção da Saúde Mental na Atenção Básica, de acordo com as categorias mencionadas. Estas duas fontes de informação foram postas em diálogo para melhor compreender as possíveis relações entre as propostas ministeriais ao longo dos últimos treze anos e os dilemas atuais destacados. Conclui-se que ao longo desse período houve diversas propostas, mas nem todas tiveram um tempo de implantação e avaliação suficientes. As propostas não foram sustentadas do ponto de vista financeiro e em termos de Recursos Humanos necessários. A ausência de um equipamento para se responder às necessidades de tratamento especializado para pacientes neuróticos leves e moderados aumentam a demanda por tratamento na Atenção Básica, que não tem tecnologia para atendê-la. As propostas do Departamento de

Atenção Básica nem sempre são consonantes com as da Coordenação Geral de Saúde Mental e vice-versa, demonstrando uma falta e/ou pouco potente articulação institucional. Por último, as propostas contra hegemônicas necessitariam de políticas de pré-implantação que lhes tornassem mais sólidas e lhes possibilitassem uma maior aceitação no momento da implantação.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Estratégia de Saúde da Família, Saúde Mental, Política Pública.

Over the past few decades, both Primary Care Attention and Mental Health have been tracing its routes and developing through experiences in daily practices, guidelines and legal issues. Mental Health has been through several transformations that ended up in Brazilian Psychiatric Reform. In recent years it has been advancing, mainly regards to the concern about serious mental disorders within the specialized attention. On the other hand, in the context of Primary Care Attention, it is still fragile and raises doubts and anxieties in the involved professionals. This study aimed to know the current dilemmas pointed by scientific articles between 2011 and 2013. From the prominence of these challenges, it was sought to understand the Ministerial proposals concerning the integration of Mental Health in Primary Care from a historical point of view. It is a qualitative research, which used the narrative review of literature and documental analysis as data-collection techniques; and based on hermeneutics as a theoretical framework. From the reading of the articles five analysis categories were identified: Mental Health Network, Mental Health actions developed by professionals in the Primary Care Attention, Matrix Support, Mental Health Attention and Others. Then there was the highlight of the Ministerial proposals in relation to the integration of Mental Health in Primary Care, according to the categories mentioned. These two sources of information were put into dialogue to better understand the possible relationship between the Ministerial proposals over the past thirteen years and current dilemmas. The results indicate that during this period there have been several proposals, but not all had a sufficient evaluation and implementation time. The proposals have not been supported in terms of required financial and human resources. The gap of device to meet the needs of specialized treatment for mild and moderate neurotic patients increase the demand for treatment in Primary Care Attention, which has no technology to meet it. The proposals of Primary Care Department are not always in line with the General Coordination of Mental Health and vice versa, demonstrating a lack of an

institutional articulation or/and an underpowered one. Lastly, the counter-hegemonic proposals would need pre implantation policies to turn them more solid, this would make possible a greater acceptance at the implantation time.

Keywords: Primary Care Attention; Family Health Strategy, Mental health, Public Policy.

	Pág.
RESUMO	vii
ABSTRACT	ix
AGRADECIMENTOS	xiii
EPIGRAFE	xv
LISTA DE ABREVIATURAS	xvii
APRESENTAÇÃO	1
1- INTRODUÇÃO	5
1.1- A Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF)	8
1.2- A reforma psiquiátrica e a luta anti manicomial no Brasil	12
1.3- A Saúde Mental na Atenção Básica	18
1.3.1- Impacto epidemiológico.....	18
1.3.2- Década de noventa: protagonismo dos municípios e Estados.....	20
1.3.3- 2001 a 2013: o despertar das propostas ministeriais.....	24
2- OBJETIVOS	37
3- PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	39
3.1- Pesquisa qualitativa	39

3.2- Fundamento teórico.....	40
3.3- Coleta de dados.....	43
3.4- Tratamento e análise de dados.....	52
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1- Revisão narrativa dos artigos científicos.....	63
4.2- Análise dos documentos ministeriais.....	91
4.3- O diálogo entre dilemas da praxis e as propostas federais: uma narrativa possível?.....	123
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
6- REFERÊNCIAS.....	147
7- ANEXO.....	163

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os colegas militantes do SUS que sempre me incentivaram a mergulhar nesse projeto de saúde pública para todos.

Aos meus colegas e professores do mestrado, pelo entusiasmo, espírito crítico e bom humor que me ajudaram a fazer dessa empreitada muito mais do que uma pós-graduação.

Às amigas Elisângela, Júlia e Célia, sempre confiantes no meu potencial como pesquisadora.

À amiga Marycarmen pela força e pelos muitos livros emprestados.

À minha analista, sempre firme em me manter firme.

À minha orientadora, Ana Luiza, pela liberdade que me propiciou em minhas idas e vindas e confiança de que afinal o trabalho sairia.

À professora Rosana Onocko Campos e Daniel de Almeida não só pelas contribuições na banca, mas pela delicadeza e gentileza em seus comentários.

Ao departamento de Saúde Coletiva pela acolhida e entusiasmo criar e acreditar no mestrado profissional.

Ao meu marido e minha filha por estarem em minha vida.

*"O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem."*

Guimarães Rosa

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
A/D	Álcool e outras Drogas
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
TM	Transtornos Mentais
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Das experiências vividas à escolha do objeto: a implicação da autora em relação a seu objeto de pesquisa

Há dez anos, ainda em São Paulo (município), recebi um telefonema dizendo que havia passado no concurso do município de Amparo e que deveria assumir meu cargo de psicóloga o mais rápido possível.

Naquela época, dividia apartamento com duas amigas queridas, consultório com quatro colegas e namorava já há alguns anos. Ou seja, vínculos e compromissos me “prendiam” a São Paulo. Depois de longa conversa com uma grande amiga, e por diversos motivos, decidi me arriscar. Mudar de cidade, sair de minha querida república e depois terminar um namoro...

Recém-formada, com um desejo enorme de exercer minha profissão, saí de minha cidade rumo ao desconhecido e disposta a me jogar no trabalho.

Foram quase dez anos de dedicação intensa, aprendizado e boas experiências com o SUS, com pessoas militantes desse grandioso projeto social, com três Secretárias de Saúde, todas mulheres, grandes mulheres!!

Após seis meses em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, solicitei minha transferência para a Atenção Básica, “lugar” em que permaneci de janeiro de 2005 a março de 2014, “lugar” com o qual me identifiquei e continuo me identificando.

Passei a dividir meu cotidiano, minhas dúvidas, minhas angústias, meu cansaço e também minhas alegrias e sucessos com trabalhadores muito dedicados e dispostos a fazer a Atenção Básica funcionar, a viver uma experiência exitosa, a fazer a diferença na vida das pessoas e da comunidade. Entrei num momento em que a Secretaria de Saúde de Amparo estava a pleno vapor, a Atenção Básica era prioridade absoluta, os investimentos em pessoas,

capacitação, gestão eram enormes! Grande parte dos trabalhadores sentia muito orgulho de pertencer à “Saúde de Amparo”, eu certamente sentia!

Durante a maior parte do tempo, fui a única profissional de saúde mental das equipes pelas quais passei. Acompanhei a batalha, o medo, o desgaste, a resistência, a irritação, a aflição, as dificuldades e alegrias dos meus colegas ao lidar com aspectos subjetivos do adoecer e a tratar de transtornos mentais diversos. Muitos foram os avanços alcançados, mas em algum momento paramos de avançar, chegamos a nosso limite. Chego a pensar que em alguns casos retrocedemos até, nos cansamos, nos sobrecarregamos, perdemos a esperança, adoecemos.

Um episódio particularmente me toca. Uma colega dentista, que depois se tornou grande amiga, se dispôs a coordenar um grupo de apoio a usuários de álcool e outras drogas. Inicialmente teria o apoio de uma profissional com experiência em Saúde Mental. Diferentemente do que se diz em relação à resistência dos profissionais da Atenção Básica (o que de fato é uma realidade, não uma regra), essa colega se colocou no campo de batalha com toda disposição e boa vontade. Pouco tempo depois, sem o suporte da profissional experiente, e sem suporte dos outros membros da equipe (incluindo a mim), acabou adoecendo. Tirou licença, começou a usar medicamentos controlados, saiu da experiência muito machucada. Um dia me disse algo parecido: “Vocês da mental acham algumas coisas muito fáceis, mas pra gente tem coisa que é muito difícil!!”. Nunca esqueci esse “grito”, esse “pedido de compreensão”. Não se tratava de uma profissional fugindo de suas responsabilidades, pelo contrário, tratava-se de reconhecer seus limites da maneira mais dolorosa possível.

Outro colega disse uma frase para mim inesquecível: “Nosso trabalho dói e sangra”. E disse sério, disse sentido, mas como quem fala de algo natural, algo que faz parte do trabalho. Aprendi com a Saúde do Trabalhador que o trabalho não foi feito para produzir sofrimento, e que se isso acontecesse é porque algo estava errado! Mas o trabalhador da Saúde está acostumado com sofrimento,

acostumado a detectar o sofrimento alheio. Mas quando o cuidar se torna tóxico, é preciso parar, refletir.

Segui em frente sempre com essa dúvida de até que ponto os trabalhadores da Atenção Básica podem ir em relação à Saúde Mental sem se ferirem ou ferir “o outro”. É evidente que têm seu papel, mas até onde vai sua potência? Quais são as dificuldades? De que natureza são? São dificuldades pessoais, resistências a serem quebradas? São dificuldades de contexto, de estrutura, de condição de trabalho, de falta de treinamento?

A partir daí, resolvi empreender uma pesquisa que pudesse clarear, pelo menos em parte, minhas angústias em relação a este tema. Após quase dez anos num município em que a Atenção Básica sempre foi prioridade, privilegiado pelas boas gestoras que por Amparo passaram, com equipes quase sempre completas, com muito investimento em recursos humanos, passei a me perguntar: por que, mesmo em boas condições, ainda é tão difícil a atenção em Saúde Mental na Atenção Básica? Por que parece que estamos sempre recomeçando de onde partimos? Será minha experiência muito particular? Como está se dando esta inserção em outros municípios do país?

Passei a ficar curiosa não só em relação a outras experiências, mas também em relação às políticas federais. Isto porque, “se o problema não estava no meu município”, estaria a dificuldade relacionada às políticas nacionais? Que relação existiria entre as dificuldades cotidianas e essas políticas, ou a falta delas?

Na década de mil novecentos e oitenta a sociedade brasileira, através do movimento sanitário, mobilizou-se para discutir e negociar novas políticas de organização dos serviços e práticas em saúde.

Ao mesmo tempo, entre 1978 e 1980 fortes mobilizações de profissionais de Saúde Mental (SM) deram a arrancada inicial ao que viria a ser conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira. Péssimas condições de assistência nos “hospícios” provocavam oposição à hospitalização (Amarante, 2007). Além disso, as discussões por liberdades democráticas e o direito à saúde eram incompatíveis com o modelo asilar.

Ambos movimentos caminharam juntos até o final da década de oitenta. No entanto, enquanto os trabalhadores do movimento da Reforma Sanitária passaram a se incorporar ao aparato do Estado, o movimento da Reforma Psiquiátrica moveu-se em direção às pessoas e às comunidades (Amarante, 2007).

Nesta mesma época, a saúde foi entendida como direito constitucional do cidadão brasileiro e como um dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implementado como política pública.

Este sistema é responsável por diversos serviços e ações que devem estar articulados entre si. Não se limita à prestação de serviços assistenciais, mas também se responsabiliza por ações de promoção e prevenção à saúde.

Assim como em outros países, o SUS articula sua rede a partir da Atenção Básica (AB), sendo esta proposta como porta de entrada e articuladora do sistema. Tem por objetivo desenvolver uma atenção integral que faça diferença não só na saúde e na autonomia das pessoas, mas também

em determinantes e condicionantes sociais relacionados a ela (Brasil, 2011). O Programa de Saúde da Família (PSF), atual Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi considerada fundamental para a consolidação da atenção básica brasileira. Atualmente, a proporção de cobertura populacional da ESF é estimada em 54,84% da população (Brasil, 2012-a).

Enquanto isso, a Saúde Mental (SM) também buscava traçar seu percurso e amadurecer tanto através de experiências nas práticas cotidianas, quanto nas diretrizes e questões legais. Nos últimos anos vem avançando, principalmente no que diz respeito à atenção aos transtornos mentais graves, através da sistemática desinstitucionalização dos pacientes, da implantação de diversos serviços substitutivos (CAPS), do Programa de Volta para Casa, dentre outros (Brasil, 2012-b).

Por outro lado, diversos trabalhos ao longo dos últimos anos vêm apontando a fragilidade da atenção em SM na AB:

O cuidado em saúde mental ainda acontece de forma esporádica por parte de alguns trabalhadores na atenção básica (Cavalcante et al, 2010, p.102).

Verificou-se baixa capacidade de resolutividade no âmbito da Saúde da Família, uma vez que as ações desenvolvidas privilegiam consultas ambulatoriais médicas e encaminhamentos para internações, o que evidencia tanto a concepção biomédica ainda hegemônica nas práticas, quanto a desarticulação de uma rede para a garantia do cuidado integral (Arce, Sousa & Lima, 2011, p. 541).

Há uma distância grande entre a proposta de atenção primária das políticas públicas e a maneira como efetivamente está acontecendo a implantação da prática de saúde mental, (...) esse processo caminha devagar e (...) os profissionais ainda estruturam seu trabalho com base na demanda e acontecem poucas ações voltadas para prevenção e promoção (Onocko & Gama, 2009, p.127).

(...) as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor (...) (Correia, Barros & Colvero, 2011, p.1501).

Ainda há muitas lacunas a serem preenchidas no caminho entre o modelo de atenção primária em saúde mental idealizado pelo Ministério da Saúde e o que tem sido praticado na saúde pública (...) o que foi preconizado pela reforma psiquiátrica ainda não foi implementado de forma satisfatória na atenção primária brasileira (Lima, Siciliani e Drehmer, 2012, p.143).

É importante enfatizar que a Reforma Psiquiátrica só conseguirá avançar na medida em que seus pressupostos estiverem não só nos serviços especializados de Saúde Mental, mas também incorporados por todo o sistema de saúde.

Ou teria a Saúde Mental na Atenção Básica suas questões para além da Reforma Psiquiátrica?

Recente pesquisa intitulada “Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil” (Gregório et al, 2012) aponta para a necessidade de investimentos em pesquisa na área de SM na AB; avaliação do sistema de serviços de cuidados em saúde mental e pesquisas para romper a barreira ao acesso e à equidade no tratamento de transtornos mentais.

No sentido de contribuir com essas pesquisas, o presente trabalho buscou alguns caminhos.

Inicialmente, na intenção de compreender quais os dilemas atuais enfrentados pela AB neste processo, buscaram-se artigos científicos recentes (2011-2013) que tratassem do tema. Então, para se compreender as propostas ministeriais relativas à inserção da SM na AB, buscaram-se documentos

federais concernentes ao tema. Por fim, através da promoção de diálogo entre artigos e propostas, buscou-se compreender possíveis relações desses dilemas com as políticas federais dos últimos treze anos.

Trata-se, no fundo, de uma busca de compreensão, ainda que parcial, da razão pela qual avançamos tão pouco na atenção em SM no âmbito da AB.

1.1- Atenção básica e a estratégia de saúde da família

1- Atenção Primária de Saúde é a estratégia adotada pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde, referendadas pelos Estados Membros para a consecução da meta Saúde para Todos no Ano 2000 (Caracas, 1990, p. 1-2).

2- Os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) foram estabelecidos pelos países da região para facilitar a consecução dessa meta por oferecerem melhores condições para o desenvolvimento de programas baseados nas necessidades da população e com características descentralizadas, participativas e preventivas (Caracas, 1990, p. 1-2).

A Atenção Básica, que remete aos conceitos da Atenção Primária, tão discutida na Conferência de Alma Ata em 1978, também fazia parte do referencial utilizado pelo movimento sanitário. Este referencial é parte integrante das abordagens da Atenção Básica e, como tal, foi utilizado na concepção legal do SUS.

Recursos financeiros foram definidos para os municípios, ao mesmo tempo em que se lançaram programas norteadores de ação e atividades em áreas críticas do país. Em 1991, foi lançado o Programa de Agentes Comunitários

(PACS), que envolvia adscrição de famílias e responsabilização por um território definido assumido por Agentes Comunitários de Saúde e profissional de enfermagem. O foco deste programa foram as ações de imunização e de controle das diarreias (Luppi et al. 2011), buscando a redução da morbimortalidade infantil e materna do Nordeste (Souza, 2002).

Em 1994, houve o lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF), que nesse momento era apontado como capaz de mudar o modelo de assistência. As Unidades de Saúde da Família deviam assumir um papel ativo no território e na comunidade, além do trabalho em equipe. Expressões como promoção da saúde, ação inter setorial e vínculos de compromisso chegaram até aos municípios.

Em 1996, o conceito de Atenção Básica ganhou nova abrangência. Buscou-se orientar a implementação de um PSF voltado a resolver problemas da AB no país (Brasil, 2006, apud Luppi et al. 2011). Examinando a íntegra do documento, destaca-se claramente a ideia do caráter substitutivo em relação às formas tradicionais de rede básica ainda existentes; a necessidade de realização de diagnóstico situacional para resolver problemas de saúde, o planejamento e a programação indicando um papel claramente gestor para a nova estratégia. A Estratégia de Saúde da Família não foi proposta para organizar temporariamente a AB. Ela assumiu um papel estruturador do sistema público de saúde, essa rede imensa e complexa que deveria ter a Atenção Básica como sua ordenadora. Neste mesmo ano, os municípios foram estimulados a assumirem a AB através da criação de um do Piso da Atenção Básica (PAB).

Desde o início houve várias dificuldades à implantação dessa proposta, desde sua formulação incompleta, resistências em relação a uma ideia inovadora e indefinição da política de recursos humanos para assumir tal missão. Na medida em que a experiência e o aporte de novos conceitos foram amadurecendo, os documentos do Ministério da Saúde (MS) foram definindo, com mais clareza, os objetivos do PSF como uma estratégia governamental.

No documento “Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial” (Brasil, 1997), apareceram novos conceitos que foram a resolubilidade, humanização das práticas de saúde e a democratização do conhecimento do processo saúde-doença. Ao mesmo tempo, a Atenção Básica foi definida pela portaria 3925/98 como “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível primário de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (Brasil, 1998). No decorrer dos anos, o Ministério da Saúde foi ampliando suas definições de Atenção Básica com o intuito de orientar a ação dos técnicos em nível descentralizado, evoluindo para a concepção do PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país.

Em 1999 iniciou-se o processo de execução do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, que foi e vem sendo lentamente incorporado como mecanismo de planejamento e avaliação por parte dos gestores municipais. Em 2001 foi publicada a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS- SUS 01/01) que estipulava as responsabilidades e ações mínimas que os municípios deviam desenvolver na Atenção Básica, a saber: ações de saúde da criança; ações de saúde da mulher; controle da tuberculose; eliminação da hanseníase; controle da hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, ações de saúde bucal e ações de saúde mental. A partir destas ações de Atenção Básica foram definidas também as redes regionalizadas e hierarquizadas, que garantiriam a integralidade da assistência nas microrregiões e regiões maiores (Souza, 2002). É importante ressaltar que a NOAS trouxe para a AB, dentre outras, a responsabilidade da atenção em SM.

Em 2002, foi distribuído para os municípios um texto já conhecido nos Estados Unidos há uma década intitulado: “Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, Serviços e Tecnologia” STARFIELD (2002). Neste texto a autora apresentava resultados de estudos em vários países do mundo que apontavam o impacto positivo da Atenção Primária em Saúde via indicadores sanitários, além de propor métodos de pesquisa para avaliação de resultados

(Andrade, Barreto & Bezerra, 2007). O texto reforçava o enfoque da atenção básica na saúde e não na doença; na promoção, atenção e cura e não só na cura; entre outras importantes contribuições que poderiam ajudar no amadurecimento da experiência brasileira.

Já entre os anos de 1996 e 2006 a produção de serviços do SUS cresceu 92% e parte dela se deve à Atenção Básica. Em 2007, 90% dos municípios estavam cobertos pelo PSF (CONASEMS, 2011).

Em 2010 foi alcançada a cifra de 235.000 ACS e as equipes da Saúde da Família que eram 300 na época da criação, passaram a ser mais de 35.000 (CONASEMS, 2011).

Em 2011 50 % da população brasileira já estava coberta pela ESF. No ano seguinte a cobertura populacional estimada foi de 54,84% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 105.504.290 habitantes (Brasil, 2012).

Em 2012 a nova Política Nacional da Atenção Básica reafirma seu papel como principal porta de entrada do sistema, a necessidade de estar perto do local onde as pessoas vivem e ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Reafirma também os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2012). A nova política busca enfatizar o papel da AB como ordenadora das Redes de Atenção, avançando na gestão e coordenação do cuidado do usuário. Passou a apoiar uma quantidade maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil.

A nova política incorporou a portaria que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Brasil, 2008), que visam “ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade” (Brasil, 2011). Dentre outras ações prioritárias desses núcleos, estão as de SM.

Atualmente, existem 39.064 equipes de SF e 265.272 Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. Isto significa uma população de 120.577.650 pessoas cobertas por estes programas (Brasil, 2014).

1.2- A reforma psiquiátrica e a luta anti manicomial no Brasil

Antes de se falar da Saúde Mental (SM) no contexto da Atenção Básica (AB), é preciso contextualizar o percurso da SM no Brasil. Até a segunda metade do século XIX não havia qualquer assistência médica específica para os “loucos”. Muitas vezes estes eram considerados vagabundos e levados para a prisão, encarcerados em hospitais gerais ou ficavam vagando pelas ruas a sua própria sorte (Costa, 1976).

A partir dos meados do século XIX até o final da Segunda Guerra Mundial predominou, no Brasil, o que Amarante chamou de “trajetória higienista”, na qual prevaleceu “um projeto de medicalização social” tendo a psiquiatria o papel de instrumento de poder tecno-científico (Amarante, 2006).

Em 1934 foi promulgado o Decreto nº 24.559 que tratava da profilaxia mental, a assistência e proteção ao doente mental e a fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Costa, 1976).

Após a Segunda Guerra, iniciou-se o que foi chamado de “trajetória da Saúde Mental”. Nesse período, que coincide com o início dos anos 1970, são criados e implantados planos integrados de Saúde Mental em vários estados do país, notadamente em São Paulo e Rio Grande do Sul. Todos eles influenciados pelas propostas inovadoras europeias e americanas (Amarante, 2007).

Entre 1978 e 1980 fortes mobilizações de profissionais da Saúde Mental deram a arrancada inicial para o que viria a ser conhecido como a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Péssimas condições de assistência nos então

denominados hospícios começaram a ser denunciadas pelo crescente movimento dos trabalhadores do setor. Ao mesmo tempo ocorriam todas as discussões e mobilizações por liberdades democráticas e por saúde como um direito do cidadão, que tiveram como consequência a Constituição de 1988 e as leis que regem o SUS. As características desse processo eram claramente de oposição à hospitalização do paciente mental grave e crítica ao poder médico. Ao mesmo tempo propunham o reconhecimento da medicina alternativa; incorporavam conceitos da Medicina Social, como a determinação social das doenças; da Psiquiatria Democrática com serviços substitutivos tais como hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, lares abrigados, núcleos autogestionários. Propunham também internação em hospitais gerais. A esse processo Paulo Amarante chamou de “trajetória alternativa” (Amarante, 2007).

Enquanto isso, já no início da década de 1980, os trabalhadores do Movimento da Reforma Sanitária passaram a se incorporar ao aparato de Estado. Tratou-se de uma estratégia de mão dupla. Os trabalhadores ocupavam espaço na estrutura do Estado e o Estado cooptava o pessoal crítico para seu interior. Foi o momento institucionalizante que passou a ser menos crítico e incorporou preocupações com a gestão e o planejamento em saúde, prerrogativas do sanitarismo. A ciência médica e a administração passaram a ser vistas como conhecimentos úteis na resolução dos problemas das coletividades, por isso o autor citado a chama de “trajetória sanitarista”.

Em 1987 ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental. Essa conferência, cujo lema foi “Por uma sociedade sem manicômios” marcou espaço, ganhou as ruas e chegou à imprensa e à opinião pública. A partir daí houve um rompimento com o ideário do sanitarista, voltando o movimento a se focar no conceito de desinstitucionalização ou desconstrução. Assim o movimento pela Reforma Psiquiátrica reencontra suas origens de perfil desinstitucionalizante, que o orientava a mover-se em direção às pessoas e às comunidades (Amarante, 2007).

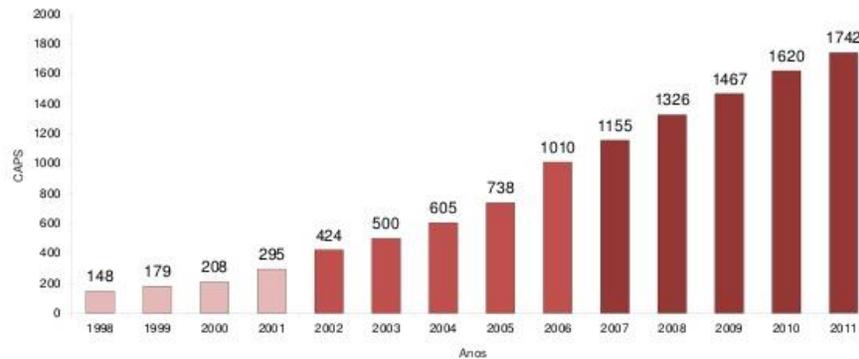
“Reconheceu-se que não é suficiente a oferta de tratamento psicoterápico e farmacológico ao paciente, mas importa também agir na sociedade e com ela, promovendo uma maior compreensão do que é a doença mental, de quem é esse paciente que dela sofre, derrubando assim preconceitos e dilatando as possibilidades de trânsito social para esses pacientes” (Ferreira Neto, 2006, p.75).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica brasileira fica melhor denominada como movimento ou luta antimanicomial, na medida em que não é mais somente liderada por trabalhadores médicos ou de SM, mas composto por diversas forças sociais.

O principal equipamento substitutivo ao hospital psiquiátrico foi o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Trata-se de um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que oferece tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes. Já no final da década de 1980, inúmeros municípios iniciaram a implantação dos CAPS ou Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) (Sávio, 2003 apud Pinto).

Segue tabela que ilustra a expansão desses serviços de 1998 a 2011 (Brasil, 2012b).

Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, 1998 - 2011)



Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001.

O gráfico apresenta a expansão regular dos serviços tipo CAPS ao longo dos anos. Ao final do ano de 2011 o número de serviços chegou a 1742, com a habilitação de 122 serviços durante o ano.

5

Os 1.742 CAPS implantados até 2011 estavam divididos em: 822 CAPS I; 431 CAPS II, 63 CAPS III, 149 CAPSi, 272 CAPSad e 5 CAPSad III. Neste mesmo ano de 2011 o país também contou com 625 Residências Terapêuticas e 3961 beneficiários do Programa de Volta pra Casa.

Apesar de todo esse avanço, segundo Daúd Junior (2011), esta é uma política

(...) naps-caps-cêntrica, vertical e compartimentalizada em relação às práticas mais avançadas da reforma sanitária no contexto do Sistema Único de Saúde, e que nega, em sua essência, a possibilidade ampla de recursos a uma atenção integral à saúde mental (Daúd Junior, p.121, 2011).

Daúd Junior considera ainda que os CAPS/NAPS não podem ser considerados centros de irradiação de práticas substitutivas, já que em sua maioria reproduzem “práticas cronificadoras, segregadas das ações gerais de saúde (...)”. Acredita tratar-se de uma política espaçocêntrica e que seduz em razão do “financiamento fácil e bem orquestrado”,

(...) cujos paradoxos reforçam a imagem tradicional da tragédia nacional: politicamente dependente, clientelista e falsa, quando se refere à contradição entre o discurso e a prática (Daúd Junior, 2011, p. 120).

Boarini (2011) nos lembra que os municípios estão buscando gerenciar a “pulverização das políticas públicas e a precarização dos direitos constitucionais”. E mais,

(...) os gestores municipais, pressionados pela política econômica, estão ávidos por novos recursos financeiros (...). Os incentivos para a implantação de CAPS, as novas formas de pagamento das ações representariam para o gestor municipal somente uma nova fonte de captação de recursos financeiros (Boarini, 2011, p.155).

A mesma autora coloca que a expansão dos CAPS não está necessariamente a serviço da construção de um modelo de Atenção Psicossocial. Muitos CAPS estariam funcionando, “na melhor das hipóteses, como um outro ambulatório de Saúde Mental” (Boarini, 2011).

Aidecivaldo Jesus aponta ainda dois problemas em relação à política dos CAPS:

(...) o dispositivo recomendado pelo Ministério da Saúde como estratégico para a organização da rede de saúde mental, não tem estabelecidas as condições prévias para sua implantação na imensa maioria dos municípios brasileiros. Basta lembrar que 70% desses municípios têm uma população abaixo de 20 mil habitantes (IBGE, 2011) (Jesus, 2011, p.38).

(...) a lógica de regionalização e/ou das propostas de parceria/consórcios intermunicipais (...) compromete, por outro lado, as práticas comunitárias e/ou aplicadas no território (...) (Jesus, 2013, p.39).

Por outro lado, em Campinas, município que conta com diversos CAPS, uma pesquisa com o objetivo de avaliar seis CAPS III chegou à conclusão de que “(...) os CAPS fazem parte de uma política eficaz de saúde mental voltada para os pacientes psicóticos e neuróticos muito graves (...)” e que esta “(...) política deve ser ampliada e sustentada garantindo sua viabilidade em termos de recursos, capacitação e contratações (...)” (Onocko Campos, 2009).

A despeito de aspectos positivos e negativos desta política, hoje os CAPS têm expressiva presença no cenário brasileiro, contando com um total de 2.062 unidades em dezembro de 2013. Destes, 978 CAPS I, 471 CAPS II, 78 CAPS III, 187 CAPSi, 301 CAPSad e 47 CAPSad III (Brasil, 2014, p. 485).

Além dos CAPS, os usuários portadores de transtornos mentais graves contam também com o programa de Volta pra Casa, as Residências Terapêuticas e iniciativas de inclusão social pelo trabalho (Brasil, 2012-b).

1.3- Saúde Mental na Atenção Básica: tessituras de uma história

1.3.1- Impacto epidemiológico

Há quatorze anos a Organização Mundial de Saúde (OMS) nos alertou que:

(...) cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas. Muitas sofrem em silêncio. Além do sofrimento e além da ausência de atenção encontram-se as fronteiras da estigmatização, da vergonha, da exclusão e, mais frequentemente do que desejaríamos reconhecer, da morte (OMS, 2001, p. vi-vii).

Há muito tempo os profissionais da Atenção Básica se deparam com demandas de SM. Talvez a demanda sentida por profissionais da área de saúde no SUS possa não ser o melhor critério de avaliação, embora aponte para uma necessidade sentida nas redes primárias municipais (Lancetti, 2000; Pinto, 2004; Campos, Domitti, 2007).

No documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (2004), o Ministério da Saúde reconhece a magnitude dos problemas da área da SM, além de afirmar que estes já fazem parte do dia-a-dia de até 56% da demanda das Unidades Básicas.

Em 2004, Fortes publicou pesquisa realizada em Unidades do Programa de Saúde da Família de Petrópolis, em que encontrou uma prevalência média de 56% de Transtornos Mentais Comuns [TCM] nos pacientes. Dentre estes 33% eram de quadros graves, a maioria era de pacientes com Transtornos Depressivos e Ansiosos; e 43% dos pacientes com TMC apresentavam queixas somáticas inespecíficas (Fortes, 2004).

Somente em 2010, dez anos após o citado documento da OMS, é disponibilizado pelo MS a prevalência de transtornos mentais na população em geral, extraída de estudos internacionais.

Segundo esses estudos, três por cento da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes; nove a doze por cento transtornos mentais leves, que necessitam cuidados eventuais; e seis por cento transtornos decorrentes da dependência do álcool e outras drogas (Brasil, 2010).

Segundo o MS, na Atenção Básica, entre 33% a 56 % dos pacientes atendidos podem apresentar transtornos mentais leves (Brasil, 2010).

Recentemente, importante estudo multicêntrico na AB pesquisou a prevalência e fatores sócio demográficos relacionados em quatro capitais brasileiras (Gonçalves et al, 2014). Usando o *General Health Questionary* (GHQ-12) e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) achou os seguintes dados. Pacientes que apresentam transtorno mental: Rio de Janeiro: 51,9%; São Paulo: 53.3%; Fortaleza: 64.3%; Porto Alegre: 57.7%. Além disso, ressalta que:

Com mais da metade dos adultos que frequentam a atenção primária sendo classificada como tendo Problemas Mentais Comuns, as políticas de saúde devem ser desenvolvidas para este problema de saúde, que difere substancialmente do público que frequenta a atenção especializada, que tem sido a ênfase do planejamento em saúde mental nos últimos anos no Brasil (Gonçalves et al, 2014, s/p)¹.

O mesmo estudo, em sua conclusão, aponta a necessidade de se levar em consideração os Transtornos Mentais Comuns (TMC) como prioridade junto a outras condições crônicas de saúde (Gonçalves et al, 2014), assim como já recomendava a pesquisa de 2008 sobre o perfil nosológico de TMC feita em Petrópolis (Fortes, 2008).

Alguns pesquisadores têm críticas em relação ao conceito Transtorno Mental Comum, sugerindo que este pode levar a uma medicalização e psiquiatrização da vida (Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008).

Por outro lado,

(...) se tal conceito for visto como um modo de apreender uma determinada manifestação do sofrimento e como uma categoria que torna possível a investigação, a pesquisa e as associações com variáveis sócio-demográficas, pode-se enxergar esse conceito como um instrumento que aponta para além da perspectiva medicalizante (Fonseca, Guimarães & Vasconcelos, 2008, p. 287).

Quatorze anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira continuamos com muitas percepções e algumas pesquisas locais, mas sem dados epidemiológicos em SM de abrangência nacional, ou mesmo instrumentos padronizados que possam ser utilizados pelos municípios ou regiões de saúde e comparados entre si.

1.3.2- Década de noventa: protagonismo dos municípios

Em 1990, a Declaração de Caracas estabeleceu uma recomendação: as autoridades nacionais deviam adotar, entre outras, a estratégia da Atenção Primária em Saúde como um caminho para alcançar a Reforma Psiquiátrica.

Entre os anos 1992 e 1997 foram os governos estaduais que promulgaram leis da Reforma Psiquiátrica em seus estados. Dentre eles o Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Sul e Rio Grande do Norte. Estas leis estaduais dispuseram, em sua maioria, sobre a redução progressiva dos leitos hospitalares e sua substituição por outros recursos assistenciais, sem incluir neles qualquer menção à SM na Atenção Primária

(Brasil, 2002). Consideraram, em sua totalidade, modalidades médico assistenciais substitutivas como atendimento ambulatorial; emergência em pronto-socorro geral; leitos psiquiátricos em hospital geral; hospital-dia; hospital-noite; núcleos e centros de atenção psicossocial; centro de convivência; atelier terapêutico; oficina protegida; pensão protegida; lares abrigados, centros residenciais de cuidados intensivos; unidade de desintoxicação em hospital geral. Algumas das leis apontaram a necessidade de se usar uma rede de atendimento integral em SM. Lembraram sempre do hospital geral e dos ambulatórios como recursos a serem utilizados, mas nenhum, como foi dito, mencionou a rede de atenção primária.

Oito portarias relativas à SM baixadas pelo Ministério da Saúde na mesma década de 1990 têm, primordialmente, o objetivo de implantar a rede de atenção em SM. No entanto, destas portarias, observa-se somente algumas tímidas aproximações ao tema da AB: a Portaria/SNAS 189 de 1991 resolveu aprovar a inclusão de novos procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (040-0 e 031-0) entre eles atendimento em grupo executado por profissionais de nível médio, desde que pertencentes aos quadros do ambulatório de SM. Entre os procedimentos incluídos estavam: orientação, reunião em sala de espera e oficinas terapêuticas, atividades passíveis de serem realizadas pela AB (Brasil, 2002). A Portaria/SNA 224 de janeiro de 1992 estabeleceu que atendimento grupal, visitas domiciliares, atividades comunitárias poderiam ser realizadas por equipe técnica de SM (pessoal de nível médio, médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) em atuação direta em Unidades Básicas ou em interação com médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares e agentes de saúde. Apesar de indicar a participação da AB, mantinha a necessidade das atividades serem executadas por profissionais da SM (Brasil, 2002).

Enquanto isso, os municípios, pressionados pela necessidade de acolher as demandas de seus usuários e também pela normatização da NOAS de 1996, já haviam iniciado uma série de experiências municipais de atendimento aos transtornos mentais.

Na verdade, essas experiências tiveram seu início no final da década de 70, começo da década de 80. Já a partir do modelo “(...) preventivista, a saúde mental foi pensada como uma proposta de base comunitária, desde as unidades básicas de saúde, passando por ambulatórios e hospitais gerais” (Pôrto, 2012, p. 35).

Por tanto, essas experiências se adiantaram bastante em relação às orientações do MS, que só começaram a ser sistematizadas a partir de 2001.

Em 2000, Lancetti organizou um livro denominado “Saúde e loucura 7, Saúde Mental e Saúde da Família”, no qual são apresentadas várias experiências de parcerias entre a SM e a SF, todas ocorridas no Brasil dos anos 1990 (Lancetti, 2000).

Em 1992 o estado do Ceará aprovou a lei estadual “Mário Mamade” (nove anos antes da lei federal da Reforma Psiquiátrica), além de diversos CAPS. O CAPS de Quixadá estabeleceu um modelo que supervisiona as ações de SM na AB; serve de retaguarda para internações em hospital geral regional; promove reabilitação psicossocial e fornece tratamento ambulatorial. Outras cidades como Iguatu, Canindé, Quixadá, Icó, Juazeiro do Norte, Cascavel, Arati e Fortaleza também implantaram seus CAPS.

O Projeto Qualis-PSF do governo de São Paulo organizou capacitação das equipes de SM e da SF como “amigos qualificados” para intervir em famílias com “maior dificuldade” (Pinto, 2004). Nessa experiência, os profissionais da SM eram volantes, não estavam lotados em nenhuma unidade e, para cada duas equipes, existia um profissional especializado como apoiador. A abordagem se dava sobre o grupo familiar e não sobre um paciente especificamente. O psiquiatra tinha o papel de ser uma ponte entre os profissionais e entre moradores.

Camaragibe (município de médio porte da Região Metropolitana de Recife - PE) possuía, em 1995, o Programa de Saúde da Família e estava com o PSF estruturado, qualificado, com ampla cobertura e território bem definido.

Buscava promoção da qualidade de vida e a valorização do papel do indivíduo no cuidado com sua família. Diante da necessidade de prestar assistência aos transtornos mentais observou-se que o número de casos parecia muito grande e o nível de preparo do pessoal muito baixo. Estruturaram-se oficinas de capacitação para o pessoal do PSF. A estratégia foi privilegiar o local onde “surgem os problemas”. Só depois foram estruturados o NAPS e o Ambulatório de SM (Pinto, 2004).

No município de médio porte pernambucano, Cabo de Santo Agostinho, o PSF foi universalizado no território. Já contava com um NAPS em funcionamento e um ambulatório de Psiquiatria quando, em 1998, a Equipe de SM iniciou ações junto às equipes do Programa de Saúde em Casa. Capacitou suas 23 equipes para conhecer os transtornos mentais da comunidade e, a partir daí, iniciaram-se encontros sistemáticos entre os dois grupos. Os Agentes Comunitários aceitaram melhor as novas atribuições e o novo olhar. Na verdade, eles já estavam acostumados a viver perto dos problemas. Já os médicos ofereceram mais resistência, principalmente o receio de que poderia ser aumentada sua carga de trabalho. Foi estabelecida uma maior proximidade da equipe da SM com seu coordenador. Definiu-se um técnico especializado para cada quatro equipes do PSF, que fazia supervisão com frequência mensal. Foi criado um instrumento municipal de notificação dos transtornos mentais para permitir conhecer o perfil epidemiológico dos transtornos por equipe e no município (Lancetti, 2000).

Em Minas Gerais, Araçuaí (pequeno município do Vale do Jequitinhonha), havia um médico clínico que fazia atendimento medicamentoso a pacientes portadores de transtorno mentais. Foram visitadas todas as famílias onde havia pessoas identificadas como portadores de sofrimento mental. Quando foi criado o PSF, o Programa de Saúde Mental já havia sido criado com um intercâmbio entre os dois programas (Silva et al., 2000, apud Pinto).

Outra experiência se deu no Ceará, com destaque para o município de Sobral. Foi estabelecida parceria entre o PSF e os CAPS. Havia 42 equipes da SF implantadas quando foi criado o CAPS de Sobral. Para os partícipes dessa

experiência o CAPS adquiriu “impulso, operacionalidade, logística e sustentabilidade com a expansão do PSF” (Sampaio & Barroso, 2000). Esse trabalho apresentou como resultado a redução significativa no uso de benzodiazepínicos na população e a redução das internações em hospital psiquiátrico de oito por semana para seis por ano, uma vez que passaram a ser encaminhados para o hospital geral.

Em Campinas ocorria, na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, a elaboração de uma proposta teórico-prática que objetivava contribuir para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Entre tantos outros se destacou o conceito de apoio matricial que tem por objetivo oferecer retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (Campos, 1999). Este novo arranjo substituiria os encaminhamentos feitos pela rede básica através de planilhas, por um sistema personalizado com contato direto entre o encarregado do caso e o especialista. Haveria três planos de articulação: atendimento e intervenção conjunta; série de atendimentos realizados pelo especialista mantendo ao mesmo tempo um padrão de seguimento complementar pela equipe de referência; e troca de conhecimentos e alteração na avaliação do caso (Campos & Domitti, 2007).

1.3.3- 2001 a 2013: o despertar das propostas ministeriais

Mais de dez anos depois da já citada Declaração de Caracas, também a OMS afirma que para se efetivar a atenção em SM no mundo deve-se proporcionar tratamento na AB/Atenção Primária:

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e mais rápido aos serviços - é preciso reconhecer que muitos já estão buscando assistência nesse nível. Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz

o desperdício resultante de exames supérfluos e de tratamentos impróprios ou não específicos. Para que isso aconteça, porém, é preciso que o pessoal de saúde em geral receba treinamento nas aptidões essenciais da atenção em saúde mental (OMS, 2001, p vi-vii).

Após vinte anos de experiências municipais acumuladas, em março de **2001**, com participação de técnicos de municípios pioneiros, o Ministério da Saúde (MS) realizou uma oficina para discutir um **Plano de Inclusão da Saúde Mental na Atenção Básica**.

Na ocasião, reconheceu que existiam experiências em diversas regiões do país obtendo resultados importantes, mas que eram ainda isoladas. Afirmou que era preciso transferir conhecimento do campo da SM para outro que já vem atuando junto à comunidade - o PSF (Brasil, 2001).

Em documento propôs, entre outras coisas, metas para 2001. Essas propostas, entretanto, não foram acompanhadas de recursos federais, ficando mais uma vez a cargo dos municípios a iniciativa financeira de implantar as inovações. Havia a proposta de que os municípios elaborassem planos municipais de inclusão da SM no PSF e pactuação na Comissão Inter-gestores Bipartite dessa adesão. Nessa oficina houve trocas de experiências; discutiram-se as ações que deviam ser desenvolvidas pela SM em articulação com o PSF; qual seria a composição da equipe de SM; a relação quantitativa entre técnico suporte/equipes do PSF; inserção direta do profissional de SM atuando junto aos membros do PSF; intervenção conjunta em consultas e visitas domiciliares; capacitação; planejamento; educação continuada; mobilização; supervisão; estímulo à organização de redes sociais, etc. Uma das conclusões foi a indicação de uma equipe de SM como suporte para 8 a 10 equipes do PSF. Uma questão bastante polêmica foi a discussão da inserção direta dos técnicos especialistas na USF (Brasil, 2001). Essa mesma oficina seria uma das bases para a elaboração de dois documentos: “Diretrizes para a política de Saúde Mental na Atenção Básica” e um segundo, “Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e

o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental”. Voltar-se-á a falar dos dois mais adiante.

Em abril deste mesmo ano, uma década depois da proposta inicial, foi sancionada a **Lei nº. 10.216**. Esta ficou sendo conhecida como “Lei Paulo Delgado” e se tornou a Lei Nacional sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Nela pôde-se notar menção de que a assistência aos portadores de transtornos mentais deva ser realizada especificamente em “estabelecimento de Saúde Mental” (Brasil, 2001). Não houve aceno para uma assistência na rede geral do SUS e mostrou um amadurecimento muito desigual entre as discussões que ocorriam no âmbito do Ministério da Saúde e o ambiente político que aprovou e sancionou a referida lei.

Ainda em 2001, aconteceu a **III Conferência Nacional de Saúde Mental** que, em seu relatório final, contemplou a SM na AB em três títulos:

- Sob o título de “**Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde**” apresentou um subitem específico para a AB, refletindo preocupações de gestores e trabalhadores com a mesma. Entre as preocupações estavam: inclusão do PSF como porta de entrada às ações de SM; inserção das ações de SM como exigência da NOAS para inclusão do município no nível de gestão do PAB ampliado; atenção à depressão e ansiedade pelos profissionais das Unidades Básicas; destaque de profissional de SM para atuar junto às equipes de Saúde da Família, como volantes, na proporção de um profissional especialista para cada duas equipes; criação de uma Ficha B para SM como parte do SIAB (Brasil, 2002).
- Sob o título “**Recursos Humanos**” propôs-se: capacitar médicos generalistas que atuam na AB por meio de protocolos assistenciais, para uso de medicamentos essenciais; capacitar em SM a equipe de Saúde da Família como um todo (Brasil, 2002).

- Ainda um terceiro título “**Financiamento**” propunha a inclusão de ações de Saúde Mental na relação de ações da AB a ser exigido pela NOAS e criação de um incentivo mensal específico para SM para os municípios que desenvolvessem tais ações na rede básica (Brasil, 2002).

Nota-se que havia um acúmulo de ideias e propostas para a criação de diretrizes e propostas detalhadas do processo de inclusão da SM no âmbito da AB.

Apesar das discussões promovidas pelo Ministério da Saúde, das ideias propostas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental e da aprovação da Lei 10.216, não houve apoio financeiro para colocar em prática as propostas apresentadas.

Mais uma vez os municípios continuaram tendo de se haver com a crescente necessidade de atenção em SM sem o apoio financeiro federal.

Um exemplo foi a Prefeitura Municipal de Campinas que, por conta própria, aplicando o conceito de apoio matricial (dentre outros), implantou em 2001 o “Projeto Paidéia de Saúde da Família”, cujo objetivo foi reformar e ampliar a rede básica de atenção à saúde. Um dos novos arranjos foi a utilização de apoio matricial de especialistas a equipes locais de referência presentes nas UBS, não só para a Saúde Mental, mas para todas as especialidades.

Amparo, município do estado de São Paulo onde a pesquisadora trabalhou por dez anos, possuía um ambulatório de SM desterritorializado que contava com psiquiatra, psicólogos e fonoaudiólogos. No ano de 2004 este equipamento foi desativado e os psicólogos foram para as USF, onde faziam um misto de apoio matricial e atendimento direto à demanda do território. O psiquiatra passou a trabalhar como apoiador matricial para todas as equipes da ESF. Esta experiência indicou que

(...) a ampliação de ofertas em saúde mental na atenção primária possibilitou atendimento a pacientes com sofrimento mental leve e moderado que muitas vezes não chegavam ao ambulatório e permaneciam sem resposta (Machado & Siqueira, 2008, s/p).

Outros municípios, cada um a seu modo, buscaram desenvolver experiências que dessem conta da crescente demanda de Saúde Mental na Atenção Básica (Moreno et al, 2004; Tanaka, Ribeiro, 2006; Gomes, 2006; Nunes, Jucá, Valentim, 2007; Dimenstein et al, 2007; Sampaio, Carneiro, 2007; Tófoli, Fortes, 2007; Tanaka, Ribeiro, 2007; Ribeiro, Ribeiro, Oliveira, 2008; Jucá, Nunes, Barreto, 2009; Delfine et al, 2009; Silveira, 2009; Rodrigues, Moreira, 2010; Barreto et al, 2010).

Em julho de **2003**, no documento “**Desafios da integração com a rede básica**” (Brasil, 2003), o MS sinaliza para a necessidade de que seja incorporada como tarefa a compreensão da dimensão subjetiva dos usuários; a responsabilização em relação à produção da saúde e a necessidade de obedecer a um modelo de redes de cuidado. Aponta o apoio matricial das equipes de SM às equipes da ESF como caminho de compartilhamento e co-responsabilização pelos pacientes, aumentando a resolutividade das ações da ESF no atendimento aos casos de pacientes portadores de sofrimento psíquico (Brasil, 2003). As diretrizes foram apresentadas e divididas em três partes:

- **Apoio matricial no nível local:** Equipes de CAPS ou equipes de SM se vinculariam às equipes de Saúde da Família, com encontros semanais e formas de contatos em intercorrências (Brasil, 2003);
- **Responsabilidades das equipes matriciais:** Ações conjuntas, atendimento dos casos graves, uso de álcool e drogas, egressos de internações psiquiátricas, discussão de casos com as equipes da SF, difundir a cultura de assistência não manicomial, orientar e apoiar mobilização comunitária. (Brasil, 2003);

- **Ações e responsabilidades mínimas das equipes do PSF:** busca ativa de usuários em situação de risco, diagnóstico clínico de casos, cadastramento de portadores de transtornos mentais, ações educativas e medidas de promoção à saúde (Brasil, 2003).

Segundo Porto (2012), nesta época,

Ainda não havia uma política mais clara para este campo, por parte do Ministério da Saúde, institucionalizada em normas ou portarias, com mecanismos fortes de indução junto a estados e municípios, definição de metas, financiamento específico e uma forma de avaliação e monitoramento para estas ações (Porto, 2012, p.102).

O terceiro documento, de **2004**, “**Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental**” reitera grande parte das diretrizes do primeiro e do segundo documentos. Aponta diretrizes gerais e orientações para o desenvolvimento e a organização das ações de SM na AB (Brasil, 2004-b).

Em **2005**, no documento “**O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios**”, novamente é salientada a elevada prevalência de transtornos mentais na população brasileira. Reconhece que aumentar a acessibilidade ainda é um desafio e reitera como política a desinstitucionalização da assistência psiquiátrica e a necessidade de inclusão da AB na rede de cuidados em SM (Brasil, 2005).

Novamente, mesmo após tantas discussões e propostas, o documento da **Política Nacional da Atenção Básica** de **2006** não faz nenhuma referência às ações de SM e tampouco propõe indicadores relacionados ao tema.

Neste mesmo ano, em Campinas, onde se implantou o Projeto Paidéia de Saúde da Família, um estudo avaliativo buscando identificar mudanças e dificuldades em relação à implantação do apoio matricial em SM chegou às seguintes conclusões: houve rompimento do isolamento e troca de conhecimentos entre as equipes de referência e de apoio; aumento da resolutividade das ações de SM na AB; concepção ampliada de SM foi enfatizada; a capacidade resolutiva do pessoal da rede básica em unidades onde há profissionais da SM lotados é menor do que naquelas onde só se trabalha com profissionais do Apoio Matricial (Figueiredo, 2006).

Em janeiro **2007** saiu o documento: **“Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção-Relatório de Gestão 2003-2006”**. Este documento aponta a inclusão de parâmetros para ações de SM na AB nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - PPI, publicados na portaria GM nº 1097 de 2006. Segundo o documento, a estratégia de implementação de Equipes Matriciais de Referência em SM foi articulado junto aos gestores e cada vez mais os municípios têm aderido à proposta. (Não há informação de quantos municípios aderiram). Reconhece que mecanismos de indução financeira, pelo MS, são fundamentais para a indução e qualificação da SM na AB e que deverá ser uma das prioridades na gestão 2007-2010 (Brasil, 2007).

Em **2007**, o **Pacto pela Vida** aprovou a inclusão da SM como prioridade. Desta vez dois indicadores foram propostos: taxa de cobertura de CAPS e do Programa de Volta pra Casa. Novamente, as necessidades relacionadas aos transtornos mentais mais graves são as únicas consideradas (Brasil, 2007-b).

Enquanto a Política Nacional de AB nada trata do tema SM; e o MS ainda estava pensando em acionar a estratégia de indução financeira para incorporar a SM na AB, uma pesquisa de 2007 contactou que seus entrevistados

(...) já lidam no seu cotidiano com portadores de sofrimento/transtorno mental. Ademais, existe uma manifestação do desejo de se qualificarem para esse tipo de manejo por duas razões igualmente importantes: pelo sentimento de estarem descumprindo a ética do cuidar ao não saberem como o fazer, ou pela angústia provocada ao defrontar-se com situações humanamente e afetivamente exigentes, como frequentemente o são problemas dessa natureza. A maioria desses profissionais se sente despreparada para o manejo com pessoas portadoras de transtornos mentais, o que gera sentimentos de impotência e frustração (Nunes, Jucá & Valentim, 2007, p. 2381).

Em **2008** o MS cria os **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**, mediante a Portaria GM 154/08, que reconhece a necessidade de ampliar a abrangência e as ações da AB, assim como aumentar sua resolubilidade. O apoio matricial é reiterado como estratégia para se alcançar este objetivo (Brasil, 2008). No entanto, não há proposta de equipe de apoio matricial específica em SM, com equipe de SM. A única proposta específica continuou sendo o Apoio Matricial sob responsabilidade dos CAPS.

Curiosamente, em 2009, a pesquisa “Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental” chega à conclusão de que:

Os coordenadores de unidades básicas se mostraram como tendo ideia vaga e distorcida sobre o trabalho do CAPS, independentemente do número de pacientes que sua unidade encaminhou para a Saúde Mental. Os agentes de saúde estudados desconheciam a função dos CAPS e afirmaram praticar ações de saúde mental baseadas em senso comum (Onocko Campos et al, 2009, p.19).

Isto nos faz pensar o quanto o CAPS está de fato exercendo sua função de apoiador matricial.

Ainda neste ano, importante trabalho de revisão bibliográfica denominado “Saúde Mental na Atenção Básica - Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007)”, traz diversas questões fundamentais para se pensar. São elas:

(...) inconsistência da política pública, no sentido de que ela prevê o nível secundário para os casos graves, mas não aponta quais seriam os equipamentos que dariam conta da demanda de casos menos graves que precisariam de tratamento (Gama & Onocko Campos, 2009, p.127).

Existe um risco grande de, à revelia da proposta do governo, os profissionais do NASF serem utilizados para fazerem atendimentos clínicos curativos da população nas equipes de PSF, sem tempo para matriciamento, prevenção e promoção (Gama & Onocko Campos, 2009, p.127).

(...) há uma dificuldade grande de integração entre as equipes de PSF e os CAPS. (...) esta desarticulação reflete a ambiguidade da política pública. Por exemplo, (...) o CAPS é responsável pela organização da rede de cuidados em saúde mental no território, isto vai de encontro às diretrizes relacionadas à atenção básica, que também teria este papel (Gama & Onocko Campos, 2009, p.127).

(...) a existência de políticas públicas com diretrizes modernas e avançadas não garante a sua implementação (...) (Gama & Onocko Campos, 2009, p.127).

(...) identificamos uma proposta de política pública bastante genérica para a área, que ainda não se deparou com os questionamentos oriundos de uma prática concreta. O desenho atual parece-nos ainda bastante incompleto: de um lado temos o Caps, cuidando dos casos graves;

de outro, o PSF, muitas vezes sem profissionais específicos da saúde mental, arcando com uma demanda crescente (Gama & Onocko Campos, 2009, p.128).

Em **2010**, vinte anos após a Declaração de Caracas e nove anos após a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, houve a **IV Conferência Nacional de Saúde Mental**. Nesta, ainda houve a necessidade de se enfatizar a relevância de se garantir o cuidado em SM na AB; de incluir a SM como área estratégica da AB; e incluir a SM no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (Brasil, 2010).

Neste mesmo ano é lançado o caderno “**Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**” dessa vez, há um amadurecimento nítido em relação ao documento de 2003 no que tange às diretrizes gerais, referência às situações de risco, responsabilidades conjuntas das equipes de referência de apoio em relação à SM, articulação com a rede especializada, etc (Brasil, 2010-b).

Em **2011** o documento “**Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010**”, a inclusão dos profissionais de SM nas equipes dos NASF foi considerada pelo MS um dos principais avanços do período de 2007-2010 para a inclusão da SM na AB. (Brasil, 2011-d) No entanto, é importante lembrar que o NASF não é uma política de SM, mas que pode ou não incluir, dentre outras necessidades, as questões de SM.

Em 2011 foi lançada a nova **Política Nacional de Atenção Básica**, **que** revisou as diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários. Apesar de incorporar as diretrizes do NASF, não trata em nenhum momento das questões de SM de forma específica! Seus programas e estratégias colocados como prioritários para a AB não incluem a SM. Reafirma ser a porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde. Ao mesmo tempo a Política de SM afirma ser o CAPS o responsável pela ordenação dos casos de SM...

Ainda este ano, sai um dos mais importantes documentos em SM dos últimos tempos, a **Portaria nº 3.088 de Dez./2011** (Brasil, 2011-e). Este institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de A/D. Em seus objetivos enfatiza a necessidade de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de A/D e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Pretende também monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Para finalizar o ano de 2011, bastante rico em documentos e propostas, é lançado o **“Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental”**, documento bastante detalhado e propositivo.

Em **2012**, a **Portaria nº 3124** redefine vinculação dos NASF 1 e 2 e cria NASF 3 (Brasil, 2012-c).

Recentemente, em **2013**, a coleção Cadernos da Atenção Básica lançou um número sobre **“Saúde Mental”**, nele reafirma a necessidade de se ter um primeiro acesso em SM na AB (Brasil, 2013).

Vale refletir por que razão um guia tão rico a respeito de Apoio Matricial sai sete anos após o documento que propõe este arranjo, em 2004 (Brasil, 2004-b) e por que um Caderno específico de SM sai após tantas décadas de pressão da população por atendimentos às suas necessidades?

Por fim, em 2014, sai o **“Relatório de Gestão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)- 2013”**. Segundo ele,

(...) foram realizadas várias ações de qualificação do processo de trabalho, como a inclusão do NASF no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no e-SUS AB (novo sistema de informação

SISAB), a realização de Oficinas estaduais e/ou regionais, a construção de documentos e manuais para orientação das atividades, além da criação de um grupo de discussão na Comunidade de Práticas. Houve também a ampliação do acesso e cobertura com a vinculação do NASF às equipes de Atenção Básica para populações específicas e às Academias da Saúde (Brasil, 2014, p.70-71).

2.1- Objetivo geral

Compreender, a partir dos dilemas atuais apontados por artigos científicos, o processo histórico das propostas ministeriais relativas à inserção da Saúde Mental na Atenção Básica brasileira.

2.2- Objetivos específicos

- Identificar e compreender o que os trabalhos científicos atuais (2011 a 2013) apontam em relação à inserção da Saúde Mental na Atenção Básica brasileira.
- Identificar, a partir das questões trazidas pelos artigos científicos atuais, as propostas do Ministério da Saúde em relação à inserção da Saúde Mental na Atenção Básica ao longo dos últimos treze anos.
- Favorecer um diálogo entre os principais dilemas encontrados nos artigos científicos atuais, com as propostas do Ministério da Saúde em relação à inserção da Saúde Mental na Atenção Básica.

3.1- Pesquisa qualitativa

Levando-se em consideração o objeto desta pesquisa, a compreensão do processo histórico das propostas ministeriais relativas à inserção da Saúde Mental (SM) na Atenção Básica (AB) a partir de seus dilemas atuais, optou-se por uma abordagem qualitativa. Isto porque este método pode ser usado para o estudo das políticas, das práticas, dos sistemas e modelos de saúde (Onocko Campos et al, 2013).

Minayo enfatiza que o campo da Saúde trata de uma realidade complexa e que exige conhecimentos integrados.

Se falamos de *Saúde* ou *Doença* essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico (Minayo, 1996, p.22).

A mesma autora destaca que o campo da Saúde

(...) coloca de forma imediata o problema da intervenção. Nesse sentido, ele requer uma dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (Minayo, 1996, p.13).

Neste sentido, esta pesquisa pretende colocar em diálogo práticas e políticas que possam ajudar a repensar a questão da SM na AB brasileira.

Trata-se de uma investigação que pretende contribuir de forma concreta com o fazer da política pública. Segundo Onocko Campos (2005), a consequência prática é apontada como fundamental, algo sempre desejável em se tratando de pesquisas científicas.

A mesma autora faz um alerta a respeito da dificuldade de imaginar “abordagens potentes para jogar luz sobre objetos tão complexos como as políticas públicas” (Onocko, 2005) e que o pesquisador tem obrigação de elucidar como pensou, os passos de seu pensamento.

A seguir, buscar-se-á conduzir o leitor aos **passos metodológicos** que a pesquisadora propõe para compreender seu complexo objeto de estudo.

3.2- Fundamento teórico

A presente pesquisa tem como ponto de partida a hermenêutica crítica, uma vez que ela “privilegia a historicidade do objeto e a reflexão vinculada à práxis” (Figueiredo, 2006).

Minayo, falando a respeito da hermenêutica e da dialética, enfatiza sua

(...) capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação (Minayo, 1996, p.219).

Importante lembrar que para Gadamer (2005) a hermenêutica não é um método no sentido de prescrição a ser aplicada, mas uma postura de interrogação, uma busca pela compreensão. Para ele, a escolha do objeto de pesquisa acontece a partir do presente e daquilo que não compreendemos, questões que nos causam estranheza.

Muitas questões causavam estranheza à pesquisadora, mas a pergunta fundante que, segundo Gadamer, põe em movimento a conversa (Onocko Campos R et al, 2013) foi:

Por que, levando-se em consideração as mais de três décadas de luta por uma Atenção Psicossocial digna e acessível a todos, a atenção em SM na AB é tão frágil no Brasil até hoje?

A escolha deste objeto de pesquisa busca oferecer subsídios para que se possa debruçar sobre a atual fragilidade da atenção em SM no território. Busca também produzir material através do qual se possa refletir sobre as atuais dificuldades, sem se esquecer da história, evitando perpetuar enganos, buscar saídas que já foram propostas, tomar sintomas por problemas, entre outros.

A partir daí muitas outras perguntas vieram...

- Haveria uma política consistente de S.M. no âmbito da A.B.?
- Se não, por quê? Se há, ela foi colocada em prática ou existe uma dificuldade neste sentido?
- A prática proposta é viável no contexto atual?
- Existem fatores e/ou interesses “dificultadores” e/ou facilitadores deste processo?
- Quais seriam as consonâncias e dissonâncias existentes entre as políticas e as práticas de S.M na A. B.?
- Qual seria o papel das políticas federais em relação aos dilemas atuais vividos no cotidiano da AB?
- Por último, devido à necessidade de se fazer um recorte, foi necessário optar. Optou-se por compreender o possível papel das políticas federais em relação aos problemas atuais da atenção em SM na AB. Qual seria este papel ao longo dos últimos treze anos? Existe uma evolução contínua e progressiva nesse processo? Houve retrocessos?

O próximo passo foram as leituras de artigos e documentos, de forma a compreender suas verdades. Segundo José Ricardo Ayres, é importante lembrar que, da perspectiva hermenêutica, aproximar-se da verdade é deixar-se pertencer ao curso que ela estabelece (Onocko Campos et al, 2013). Gadamer rejeita o discurso de verdade como correspondência ou representação. Não se trata de algo que pode ser observado à distância e de forma objetiva (Lawn, 2010).

Para Gadamer a experiência da verdade é hermenêutica até onde a parte modifica o todo, portanto, a experiência da verdade encontrada no novo, a novidade, o inesperado, está numa situação de tensão com aquilo que já foi entendido. É com o desejo de assimilar ou entender a novidade, de acordo com aquilo que já foi experienciado, que a verdade adota essa dimensão hermenêutica” (Lawn, 2010, p.87).

Nesta busca pelo novo, pelo inesperado, a pesquisadora foi à procura de entender as novidades através de duas fontes de pesquisa: artigos científicos e documentos oficiais do Ministério da Saúde.

Por fim, a busca por compreender o objeto nos traz certos desafios. Em sua obra *Verdade e Método* (2005) Gadamer nos alerta que “Quem busca compreender está exposto a erros de opiniões prévias (...)” (p.368). Estas opiniões, os preconceitos do pesquisador devem estar em constante análise. Deve-se fazer um exercício de indagação em relação a eles para se examinar sua legitimidade, sua origem.

(...) a questão central de uma hermenêutica verdadeiramente histórica, a questão epistemológica fundamental, pode ser formulada assim: qual é a base que fundamenta a legitimidade de preconceitos? Em que se diferenciam os preconceitos legítimos de todos os inumeráveis preconceitos cuja superação representa a inquestionável tarefa de toda razão crítica? (Gadamer, 2005, p.368).

Não é necessário esquecer nossas opiniões prévias, já que apenas os preconceitos não identificados nos tornam “surdos para a coisa que nos fala a tradição” (Gadamer, 2005).

Tradição que expressa tanto o hegemônico quanto o novo. Tradição na qual estamos sempre imersos e que se expressa através de múltiplas vozes. O presente e suas questões remetem o pesquisador ao passado, para a historicidade de suas questões. Para Gadamer (2005), é através do distanciamento histórico que se cria condição de indagar a respeito de uma realidade.

A práxis da pesquisadora produziu-lhe um incômodo. A percepção de que pouco se fazia na AB em relação SM. Mais que isso, pouco tendo em vista o processo histórico que levou à implementação do SUS, o processo histórico da Luta anti-manicomial, do desenvolvimento da AB no Brasil, dos anos de experiência municipais atendendo as demandas de SM. Este olhar para trás aumentou o incômodo e deu mais força à questão: Por que, apesar de todo esse longo percurso, ainda temos uma atenção à SM tão frágil na AB?

E quão frágil de fato está? A pesquisadora foi buscar, para além de seus próprios preconceitos, a voz de outros trabalhadores e pesquisadores que se propuseram a olhar de perto a práxis da SM na AB.

Por fim, foi-se buscar também a voz das políticas para compor a compreensão da relação entre os dilemas atuais e as propostas federais neste âmbito.

3.3- Coleta de dados

Inicialmente foi feita uma série de leituras de textos sobre o tema da SM na AB. A partir dos primeiros textos, muitos outros foram sendo “descobertos”. Cada texto se multiplicava através de sua bibliografia. Passou-se então a ter uma percepção de que muita coisa já havia sido escrita sobre o tema.

Era hora de proceder a uma busca mais sistemática.

Artigos científicos

Segundo Minayo (1996),

(...) o exercício proposto pela hermenêutica repudia o objetivismo que estabelece uma conexão ingênua entre os enunciados teóricos e os dados factuais, cujo paradigma é o mundo natural. Mas opõe-se também ao idealismo filosófico ou teológico que coloca a verdade nalgum lugar fora da práxis (p.223).

Levando-se em consideração a importância que esta pesquisa deposita na aproximação da práxis, optou-se por buscar somente artigos científicos relacionados às pesquisas de campo relacionadas ao tema. É como se a pesquisadora pegasse “emprestado” as experiências alheias para dar voz e importância à práxis cotidiana.

No entanto, havia logo de início muita dúvida quanto à quantidade de trabalhos publicados. Haveria trabalhos em quantidade suficiente para se apontar a prática cotidiana destes trabalhadores em relação à SM? Suspeita-se que não, não haveria trabalhos suficientes. Normalmente os trabalhadores não escrevem sobre suas experiências. Será?

Partiu-se então para uma busca exploratória que pudesse inclusive confirmar ou não a viabilidade da pesquisa.

Buscas exploratórias

Como a pesquisa se propôs a estudar uma experiência brasileira, optou-se por bases de dados que privilegiassem a produção Latino-Americana. A princípio, foram escolhidas as bases de dados Lilacs e Scielo.

Busca nº 1: A primeira e mais ampla busca, sem restrição de índices (autor, título, anos, assunto, etc), não se demonstrou eficaz. Diversos trabalhos não interessavam ao objetivo da presente pesquisa, tais como: artigos de prevalência, teóricos, ou que tratavam de transtornos específicos como depressão, dependência química, dentre outros (vide tabela 1).

Tabela 1

DESCRITORES	Nº de Artigos	Nº de Artigos
	SCIELO	LILACS
MENTAL HEALTH + BRASIL + PRIMARY CARE ATTENTION	148	52
MENTAL HEALTH + BRASIL+ FAMILY HEALTH STRATEGY	68	140
MENTAL HEALTH + BRASIL + FAMILY HEALTH PROGRAM	64	25
TOTAL	280	217

Busca nº 2: A busca seguinte optou pelos mesmos descritores anteriores, porém com a exigência de que estivessem no título dos artigos. Esta estratégia evidenciou a quantidade significativa de artigos publicados em relação ao tema. Neste momento foi necessário optar por um novo recorte na pesquisa, uma vez que não seria possível analisar todos os textos e também as políticas dos últimos 13 anos.

Tabela 2

DESCRITORES	Nº de Artigos SCIELO	Nº de Artigos LILACS
MENTAL HEALTH + BRASIL+ PRIMARY CARE ATENTION + TÍTULO	29	45
MENTAL HEALTH + BRASIL+ FAMILY HEALTH STRATEGY + TÍTULO	18	10
MENTAL HEALTH + BRASIL + FAMILY HEALTH PROGRAM + TÍTULO	17	27
TOTAL	64	82

Busca nº 3: Optou-se por restringir a pesquisa aos artigos atuais, de 2011 a 2013. Esta data coincide com os dez anos da Lei da Reforma Psiquiátrica. Os artigos encontrados demonstraram-se bastante pertinentes ao interesse da pesquisa.

Tabela 3

DESCRITORES	Nº de Artigos SCIELO	Nº de Artigos LILACS
MENTAL HEALTH + BRASIL + PRIMARY CARE ATENTION + TÍTULO + 2011-2013	15	19
MENTAL HEALTH + BRASIL + FAMILY HEALTH STRATEGY + TÍTULO + 2011-2013	11	6
MENTAL HEALTH + BRASIL + FAMILY HEALTH PROGRAM + TÍTULO + 2011-2013	3	6
TOTAL	29	31

Busca nº 4: Entendendo que seria interessante acrescentar um banco de dados específico da área da SM, e considerando-se a formação da pesquisadora (psicóloga), decidiu-se acrescentar o PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia). Os mesmos descritores da tabela nº3 foram utilizados.

Tabela 4

DESCRITORES	Nº de Artigos SCIELO	Nº de Artigos LILACS	Nº de Artigos PePSIC
MENTAL HEALTH + BRASIL + PRIMARY CARE ATTENTION + TÍTULO + 2011-2013	15	19	5
MENTAL HEALTH + BRASIL + FAMILY HEALTH STRATEGY + TÍTULO + 2011-2013	11	6	5
MENTAL HEALTH + BRASIL + FAMILY HEALTH PROGRAM + TÍTULO + 2011-2013	3	6	0
TOTAL	29	31	10

Busca nº 5: Por último, visto que alguns temas importantes não apareceram nas seleções anteriores, optou-se por acrescentar o descritor NASF, sozinho (tabela 5). A maioria dos artigos não tratava de SM. Como não há padrão em inglês para NASF, todos os descritores foram colocados em português a partir de então. (**Obs:** optou-se pela sigla NASF já que apontou mais artigos do que por extenso).

Tabela 5

DESCRITORES	Nº de Artigos SCIELO	Nº de Artigos LILACS	Nº de Artigos PePSIC	TOTAL
NASF	26	64	2	92

Busca nº 6: Nesta busca optou-se pelo descritor NASF e Saúde Mental, com a restrição de tempo 2011 a 2013. Ainda foram achados muitos textos repetidos em relação às buscas anteriores.

Tabela 6

DESCRITORES	Nº de Artigos SCIELO	Nº de Artigos LILACS	Nº de Artigos PePSIC	TOTAL
NASF + SAÚDE MENTAL + 2011 a 2013	0	2	0	2

Busca nº 7: Por último, detectou-se a necessidade de acrescentar o descritor Apoio Matricial, uma vez que se trata de uma estratégia preconizada pelo MS e que já existem artigos publicados sobre o tema.

Tabela 7

DESCRITORES	Nº de Artigos SCIELO	Nº de Artigos LILACS	Nº de Artigos PePSIC	TOTAL
Apoio Matricial + SAÚDE MENTAL + 2011 a 2013	12	16	0	28

Optou-se por trabalhar com os dados das tabelas 4, 6 e 7; uma vez que as mesmas identificaram os trabalhos mais próximos ao interesse da pesquisa dentro do recorte de tempo escolhido.

Chegou-se a 100 resultados. Deste total, foi feita uma busca manual por artigos que pudessem ser repetidos, ou seja, terem sido selecionados em mais de um banco de dados. A partir daí, 52 artigos foram eliminadas por serem repetidas, restando então **48 artigos** a serem analisados.

Ao final da busca, pôde-se responder à primeira pergunta: sim, havia diversos artigos discutindo as experiências de SM na AB.

Documentos oficiais

Desde Descartes, o método foi considerado um caminho para a certeza absoluta. Já para Gadamer, é absurda a ideia de podermos atingir a verdade absoluta através da razão e do distanciamento de nossa perspectiva histórica e cultural. Para ele a verdade não é um método, mas aquilo que acontece no diálogo, uma constante conversação dentro da tradição (Lawn, 2010). Com base na proposta gadameriana de diálogo, passou-se a pensar em quais documentos seriam colocados a dialogar com os artigos científicos.

Durante as leituras dos diversos artigos científicos e dissertações e teses sobre o tema (Figueiredo, 2006; Domitti, 2006; Archanjo, 2010; Porto, 2012; Gama, 2011; Ferrer, 2012; Gonçalves, 2012), foi possível observar alguns documentos sistematicamente citados. Documentos fundamentais para a compreensão do tema como: leis, portarias, relatórios de gestão, publicações de cadernos de AB, relatórios de oficinas e de Congressos Nacionais de SM, etc.

A análise tomou como ponto de partida a importante lei 10.216/2001 e como ponto de chegada o ano de 2013. Então foi uma busca e primeira leitura dos seguintes documentos:

- I-** Lei 10.216 (2001);
- II-** Relatório da Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica” (2001);
- III-** Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002);
- IV-** Relatório da Oficina de Saúde Mental “Desafios da integração com a rede básica” (2003);

- V-** Portaria nº 1065 - Núcleos de Atenção Integral na SF (2005);
- VI-** “Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental” (2004);
- VII-** “O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios” (2005);
- VIII-** Política Nacional da Atenção Básica de 2006;
- IX-** “Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção - Relatório de Gestão 2003-2006” (2007);
- X-** Pacto pela Vida (2007);
- XI-** Portaria GM 154/08 (2008);
- XII-** Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010);
- XIII-** “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família” (2010);
- XIV-** “Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010” (2011);
- XV-** Política Nacional de Atenção Básica (2011);
- XVI-** Portaria nº 3.088 de Dez./2011 (2011);
- XVII-** “Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental” (2011);
- XVIII-** Portaria nº 3124 (2012);
- XIX-** Cadernos da Atenção Básica “Saúde Mental” (2013);
- XX-** “Relatório de Gestão da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) - 2013” (2014).

3.4- Tratamento e Análise de dados

Artigos científicos

Após coleta e seleção dos 48 (quarenta e oito) artigos científicos, foi feita uma leitura minuciosa de cada um deles. Oito artigos foram eliminados por se tratarem de revisão bibliográfica, artigos teóricos e aqueles que não se apresentavam em forma de artigo (dissertações, teses, monografias). Quatro foram descartados em razão de seus conteúdos não serem de interesse do presente estudo (Vide anexo 1).

Restaram **37** artigos científicos, publicados nos últimos três anos (2011 a 2013), com abordagem qualitativa, relacionados às experiências empíricas em SM na AB.

A partir de então, estava finalizada a escolha dos artigos a serem estudados. Segue a tabela completa dos mesmos:

	NOME DO ARTIGO	ANO
1-	Onocko Campos R, Gama CCA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira.	2011
2-	Coimbra VCC et col. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.	2011
3-	Cavalcante CM et col. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia da saúde da família.	2011
4-	Arce VARE et col. A práxis de Saúde Mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: contribuições para construção de um cuidado integrado	2011
5-	Amarante AL et col. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa de saúde da família.	2011

	NOME DO ARTIGO	ANO
6-	Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária.	2011
7-	Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia de saúde da família e as tecnologias em saúde.	2011
8-	Cossetin A, Olschowsky A. Avaliação das ações de saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades.	2011
9-	Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial.	2011
10-	Morais APP, Tanaka OY. Apoio Matricial em Saúde Mental: alcances e limites na atenção básica.	2012
11-	Minozzo F et col. Grupos de saúde mental na atenção à saúde.	2012
12-	Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com a atenção básica no município de Vitória/ES.	2012
13-	Costa GMC. Saúde-doença mental na atenção primária: uma prática assistencial em construção.	2012
14-	Neves HG et col. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para a atenção primária em saúde.	2012
15-	Paula PP. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade.	2012
16-	Pini JS, Waidman MA. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia da Saúde da Família ao portador de transtorno mental.	2012
17-	Mielke FB et col. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia de saúde da família.	2012
18-	Cordone NG et col. O processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e seus efeitos na saúde mental dos trabalhadores.	2012
19-	Ballarin MLGS et col. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais de saúde mental.	2012

	NOME DO ARTIGO	ANO
20-	Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta.	2012
21-	Cavalcante CM et col. Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental.	2012
22-	Pinto AGA et col. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos de dispositivos para resolubilidade.	2012
23-	Pizzinato A et col. Avaliação de Demandas e Abordagens de Atenção em Saúde Mental em Unidade com Estratégia de Saúde da Família.	2012
24-	Jorge MSB et col. Apoio matricial: dispositivo para a resolução para casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde.	2013
25-	Pizzinato A. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental.	2013
26-	Schmidt MLS. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa.	2013
27-	Lima AIO. O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária.	2013
28-	Bachetti LS. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial.	2013
29-	Prates MML et col. Equipe de apoio e construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e cuidado.	2013
30-	Souza J et col. Estratégia de Saúde da Família: recursos comunitários na atenção em saúde mental.	2013
31-	Ribeiro MOP et col. Atenção à saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: recursos não reconhecidos.	2013
32-	Veloso TMC, Souza MCM. Concepções de profissionais da estratégia de saúde da família sobre saúde mental.	2013

	NOME DO ARTIGO	ANO
33-	Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise.	2013
34-	Azevedo DM et col. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais do território.	2013
35-	Quinderé PHD et col. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial.	2013
36-	Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis.	2013
37-	Silva AB et col. Apoio matricial e redes de cuidado integral em saúde mental.	2013

A partir daí foram feitas fichas para cada um dos 37 artigos em que constavam: título, ano de publicação e resumo (objetivo, metodologia, resultados); além de detalhes dos achados, discussões e conclusão de cada uma das 37 pesquisas. O mesmo foi feito com os nove documentos, porém em suas fichas contavam título, ano de publicação e resumo. Todos foram numerados de forma a facilitar o manuseio e as referências a eles.

Em razão da enorme quantidade de informação oferecida pelos artigos científicos, e para que pudessem ser adequadamente compreendidos, foi necessário agrupá-los em categorias.

Novas leituras foram feitas e pode-se perceber que havia diversos assuntos sendo discutidos em cada um dos textos: formação profissional, articulação em rede, modelo de assistência médico-centrado e biomédico, promoção e prevenção, apoio matricial, condições de trabalho, dentre outros.

No entanto, cada artigo tinha um assunto principal, aquele no qual se aprofundava. Pensou-se então em agrupamentos que privilegiassem o tema central de cada um deles.

Após novas leituras chegou-se às seguintes categorias, que foram separadas também por cores:

- Articulação em rede;

- Práticas de Saúde Mental desenvolvidas por trabalhadores da AB;

- Apoio Matricial em Saúde Mental;

- Assistência em Saúde Mental na Atenção Básica;

- Outros.

Para não se perder a riqueza do material, optou-se por também utilizar trechos de artigos (classificados em uma determinada categoria) que, embora não pertencessem à categoria em questão, também falassem algo sobre ela.

Novas leituras se seguiram.... Cada artigo foi classificado em uma categoria, porém, ao fazer a leitura, os temas de todas as categorias eram grifados seguindo suas cores correspondentes.

Este processo foi bastante demorado, muitas leituras foram refeitas com o intuito de melhor classificar cada um dos textos. Esta dificuldade se deveu não só à grande quantidade de artigos, mas também aos diversos temas abordados por cada um. Por tratar-se de um tema complexo, a SM na AB, todas as categorias estão diretamente relacionadas umas às outras.

Ao final, chegou-se aos seguintes resultados:

- “Articulação em rede”: Artigos nº: 1,12 e 28.

- “Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB”: Artigos nº: 3,4,5,7,9,11,13,16,23 e 25.

- “Apoio Matricial em SM”: Artigos nº: 6,10,19,20,21,24,29,33,34,35 e 36.

- “Atenção em SM na AB”: Artigos nº: 15,18,26,27 e 37.

- “Outros”: Artigos nº: 2,8,14,17,30,31 e 32.

O novo passo foi de produzir uma narrativa a partir dos diversos artigos científicos. Optou-se pela revisão narrativa, pois esta permite trabalhar com vários trabalhos científicos publicados na abordagem qualitativa, que tenham sido conduzidos com rigor metodológico (Turato, 2005). Realizam-se discussões, através da detecção de determinadas categorias, semelhanças e controvérsias que apareçam em uma quantidade de estudos da área estudada (Porto, 2012; Turato, 2005).

Este tipo de análise extrapola a descrição para a explicação, incorporando uma abordagem qualitativa, por meio de técnicas narrativas ou interpretativas. Apresenta uma temática mais ampla do que na revisão sistemática e não parte de uma questão muito específica (Rother, 2007), como é o caso desta pesquisa.

Documentos oficiais

Em relação aos 20 documentos lidos, optou-se pela Lei da Reforma, por seu caráter emblemático e por ter sido considerado ponto de partida da pesquisa. O documento Saúde Mental e Atenção Básica - O Vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de Saúde Mental, que sintetizou os documentos das duas oficinas de discussão (Plano Nacional de Inclusão das Ações de SM na AB e Desafios da integração com a rede básica); a portaria dos Núcleos de Atenção Integral na SF, as portarias relativas ao NASF e à RAPS.

Os relatórios das duas Conferências Nacionais de SM, apesar de importantes, tratam de diversas propostas, não necessariamente acatadas pelo MS. Os relatórios de Gestão apenas apresentam o que foi feito e não as propostas em si. Os cadernos da AB detalham as propostas já apresentadas nas portarias; e os outros documentos “O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios” e o Pacto pela Vida, apenas citam a SM de forma muito ampla. Todos estes documentos foram utilizados em outros momentos do trabalho.

Segue tabela com os documentos a serem analisados.

DOCUMENTOS OFICIAIS	ANO	AUTORES
I- Lei nº 10.216	Abril/2001	Congresso Nacional Sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso
II- Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários - inclusão da saúde mental na atenção básica	2004	MS/Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
III- Portaria nº1065 - Cria Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família	Jul./2005	MS
IV- Portaria nº 648 - Política Nacional de Atenção Básica	Março/2006	MS/Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica
V- Portaria nº 154 - Cria os NASF	Jan./2008	MS
VI- Portaria GM nº 2843 - Cria NASF 3 e 4	Set./2010	MS
VII- Portaria GM nº 2843 - nova Política Nacional de Atenção Básica	Out./2011	MS
VIII- Portaria nº 3.088 - Cria a Rede de Atenção Psicossocial	Dez./2011	MS
IX- Portaria nº 3124 - Redefine vinculação dos NASF 1 e 3 e cria NASF 3	Dez./2012	MS

Procedeu-se então uma análise documental. Trata-se de um método rico e que facilita a compreensão de contextos históricos.

“o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles se pode extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural” (Souza; Kantorski & Luis, 2011, p.2).

A análise documental, associada a outras técnicas, mostra-se eficaz para subsidiar estudos qualitativos que visem compreender cientificamente os fenômenos sociais da atualidade (Souza; Kantorski & Luis, 2011). Além disso, favorece a observação de processos e evolução de conceitos e conhecimentos (Cellad, 2008 apud Souza; Kantorski; Luis, 2011).

Esta pesquisa tem como ponto fundamental compreender o processo histórico da inserção da SM na AB nos últimos treze anos; por isso, a análise documental será determinante, pois permitirá “acrescentar a dimensão tempo à compreensão do social” (Souza; Kantorski; Luis, 2011).

A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. (...) O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência (Souza; Kantorski & Luis, 2011, p.10).

Inicialmente, buscou-se compreender e interpretar cada um dos documentos oficiais, dar-lhes sentido dentro do contexto histórico em que se encontravam. Depois passou-se a identificar as categorias encontradas na sistematização dos dados dos artigos científicos pesquisados, de forma a facilitar o diálogo entre eles.

Todo esse processo de leituras e releituras foi criando subsídios para um diálogo hermenêutico, uma conversa de múltiplas vozes apontando suas verdades. O último passo da pesquisa foi “confrontar” essas múltiplas verdades com o intuito último de compreender, a partir dos dilemas atuais apontados por artigos científicos, o processo histórico das propostas ministeriais relativas à inserção da SM na AB brasileira.

Da busca realizada, foram encontrados e analisados 3 artigos científicos, publicados nos últimos três anos (2011 a 2013), com abordagem qualitativa, relacionados às experiências empíricas em Saúde Mental na Atenção Básica.

Após diversas leituras, os artigos foram separados priorizando-se o tema central de cada um, o que levou à seguinte categorização:

- **“Rede de assistência em Saúde Mental”**

- **“Práticas em Saúde Mental desenvolvidas por profissionais da AB”**

- **“Apoio Matricial em Saúde Mental”**: Esta categoria trata de artigos que avaliam a potência deste arranjo, desafios e avanços de sua implantação;

- **“Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica”**: Esta categoria abarcou os artigos que trataram da Atenção em SM de forma geral. Alguns falam de questões políticas, conjunturais e de gestão;

- **“Outros”**: Esta categoria traz diversos assuntos que não puderam ser encaixados em uma só classificação. Nela há apenas um texto sobre cada assunto abordado, não justificando uma categoria em separado.

A tabela a seguir mostra a quantidade de textos por categoria e por ano de publicação:

	Rede de Assistência em SM	Práticas desenvolvidas por prof. da AB	Apoio Matricial em SM	Atenção em SM na AB	Outros	Total de Art./Ano
2011	1	5	1	0	2	9
2012	1	4	5	2	2	14
2013	1	1	6	3	3	14
Total de Art./categoria	3	10	12	5	7	37

Nota-se, a partir dos dados apresentados na tabela, que o maior número de artigos está relacionado ao tema Apoio Matricial e também às práticas em Saúde Mental desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica. Este fato pode ser explicado tanto pela natureza da própria pesquisa, que se ocupou em entender a inserção da Saúde Mental na Atenção Básica e por isso priorizou as buscas por artigos que envolvessem essa temática; mas também pelo particular interesse dos pesquisadores em discutir as ações de SM no território e a função do Apoio Matricial neste contexto.

Em seguida, aparecem os artigos que tratam sobre diversos temas relacionados à Atenção em SM, sem se focar em um assunto em particular.

Por último, a rede de assistência aparece como categoria com menor número de artigos, sendo um publicado a cada ano.

É importante ressaltar que esta categorização é uma divisão pedagógica, a fim de facilitar o processo de análise dos resultados, visto que, a rigor, a maioria dos artigos abordam assuntos de mais de uma categoria, ou mesmo de todas elas.

4.1- Revisão narrativa dos artigos científicos

Antes de iniciar a revisão narrativa é importante lembrar, como já dito nos pressupostos metodológicos, que este tipo de análise extrapola a descrição para a explicação (Rother, 2007). Como lembram Porto e Turato, trabalha-se com a detecção de determinadas categorias, suas semelhanças e controvérsias (Porto, 2012; Turato, 2005).

Cada artigo desta pesquisa foi categorizado a partir de seu tema central. Porém, para não se perder a riqueza do material, optou-se por também citar os artigos que, embora pertencessem à determinada categoria, abordassem temas de outras categorias. Para diferenciá-los, estes últimos serão apresentados por números subscritos.

Rede de assistência em Saúde Mental

Foram identificadas três pesquisas cujo tema central se focou na discussão da articulação em rede. São eles os artigos 1,12 e 28. Diversos outros também apontaram a importância de se trabalhar em rede e outras questões relacionadas a ela. (Artigos: 4,5,8,10,13,14,20,24,26,29,30,31,32,33,34,35,36,37). Isso sugere que, apesar de apenas três artigos terem como foco principal a rede de assistência em SM, mais da metade dos 37 artigos também tiveram esta preocupação.

Diversos artigos apontam a ausência, quase inexistência ou insuficiência de rede de apoio estruturada e articulada, o que dificulta o cuidado integral em SM. (Artigos: 4,8,13,14,24,26,32,33,35) Em relação a isso, o Art.1 afirma ainda que há casos de SM que não têm nenhum serviço de referência e que ficam perdidos em meio às instituições existentes.

Por outro lado, o mesmo Art. 1 aponta para o fato de que mesmo havendo uma boa quantidade de equipamentos substitutivos em SM, isto não garante a integração entre eles, como se pôde constatar em seu campo de pesquisa.

Segundo o Art.37 até mesmo os gestores têm dificuldades de compreensão da rede.

A dificuldade de articulação AB/serviços especializados em SM prejudica não só a assistência, mas também a credibilidade do trabalho da AB junto à população. O Art.16 trata de uma questão bastante delicada: a recusa dos serviços especializados em dar continuidade às decisões da ESF. Ao fazer isso, sugerem que sua análise está incorreta, podendo gerar desconfiança na comunidade em relação à atuação dos profissionais de referência.

Para além da articulação, dois artigos trazem questões relacionadas aos pontos da rede especializados em SM. O primeiro aponta a dificuldade de acesso a esses serviços (Art.29); o segundo fala da fragilidade da atenção aos usuários nos próprios serviços especializados (Art. 31).

Tudo isto nos faz pensar que não basta uma rede diversa, com vários pontos; também não basta que ela seja bem articulada; mas cada um de seus pontos também deve se preocupar com sua própria eficiência e com o acesso dos usuários a seus serviços.

Uma particularidade das equipes da AB que têm profissionais de SM é a dificuldade de integração. Segundo os pesquisadores do Art.1, este “estranhamento” pode ser explicado pelo fato de cada uma das equipes de referência querer delegar tudo aos especialistas e enquanto os profissionais da SM os pressionam a assumir os casos de SM. No entanto, segundo a mesma pesquisa, na medida em que conseguem discutir critérios de corresponsabilização, os resultados podem ser positivos. As questões de gestão também podem ter interferência nessa relação. (Art.1)

Apesar das dificuldades apontadas, as pesquisas também apontam algumas experiências positivas do trabalho conjunto das equipes matriciadoras e equipes de referência. (Art.1, 12, 28) Alguns exemplos destas experiências são: a identificação de pessoas vivendo encarceradas, que ainda não haviam sido

localizadas pelas equipes de referência, a corresponsabilização de casos, o estabelecimento de relação de confiança entre AB e equipe de Apoio. O agente comunitário foi identificado ator estratégico, já que é capaz de ofertar e desenvolver uma escuta mais próxima à população (Art.1).

Duas destas mesmas pesquisas apontam fatores que podem facilitar a articulação da rede e a efetivação do matriciamento. São elas: trabalhar em equipe; adscrição de usuários; reunião de equipe sistemática; reuniões sistemáticas entre as equipes de AB e CAPS; programas de capacitação da AB; criação de protocolos de encaminhamento; elaboração de projetos terapêuticos; discussão coletiva de casos clínicos e atividades grupais (Art.1, 28).

O matriciamento em SM é explicitamente apontado como dispositivo importante e facilitador da articulação em rede pelos artigos 1,12 e 10. O artigo 28, apesar de não se preocupar em explicitar o conceito “matriciamento”, aponta ações matríciais como potentes para melhorar a integração da Atenção Básica com os Centros de Atenção Psicossociais. Já o artigo 37 encontrou trabalhadores que entendem a importância da rede, mas não relatam como esta pode ser construída através do apoio matricial. Não se referem à função do apoiador matricial e da equipe de referência neste contexto.

Apesar da potência deste dispositivo, a dificuldade de entendimento da proposta do matriciamento (Art.1, 12, 28, 37), a falta de perfil do profissional matriciador (Art.1, 12), e o pouco apoio por parte da gestão são fatores que dificultam a efetivação do trabalho em rede (Art.1, 12, 28, 37).

As dificuldades são tão importantes a ponto de haver recusa de equipes da Atenção Básica em receber a equipe matriciadora, recusa em fazer Visita Domiciliar aos usuários dos serviços de SM e reuniões de matriciamento que acontecem só com a presença do psicólogo da equipe da AB (ou sem a presença de todos os profissionais) (Art. 1,12). Alguns artigos trazem a dificuldade específica também em relação à articulação intersetorial e com a comunidade (Art.5, 8,26,32,37).

Esta desarticulação traz diversas consequências à assistência em SM como um todo. Algumas delas são:

- Desgaste dos trabalhadores apoiadores no processo de convencimento da importância desta articulação. Este desgaste acaba “causando desânimo, frustração e sensação de que o trabalho em equipe é um eterno começo.” Além disso, o desânimo e as frustrações tornam “difícil identificar seus ganhos” (Art.12);
- Aumento da distância dos pacientes frequentadores do CAPS em relação às ofertas da AB. Segundo o Art.12, dos “pacientes com frequência regular no CAPS e com problemas de diabetes e Pressão Alta, apenas 5% frequentavam regularmente” a AB;
- Aumento das internações não qualificadas. Segundo o Art.12, 77% das internações em hospital psiquiátrico de seu campo de pesquisa foram encaminhadas diretamente pela AB. Este dado indica claramente uma falta de articulação e corresponsabilização dos casos entre CAPS-AB. As consequências negativas desta falta de diálogo e do acesso direto da AB à internação psiquiátrica parece ser ponto fundamental a ser discutido para a efetivação da Reforma Psiquiátrica e da Luta Anti-manicomial no Brasil;
- Descontinuidade do cuidado ou desassistência (Art.35);

Além disso, a alta rotatividade de profissionais e diferentes modelos de gestão da assistência à saúde, principalmente após cada eleição municipal, também podem comprometer o trabalho em rede (Art.1);

Este contexto exerce impacto não somente na assistência prestada, como na saúde dos trabalhadores matriciadores (Art. 12), além da sensação de solidão, impotência e despreparo para lidar com a complexidade das questões de Saúde Mental nos profissionais da AB (Art.1).

Por fim, o Art.1 faz um alerta fundamental: “avanços conseguidos podem ser revertidos caso não haja sustentabilidade no investimento nos profissionais e nos processos de transformação das práticas em saúde (Art.1).

Diante de todos esses achados fica a pergunta: Como trabalhar em rede, garantindo a integralidade do cuidado em SM, diante da ausência ou insuficiência de pontos na rede de SM? Diante da dificuldade de integração entre os pontos já existentes? Diante da fragilidade da atenção prestada em SM não só pela AB, mas também pelos próprios serviços especializados? Diante das precárias condições de trabalho de muitos trabalhadores do SUS?

Práticas de Saúde Mental desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica

Esta categoria é composta dos seguintes artigos: 3,4,5,7,9,11,13,16,23 e 25. Num total de 10 pesquisas, aponta tanto avanços quanto dificuldades dos profissionais da AB em desenvolverem práticas em SM dirigidas a sua população adscrita.

Algumas experiências afirmam que ferramentas relacionais como acolhimento, conversa e escuta estão sendo utilizadas na atenção às necessidades dos usuário de SM (Art. 4,5,7,3,27,31) No entanto, estas ferramentas, apesar de reconhecidas pelas equipes, ainda são pouco valorizadas (Art. 5,31).

De acordo com o artigo 4, a ferramenta vínculo pode, inclusive, ser potente para a construção de dados epidemiológicos (Art. 4), facilitando o planejamento das ações e a priorização de ações em SM no território. Focado na atividade do enfermeiro, o artigo 5 afirma que alguns assumem o papel de escutar, acolher, visitar e articular o cuidado de pessoas em sofrimento (Art.5).

Ações conjuntas com os CAPS foram citadas como positivas no sentido de fazer com que a equipe de referência se sentisse mais segura e respaldada (Art.13); além de boas experiências de corresponsabilização equipe/família em casos de “apoio ao doente mental” (Art.25).

O Art.5 aponta diversos resultados positivos, como por exemplo, o “bem estar dos usuários da ESF, aumento da demanda, a aprovação da população, ressocialização dos pacientes”, o auxílio em relação à medicação, retirada de medicação controlada e orientação à família. Além disso, aponta a satisfação das próprias equipes de AB com o aprendizado em SM.

Outra pesquisa que também apresenta dados positivos é a de número 7. Esta conta da utilização de diversas tecnologias para a inclusão da SM no território tais como: acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos no cotidiano, consulta médica e grupo terapêutico (iniciado junto a UFRGS). Acredita que o “desenvolvimento dessas ações tem possibilitado a construção de uma nova prática em SM no território que valoriza o indivíduo em sofrimento psíquico como protagonista de sua existência e suas peculiaridades.” Novamente é importante apontar que, neste caso, parece ter sido decisivo o apoio da universidade e a presença de uma ação de extensão universitária que promoveu a integração docente assistencial.

Ainda em relação às experiências positivas, o artigo 26 traz uma atuação bem sucedida de uma equipe de SM pertencente à AB, que desenvolveu supervisão sistemática de ACSs no âmbito da SM no território. Além disso, relatam participação ativa no Programa de Saúde Integral do Adulto, em que a SM fazia parte da assistência básica dessa população. Trata-se novamente de uma vivência que traz um investimento diferenciado em formação, autonomia em relação às políticas federais (não montaram equipe de SF, mas uma equipe de 12 ACS que constituíam uma equipe em si), discussão de caso, gestão, dentre outros. (**Obs:** A autonomia apontada pôde acontecer já que esta experiência aconteceu em um centro de saúde escola).

Apesar de algumas experiências positivas, artigos apontam que muitos trabalhadores desconhecem o termo sofrimento psíquico (Art.5), têm dificuldade em diagnosticar o transtorno mental (Art.13,28) e em operacionalizar ações no cotidiano da ESF (Art.5, 28). Esta dificuldade se mostra ainda maior quanto se trata de avaliar as questões relacionadas à infância (Art. 21). Por outro lado,

o mesmo Art.5 aponta que, quando se trata de transtornos mentais severos e persistentes, as equipes têm facilidade em identificá-los.

Um dos aspectos que chama muita atenção nesta categoria é que todos os artigos apontam a presença de um modelo da atenção biomédico, que influencia diretamente as práticas em SM na AB (Art.,4,5,7,9,13,16,23,28,25, 27) e que chega a tomar a SM apenas como doença/transtorno mental (Art.25). Por outro lado, apesar da predominância da visão biomédica, pesquisas apontam que há uma coexistência de outras concepções mais próximas à visão Psicossocial (Art. 4,11,20,26,29,33,36).

O predomínio da visão biomédica se evidencia fortemente em quase todas as práticas apontadas pelos artigos. São elas:

- **consultas médicas** ambulatoriais, que às vezes se reduzem à trocas de receitas (Art.4,7,13,23,25,1,26,27). “Prescrição médica é a conduta adotada mais referida” (Art.13). Algumas equipes chegam a problematizar esta ação, mas isto não se traduz em medidas práticas no cotidiano de suas intervenções (Art.1, 37).
- diversos **encaminhamentos** são sugeridos (Art.4,5,25,1,27,28), uma vez que há dificuldade em avaliar adequadamente os casos (Art.28). Alguns acreditam que a subjetividade deva ser cuidada por especialistas. Não identificam como sua responsabilidade a atenção em SM (Art.5). **Obs:** importante lembrar que nem todo encaminhamento está relacionado a práticas centradas no modelo biomédico, já que muitos deles são adequados e necessários.
- **visitas domiciliares:** Diversos artigos relatam que os profissionais da AB fazem VDs em SM (Art. 5,7,23,25,3,28). Porém, com pouca frequência (Art.23) e de forma pouco estruturada (Art.25).
- **grupos:** Os grupos são identificados como espaços em potencial para se trabalhar autonomia, criação de vínculos, fortalecimento do elo equipe/usuário e sentimento de continência do usuário em relação a este espaço (Art. 5,7,9,13,25), além de reduzirem a fragmentação do cuidado (Art.1).

O Art.9 afirma que, do ponto de vista do usuário, há boa aceitação de grupos de SM no território. Valorizam a participação dos demais participantes do grupo em seu processo de reabilitação e demonstram necessidade de espaços de troca e escuta atenta. Expressam também o desejo de não tomar mais remédio. Apesar de todo o potencial deste dispositivo, é importante lembrar que, como bem aponta o Art.13, não basta que se façam grupos, estes “necessitam ser conduzidos por um facilitador que tenha conhecimento teórico”, pois podem se tornar espaços inadequados na medida em que não trabalham a autonomia, mas a tutela do usuário. Apesar de muito citado como potência, é a prática menos citada como experiência segundo a pesquisa 23. Além disso, aqueles em andamento demonstram ser “pouco estruturados”, segundo os Art. 25,1. O Art. 9 enfatiza ser necessário qualificar o atendimento por meio de educação continuada, do suporte matricial.

- **discussão de caso em equipe** (Art.1,7,12).
- **ausência de ações de prevenção e promoção em SM** (Art.4,13,25), o que muito preocupa em se tratando do campo da AB, que deveria ser o ponto da rede privilegiado para desenvolver estas ações.
- **internação** (Art.4,28), ações de caráter asilar ou de contenção são particularmente pensadas e utilizadas na atenção à crise em SM, demonstrando particular dificuldade nesta situação (Art.28).

Outras ações menos citadas foram: elaboração de **Projetos Terapêuticos** (Art.1), **terapia comunitária** (Art.3), **oficinas apoiadas pelo CAPS** (Art.12), e reconhecimento do transtorno mental severo e persistente pelos enfermeiros (Art. 5), **atendimento ampliado à criança, considerando questões da subjetividade e contexto da mesma** (Art.20) e atendimento diferencial (“agilidade para evitar confusão”) (Art.25).

O Art. 21 aponta para a inexistência de atendimento em SM na infância (Art.21). Isto nos faz questionar a função da ESF que, tendo como um de seus programas prioritários a Saúde da Criança, parece não ser capaz de identificar

questões da subjetividade, nem problemas de SM nesta faixa etária. Ora, se a AB não está atenta à prevenção em SM, que outro equipamento está ou deveria estar?

Outras questões foram apontadas como barreiras às ações em SM, quais sejam: falta de envolvimento da família, baixa adesão terapêutica, falta de critérios para transporte de pacientes em crise, sistema de referência e contra referência deficiente, “Ausência de registro nos prontuários dos casos que foram discutidos em reuniões de equipe com o apoio especializado” (Art.16), recusa da equipe da AB em atuar nas questões relacionadas à SM (Art.16,28), inexistência de dados epidemiológicos de SM locais (Art.5).

Parece interessante enfatizar o quanto a recusa de atuação da equipe de AB se materializa de forma bem clara na ausência de registro das discussões nos prontuários, ação que conferiria materialidade e registro dessa importante ferramenta. A partir do “não registro”, é como se as discussões não tivessem acontecido. Talvez porque, uma vez não tendo acontecido, os acordos fechados a partir dessas discussões não precisem ser cumpridos, nem possam ser cobrados.

Além disso, a pesquisa 5 e 34 apontam que, a despeito das diversas dificuldades encontradas pelos profissionais da AB, poucos demonstram iniciativa para buscar estratégias que deem conta da demanda de SM de suas comunidades.

Ora, se a maior parte das ações está baseada em um modelo biomédico; se as ações mais citadas foram o encaminhamento e medicalização da demanda, se as equipes não têm nem dados nacionais, nem locais para promover o diagnóstico situacional; e se poucos estão buscando estratégias para atender a demanda de sofrimento de sua comunidade, o que se pode esperar das ações desenvolvidas? Como fazer planejamento situacional, propor ações e avaliá-las de forma longitudinal?

Apoio Matricial em Saúde Mental

O Apoio Matricial em SM foi o tema com maior número de artigos encontrados, totalizando 12 pesquisas. São elas as de números 6,10,19,20,21,22, 24,29,33,34,35 e 36.

Segundo algumas delas, o Apoio Matricial é eficiente para definir fluxos (Art.20,1,6,10,29), qualificar as equipes e promover assistência conjunta (Art.20,1). Induz novas práticas e abordagens psicossociais através da assistência compartilhada entre equipes, familiares e usuários (Art.10,20,22,24,29).

Apesar das equipes da AB não terem “(...) tecnologias de cuidado para operar projetos terapêuticos” mais ousados, o Apoio Matricial pode contribuir para isso (Art.24). Tem potência para problematizar práticas, agregar novos dispositivos, sinalizar caminhos para construção de outros modelos (Art.22,29). Pode ajudar a promover o “cuidado integral e compartilhado do usuário com transtorno mental” (Art.6) na medida em que enriquece as possibilidades de composição interdisciplinar do Projeto Terapêutico Singular e desconstrói a lógica dos encaminhamentos (Art.6, 24,29), além de favorecer uma maior segurança dos profissionais da Saúde da Família no processo de tomada de decisão (Art.10).

Embora algumas pesquisas apresentem outros achados, a de número 24 aponta que as “equipes dos CAPS têm se mostrado bastante ativas e preocupadas em estabelecer o matriciamento de forma real nas unidades de saúde e, apesar dos constantes desafios, vêm buscando alargar as oportunidades de se realizar a clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (Art.24).

Segundo o artigo 35, “com a aproximação das equipes o fluxo da assistência passa a ser mais resolutivo. Quando há comprometimento na implantação e aplicação das ações do apoio matricial, surgem novas possibilidades de articulação entre os níveis de assistência.” e diluem-se as angústias dos profissionais da AP. Estes profissionais, ao serem apoiados,

não se sentem sozinhos com os casos. Nesta experiência, o Apoio proporcionou ampliação da compreensão sobre os transtornos mentais e identificação de casos.

Dois outros artigos (29,20) descreveram de forma detalhada pontos positivos da experiência do Apoio Matricial, além de serem bastante propositivos.

O artigo 29 relatou minuciosamente a implantação do Apoio Matricial em seu campo de pesquisa. Trata-se de um relato de sucesso, que chegou à seguinte conclusão: através do apoio matricial é possível reorganizar os serviços de forma a acolher a demanda e propiciar a atenção em SM de qualidade. Para que isso ocorresse, enfatizou a importância de: identificar os problemas de SM; tratar dos problemas de menor complexidade, propondo soluções e seguindo os casos em conjunto com todos os integrantes da equipe; e encaminhar casos mais graves ao CAPS ou outro serviço de referência especializado.

Além disso, o mesmo artigo detalhou as etapas do processo de trabalho e as estratégias utilizadas, listadas a seguir:

- visitas semanais às equipes da AB, com reunião de profissionais mensais;
- trabalho sempre em duplas de apoiadores;
- reuniões baseadas em discussão de casos eleitos pela ESF.
- estabelecimento de critério de encerramento da discussão (compreensão do problema e elaboração conjunta de propostas de ações, PTS);
- registro sistemático das discussões de cada reunião, permitindo a sistematização dos dados e a presente reflexão e relato;
- disponibilidade de veículo institucional para deslocamentos;
- criação de uma Unidade de Apoio em SM para atender os casos de média complexidade que não se encaixavam no CAPS.

Esta Unidade de Apoio também apresentou algumas estratégias:

- organização de dispositivos de atendimento compartilhado como grupo de acolhimento e grupos terapêuticos diversos realizados por psicólogos, TO e psiquiatra;
- atendimentos individuais;
- criação de recepção na qual os casos indicados para psiquiatria eram acolhidos em dupla. Este acolhimento funcionava como instrumento de gestão dos casos e da própria operacionalidade do modo assistencial proposto (dupla: psiquiatra e TO);
- estabelecimento de critérios para se estabelecer o encaminhamento. Eram eles: grau de comprometimento dos sujeitos em função de sua patologia, complexidade dos casos, recursos profissionais disponíveis nas unidades de saúde.

O mesmo artigo 29 afirma que, apesar das diversas dificuldades, foi possível trabalhar com grupos de artesanato, ginástica e incentivar a continuidade e participação nos grupos de qualidade de vida e caminhadas.

Também discutiu a importância de haver integração respeitosa entre ESF e equipe de Apoio, através de uma construção coletiva do trabalho e por meio da aplicação, revisão, transformação contínua e compartilhada de soluções. Isto porque não existem soluções prontas ou passíveis de serem simplesmente reproduzidas. Enfatiza a necessidade de se atentar aos limites e possibilidades dos profissionais, dos serviços de saúde, além de seus usuários e famílias (Art.29).

Trata-se de um artigo muito interessante para se pensar elementos necessários à uma experiência de sucesso de implantação do Apoio Matricial. De certa forma, pode nos indicar uma “receita” a ser observada e “seguida”.

Outra experiência que enfatizou os ganhos do Apoio Matricial foi a de número 20. Segundo ela, o Apoio ajudou a rede básica a planejar e organizar a assistência ao usuário que necessita de cuidados na área de SM.

Os profissionais referiram ter havido certa “complexificação” da visão dos casos e ampliação das próprias práticas, já que passaram a escutar mais seus pacientes, realizar acompanhamento sistemático de alguns casos, e alguns até a realizar grupos e/ou oficinas. Referiram também obter mais dados sobre a situação e contexto dos pacientes, ter mais disponibilidade pessoal e de tempo para acolher questões ligadas ao seu sofrimento de seus pacientes, não se assustar com casos de saúde mental e motivar os pacientes antes de encaminhá-los.

Alguns clínicos gerais e médicos de família entrevistados consideraram o matriciamento bastante produtivo. Passaram a valorizar as trocas não somente entre profissionais de outras áreas, mas também entre si. Também passaram a buscar parcerias com outros serviços (interdisciplinaridade).

Em várias unidades de saúde este trabalho já acontecia há mais de cinco anos, tendo sido referido tanto pelos profissionais de Apoio quanto pelos da AB como fonte de “forte aprendizado”.

Sobre as questões relacionadas à infância, uma psicóloga referiu que os pediatras da rede básica, após as inter consultas, passaram a dar “atenção à história da criança”, escutá-la. Deixaram de dar atenção apenas à visão dos adultos (queixas maternas e da escola), a não centrar só no sintoma ou na doença, mas a conhecer o contexto da criança, sua família, e a avaliar mais detidamente os pedidos de encaminhamentos feitos pela escola. Muitas vezes chegaram até a modificar o encaminhamento e propor novas saídas. Interessante notar que foi o único artigo sobre Apoio Matricial que trouxe experiência de ações específicas no cuidado de SM na infância.

Em relação à medicação psicotrópica, uma das estratégias iniciais foi “(...) auxiliar para que os médicos da rede básica reconheçam que a renovação de receita psiquiátrica já é uma assistência em saúde mental e que é possível qualificá-la.”

Outra estratégia foi a “(...) negociação a respeito do usuário ser acolhido no serviço de SM. Trata-se de situação tensa, pois o número de vagas nestes serviços é sempre menor do que os pedidos de encaminhamentos pela rede básica. A prioridade é para os casos mais graves, mas, “(...) algumas vezes admite-se um caso menos grave (...) quando os profissionais da rede básica não estão conseguindo lidar com a situação, (...) levando em conta os limites e as possibilidades de atendimento dos profissionais da rede básica.”

Este artigo também enfatizou a necessidade da decisão “vir da confrontação e da discussão entre os protagonistas, da troca entre interlocutores, a ordem deve emergir do convívio entre os parceiros, ela não está dada de antemão, espera-se dos atores que estejam implicados e que não sejam apenas submetidos” (Art.20).

Por último, chamou a atenção da pesquisadora que as duas experiências de sucesso (art. 20 e 29) apontaram para a necessidade de se considerar os limites da AB em relação à assistência em SM. Trata-se de um ponto fundamental, já que outros artigos parecem “culpar” os profissionais da AB em relação à fragilidade (Art.10,25,27). Esta culpa, além de não facilitar as relações e articulações entre equipes de Apoio e da AB, parecem minimizar outros pontos estruturais e políticos mais importantes e impactantes da rede de SM no SUS.

Apesar dos avanços, o Apoio Matricial ainda não é uma estratégia consolidada. (Art.6,10) Segundo o Art.36, o processo de implantação desta proposta “ainda é incipiente, não ocorre com frequência e regularidade”. Além disso, o Apoio é realizado de forma bastante heterogênea (Art.20,1,12) chegando até a não poder ser caracterizado como tal (Art. 1,12).

Ainda é comum um relativo desconhecimento dos trabalhadores da AB sobre este arranjo. (art.24,34) Não há clareza quanto a sua definição e seus objetivos (Art.1,28,34), sendo este muitas vezes entendido pelas equipes de referência como ponte para encaminhamento (sem critérios claros) (Art.1,12,28,34). Já o artigo 6 aponta que, em seu campo de pesquisa, a grande maioria dos funcionários entende o Apoio, enquanto uma minoria tem dificuldade em compreendê-lo.

O Art.34 concluiu que as equipes da AB não reconhecem o “matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde.” E mais, mesmo os que conhecem não se comprometem em utilizá-lo, uma vez que entendem a SM como serviço especializado. Outros ainda o identificam como uma proposta pedagógica apenas, não possibilitando um acompanhamento efetivo dos usuários, nem formação de uma equipe de referência eficiente (Art.34).

Há desinteresse e/ou resistência de alguns trabalhadores na condução dos casos de Saúde Mental (Art.20,22,35). Fica clara a dificuldade de adesão dos profissionais à proposta do Apoio Matricial (Art.20,24,26,35). É comum os clínicos se posicionarem contra este arranjo e defenderem o encaminhamento direto de casos aos serviços de SM via documento de referência e contra-referência. Defendem que os casos devam ser atendidos por um especialista e não por um clínico geral (Art.20).

Mais grave do que não reconhecer o matriciamento, segundo o Art.24, a ESF não se reconhece como parte integrante da rede de SM, “Estas pessoas não são percebidas como alvo da assistência territorial” (Art.24).

Uma das dificuldades em relação à assistência em SM e ao matriciamento está ligada ao que os artigos apontaram como um modelo de atenção à saúde biomédico, em que o foco está na doença orgânica e na prescrição de medicamentos (Art.6,24,29,33,34,35,36).

Outro ponto crucial apontado pelos Art.1,12,34 é a falta de qualificação e/ou perfil do profissional matriciador. A “inserção de profissionais de saúde sem a devida preparação e experiência pode prejudicar o processo da Reforma Psiquiátrica; além de dificultar a adesão e o reconhecimento social desses novos dispositivos. Corre-se o risco de se implementar o conhecido, o corriqueiro” (Art.34).

Como esperar que um profissional, muitas vezes recém-formado e com pouca experiência até mesmo em seu núcleo de saber, vá fazer Apoio Matricial para uma equipe da ESF. Equipe esta muitas vezes com anos de experiência, dentro de serviços médico-centrados, com processos de trabalho com foco curativo. Como esperar dele que possa fazer um enfrentamento de modelo, de processo de trabalho, de infraestrutura, etc?

Ou pensemos em um profissional de SM com mais experiência, formado há mais tempo, mas que também teve uma formação tradicional, no sentido do foco na clínica de lógica privada.

Segundo o Art.36, os próprios profissionais do CAPS não conhecem a proposta do Apoio Matricial. “Metade dos profissionais do CAPS não sabiam o que é Apoio Matricial” e somente três de quinze entrevistados tinham experiências nesta prática. O desconhecimento e pouca vivência se refletem em insegurança dos profissionais do CAPS em realizar o Apoio Matricial (Art.36).

Levando-se em consideração que uma das funções do CAPS é justamente promover o Apoio Matricial às equipes de referência, ter metade dos funcionários desse equipamento que nem sequer conhece o conceito de matriciamento é bastante preocupante, assim como há pouca experiência prática deste dispositivo, outro dado preocupante!

Outras variadas dificuldades foram mencionadas nos artigos que dificultam a implantação do Apoio Matricial:

- Alcance de metas, cobranças para a obtenção de uma produção numérica e de outras atividades, pressão da demanda, tempo reduzido para atendimento geram dificuldade de escuta e problemas de relacionamento dos profissionais entre os profissionais da AB (Art.36), além de gerar indisponibilidade de tempo para ações inovadoras diferentes (Art.26);
- Dificuldade em propor agenda de matriciamento (Art.36);
- Dificuldade dos profissionais da AB em abordar aspectos subjetivos e emocionais (Art.36);
- Dificuldade de participação dos médicos nas reuniões de Apoio Matricial (Art.22,33);
- Risco do Apoio se centralizar na figura do profissional médico apoiador. (Arts. 20 e 35) (**Obs:** Não é de se estranhar esta centralização dentro de um modelo de saúde também médico-centrado);
- Descrédito (por parte dos profissionais da AB) em relação às propostas alternativas, visto que buscam obter o tratamento tradicional (Art.29);
- Resistência em aceitar condutas como atendimentos em grupo, avaliação em dupla de profissionais, adesão aos trabalhos comunitários da região (Art.29);
- Falta de articulação da prática com as demandas sociais;
- Dificuldades em relação ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar (Art.20,29,36);
- Falta de transporte que possibilite VDs, encaminhamentos de usuários ao CAPS e encontro entre profissionais (Art.6);
- Pacientes faltam no dia da consulta conjunta (Art. 24) (**Obs:** interessante notar que, os próprios funcionários não valorizam o Apoio Matricial e queixam-se de que os usuários não comparecem às consultas conjuntas);

- As equipes na AB ainda buscam manter uma relação passiva com os apoiadores, esperando por comando e porque a lógica gerencial ainda é vertical (Art.10,33,34).

Em relação às equipes de CAPS, o Art.36 apontou:

- falta tempo para as reuniões e discussão da prática do Apoio Matricial;
- conflitos interpessoais, falta de comunicação e articulação trazem prejuízo ao Apoio e ao trabalhador de SM;
- há falta de objetividade nas reuniões de equipe do CAPS, julgamento, dificuldade de escuta entre os colegas;
- há falta de objetividade nas reuniões de equipe do CAPS, julgamento, dificuldade de escuta entre os colegas.

Afinal, de que profissional matriciador estamos falando? Quem é este profissional capacitado para esta tarefa tão refinada? Como é o processo seletivo e quanto está se oferecendo de remuneração a ele?

Ainda seria necessário:

- Mobilizar, sensibilizar e capacitar constantemente as equipes da AB, mas a implementação do Apoio Matricial tem possibilitado aos serviços e aos profissionais da AB maior aceitação das questões de SM. (Art.10,33,34)
- Ampliar as ofertas terapêuticas para melhorar o vínculo e/ou alargar o tempo de escuta e diálogo com ela, vistas à maior resolubilidade. (Art.24);
- Manter encontros regulares entre a AB e os apoiadores (Art.6,10,29) Segundo a Art.10 encontros mensais não são suficientes para organizar o serviço de maneira a permitir que os profissionais promovam novas práticas de cuidado em SM. (Art.10);
- Criar estratégias para envolver os profissionais da AB (em especial o profissional médico) nas discussões coletivas, no cuidado em SM e no apoio matricial;

- Promover avaliações das experiências de Apoio Matricial (Art.6), uma vez que esta tem se mostrado uma estratégia privilegiada para transformações políticas e assistenciais da SM;
- Melhorar as condições de trabalho e formação dos profissionais da AB e dos CAPS;
- sensibilizar os gestores diante para a demanda de SM (Art.34).

Por fim, fica a impressão de que o Apoio Matricial só é capaz de provocar mudanças substanciais na atenção em SM na AB caso esteja dentro de um contexto de mudanças mais amplas.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Esta categoria abarcou os artigos 15,26,27 e 37. Trata-se de artigos que discutem a Atenção em SM como um todo, não se focando especificamente em nenhuma das outras categorias discutidas.

O Art.15 faz um alerta para a incoerência da gestão produtivista da rede de atenção primária, que faz exigências quantitativas de VDs, consultas, dentre outras; ao mesmo tempo em que cobra o acolhimento humanizado.

Aponta ainda as consequências dessas exigências para a subjetividade dos profissionais tais como: insegurança, ansiedade e sensação de impotência diante do sofrimento social cada vez mais crescente.

Outra incoerência está relacionada à escassez de unidades, equipes e formação, o que sobrecarrega a AB, dificultando a participação dos generalistas da Saúde da Família nas reuniões de matriciamento em SM. Por sua vez, essa dificuldade os impedem de se capacitarem para o acolhimento das demandas “específicas, complexas e crescentes.” Importante lembrar, como já foi dito, que a falta de tempo não justifica toda a ausência dos profissionais às

reuniões de matriciamento. Muitos simplesmente não aceitam e/ou não acreditam na proposta.

Por último, enquanto a **AB enfrenta a sobrecarga** com a demanda de “sofrimento social”, das “pessoas infelizes”, dos “poliqueixosos”, dos “neuróticos leves” que procuram a UBS; a rede de **assistência especializada e de serviços substitutivos priorizam os casos graves e as crises psiquiátricas**. Este funcionamento gera sobrecarga para os profissionais da AB.

Ainda sobre o sofrimento dos profissionais que lidam com SM (auxiliares de enfermagem da SM, ACSs e os próprios profissionais da SM), o Art.26 afirma que a SM é o lugar intersticial, o paraíso das contradições já que abre portas para que todo tipo de questões apareça. Cria-se um retrato dos problemas da população na medida em que cria um espaço onde tudo pode ser falado, reivindicado, expressado. Estas **demandas e expectativas de resolução de problemas depositadas na equipe de saúde da AB e nos profissionais de SM** causam intenso sofrimento.

Tanto se fala em acolhimento e humanização em relação ao usuário, e o sofrimento do profissional da AB? Este que trabalha com situações de sofrimento, angústia e violência dentro de um contexto de sofrimento, angústia e violência.

Além disso, suas condições de trabalho são ruins. Falta de recursos humanos e materiais; baixos salários; sobrecarga de atividades; falta de incentivo e apoio da gestão. (Art.34,35,36) Como bem aponta o Art.27, a precarização dos vínculos de trabalho prejudica a construção do vínculo, a responsabilização pelos casos e o trabalho em equipe, todos fatores fundamentais no caso do trabalho da atenção básica.

A mesma pesquisa 27 coloca com clareza que é necessária alguma proposta que abarque as angústias despertadas nos profissionais da AB. E mais, a de número 36 aponta uma questão, do ponto de vista da pesquisadora,

sintomática. Sendo ela a equipe do CAPS de seu campo de pesquisa enfatizou que o Apoio Matricial não é terapia para os trabalhadores da AB, e sim momentos de escuta para que lidem melhor com os pacientes. Isto deixa subentendido que esta demanda de cuidado tem aparecido aos apoiadores.

Por último, a pesquisa 15 afirma que, apesar das adversidades, os trabalhadores estão implicados em promover a SM na AB mesmo com recursos escassos.

O Art.26 traz uma experiência longa, bastante interessante e particular. A inserção de uma equipe de SM como membro da equipe de AB de um centro de saúde escola. Trata-se de uma pesquisa bastante aprofundada, que traz diversos pontos interessantes ao longo de três períodos históricos diferentes.

1º período (1978-1987): a inserção da equipe de SM promoveu um “trabalho conjunto de proposição, execução e avaliação de práticas de cuidado, com introdução da psicanálise, da sociologia e de outras disciplinas. Pautado na visão das determinações sociais do processo saúde-doença e pelo modelo de atenção pública em saúde mental’ ”.

2º período (1987- 2000): mudança da ênfase da atenção integral para a preocupação com a maior cobertura, maior produtividade e recorte mais preciso do objeto das ações. Isto implicou em restrição das consultas extensas e minuciosas e fez com que as questões relacionadas à vida de forma geral migrassem para os grupos, que se tornaram mais frequentes. Passou-se a dar prioridade ao atendimento com base em estudos epidemiológicos e o serviço organizou-se em torno de programas voltados para grupos específicos: crianças, idosos, mulheres, adolescentes. A gestão passou do Estado de São Paulo para a Universidade de São Paulo. A SM teve retrocesso em relação à colaboração nos programas prioritários. Houve redução de oportunidades de contato com equipe de SM, que passou a receber encaminhamentos de casos mais graves. Na relação com a atenção primária a SM tornava-se cada vez mais uma especialidade, atendendo o indivíduo doente e enfatizando diagnóstico e

tratamento. Por outro lado, passaram a ser possíveis atendimentos em SM mais completos, incluindo psicoterapia e Terapeuta Ocupacional.

3º período (2000 em diante): este período correspondeu à época de implantação sistemática do PSF em São Paulo, no entanto, o centro de saúde escola propôs um modelo misto. No lugar da equipe mínima, incorporou-se 12 agentes comunitários compondo uma equipe única para trabalhar com as famílias de uma favela da região. A SM participou na seleção e treinamento dos ACS, na construção de perguntas específicas de SM no cadastro geral das famílias, na elaboração de um cadastro de SM, na composição das equipes de Assistência Primária Domiciliar e na supervisão dos ACSs em SM. Foi relatada a supervisão sistemática da equipe de ACSs pela equipe de SM. A prática da supervisão promoveu “o refinamento da percepção e da compreensão dos agentes sobre o sofrimento emocional”, os agentes aumentaram “a visibilidade dos casos graves” e passaram a acolher os casos moderados e leves, “exercendo uma função de vigilância e ampliando a esfera de influência da saúde mental”. Esta colaboração mudou o perfil dos agentes e o conhecimento do programa de SM daquele território. Os ACSs ajudaram a ampliar o acesso, mas ao mesmo tempo, denunciaram os impasses de se visitar as famílias, descobrir necessidades e depois não conseguir responder por falta de rede e intersetorialidade, ou por não conseguir dar continuidade ao atendimento.

Segundo a pesquisadora deste artigo (ocorrida num centro de saúde escola), a capacidade de negociar a entrada de novidades vindas das políticas públicas conservando sentidos e vínculos pré-existentes que enlaçam trabalhadores, modos de fazer e pensar e usuários, parece ser uma lição que este centro de saúde escola ensina. Renovar preservando é algo bastante estranho à intermitência das políticas que, por isso, muitas vezes transpiram a ideia de que em saúde está-se frequentemente começando do zero.

Por fim, é interessante o que mesmo artigo traz em relação ao PSF, que “(...) tende a retirar as equipes de SM das unidades básicas, ou tende a fazer desaparecer a saúde mental como atenção primária”. Triste contatar que,

após uma experiência tão bem sucedida de atenção primária à SM; a ESF não considerar as equipes de SM como pertencentes à AB. Esta experiência vai ao encontro do argumento de que equipes de SM na AB estão sempre isoladas e não conseguem produzir mudanças nas equipes da AB no sentido de ampliar seu olhar para questões da subjetividade.

O Art.27, assim como outros já mencionados, aponta a dificuldade dos profissionais em identificar casos de SM. Em seu campo de pesquisa muitos usuários só foram identificados por terem vindo de serviços especializados para renovação de receitas.

Apenas dois dos dezoito entrevistados falaram da concepção de SM atrelado ao contexto de vida das pessoas; oito acreditam que, para lidar com tais demandas, seria necessário acompanhamento com profissionais especializados. Faltam propostas compartilhadas com usuários e família. Ainda, um terço dos entrevistados acredita que é necessário treinamento específico, 27% acreditam que é necessário saber conversar calmamente com as pessoas, saber escutar e acolher.

Setenta e sete por cento dos profissionais dizem necessitar de apoio na área de SM, mas nunca terem passado por treinamento.

Esta mesma pesquisa sugere que se invista em:

- ampliação da noção de saúde-doença mental;
- ações que facilitem o reconhecimento da necessidade de escuta ampliada no cuidado;
- práticas de acolhimento individual, grupal e/ou familiar;
- atendimento compartilhado, seguindo a lógica do apoio;
- formações permanentes, discutindo a importância dos cuidados em SM na AP através dos cuidados territoriais, sobrepondo a lógica dos especialismos.

A pesquisa de número 37 teve como objetivo apresentar conceitos de Apoio Matricial a partir do conhecimento trazido pelos próprios profissionais de duas UBS e um CAPS. Constatou que estes reconhecem a importância da rede de cuidado integral, assim como a UBS como porta de entrada para a atenção em SM. Por outro lado, não foi relatado, pelos entrevistados, como pode ser construída esta rede através do apoio matricial.

Quando se trata de estabelecer planos terapêuticos, percebeu-se que:

- as equipes de referência responsabilizam o CAPS pela condução da atenção SM;
- apenas um grupo (dentre quatro) apresentou plano que abordasse um planejamento de ações que visassem alcançar a integralidade da atenção considerando o contexto social e as individualidades do sujeito;
- apenas um grupo envolveu outros componentes da rede;
- todas as propostas terapêuticas deram prioridade para o tratamento intensivo, baseados na institucionalização e medicalização do sujeito;
- nenhum grupo abordou a continuidade da atenção ao usuário após a estabilização dos sintomas e a manutenção de acompanhamento pela AB.

A pesquisa 37 também previa um encontro em que seriam pensadas propostas para a efetivação de uma rede de SM no município estudado, no entanto as equipes das UBSs não compareceram e a equipe do CAPS não havia feito a discussão prévia solicitada.

Foram observadas, assim como em outras pesquisas já citadas, dificuldades estruturais dos serviços e da rede de SM. Além da necessidade de maior envolvimento da gestão, um “olhar mais carinhoso, um olhar mais comprometido” em relação à atenção em SM (Art.37).

Todas estas questões foram apontadas como barreiras que dificultam o acesso a informação e diálogo entre os profissionais, já que não permite um ambiente de reflexão, uma qualidade do atendimento e motivação para os profissionais inovarem suas práticas de cuidado. Levam também à perda de eficácia e aumento da iatrogenia.

Por último, o Art.37 concluiu que:

- o desafio de tornar possível a efetivação da política de SM no município, requer o envolvimento de várias esferas de gestão e não só os profissionais responsáveis pelo cuidado direto com o usuário;
- o ator social com sofrimento psíquico deve ter uma atenção especial ao falar de redes de cuidado integral, já que o mesmo possui um processo histórico de abandono e discriminação social;
- modelo biomédico prevalece;
- após a pesquisa houve ampliação da visão dos participantes sobre o Apoio Matricial, porém notam-se dificuldades de reconhecê-lo na prática e em suas experiências cotidianas nos serviços;
- há necessidade da promoção de mais discussões e estudos sobre a temática.

Outros artigos trazem contribuições sobre a assistência em SM na AB.

- Há necessidade de fortalecer a SM na AB com investimentos na educação permanente e na integração entre CAPS e SF. Equipes e gestores se preocupam em organizar e implantar outras ações, deixando a SM para depois. Há também necessidade de estabelecimento de indicadores (são escassos os indicadores de SM no SIAB) e priorização, por parte da gestão, do estabelecimento de metas na atenção à SM (Art.36);
- “Construir uma atenção integral à saúde, reconhecendo o campo psicossocial como enfoque indispensável em todas as ações assistenciais e de promoção exige uma composição gerencial, clínica, ética e política que priorize a intersubjetividade, a participação e a articulação intersetorial” (Art.22,29,34).

Segundo diversos artigos, há necessidade de comprometimento dos profissionais da AB em relação à SM na atenção primária (Art.6,10,24,35,36).

O Art.25 afirma que: “Para a concretização de uma clínica ampliada e integral se faz necessário equipes de ESF dispostas a assumir seu papel estruturante na rede de cuidados, construindo novas concepções e práticas, pautadas nas necessidades e subjetividades que envolvem os usuários que buscam o serviço, primando por articular a rede de serviços e as práticas promocionais e preventivas da SM”.

Se por um lado esta reflexão parece fazer todo sentido, por outro traz uma reflexão, do ponto de vista da pesquisadora, simplista e reducionista, uma vez que passa a impressão que a clínica ampliada e integral é capaz de se concretizar apenas com boa vontade, disposição e envolvimento dos trabalhadores da AB. O que dizer da fragilidade da rede em SM? Da ausência de pontos necessários a uma atenção integral que não pode depender somente da AB? Da dificuldade de articulação da rede existente? Dos diversos problemas relacionados às condições de trabalho tanto na AB como dos serviços de SM? Dos diversos interesses, para além do SUS, que também propõe suas fórmulas para a atenção em SM?

Por último, é importante notar que, algumas questões, apesar de não terem sido o foco principal de nenhuma pesquisa em particular, apareceram em diversos artigos: modelo biomédico, asilar, curativo; indicadores, condições de trabalho e saúde do trabalhador.

Esta categoria nos ajuda a pensar no contexto atual da Atenção Básica brasileira, nas contradições encontradas na Estratégia de Saúde da Família, nas condições de trabalho e sofrimento dos atores da frágil rede de SM, principalmente aqueles atuantes na ESF.

Outros

Esta categoria foi constituída pelos artigos 2,8,14,17,30,31 e 32. Estes tratam de assuntos específicos como conselho local, satisfação dos usuários, formação, dentre outros. Os assuntos tratados, apesar de totalmente vinculados ao tema da pesquisa, não formaram categorias, pois são únicos ao tratar de seus temas.

Art.2: tratou da satisfação dos usuários portadores de sofrimento psíquico em relação à atenção em SM. Reconhecem como pontos fortes o vínculo, a relação entre a equipe e a comunidade, o cuidado com as famílias, as visitas domiciliares e o olhar integral do profissional no exame físico. Já as fragilidades identificadas foram: pronto-atendimento, condições das instalações básicas.

Art.8: apontou potencialidades e necessidades da atenção em SM, do ponto de vista de um Conselho Local de Saúde. Reconheceram como potencialidade: Apoio Matricial, controle social como dispositivo de desinstitucionalização. Chegaram também à conclusão que a avaliação feita fortaleceu a cidadania e a participação dos usuários em espaços decisórios.

Apontou como necessidade: atendimentos em SM por profissional da área, ações de SM no território, matriciamento e apoio como suporte ao atendimento às crises e outras situações, preparo e qualificação permanente dos profissionais da AB, acolhimento orientador-sensível, acesso à rede especializada, continuidade do cuidado com apoio técnico em SM (principalmente para crianças, adolescentes e dependentes químicos), benefício da Previdência Social e o Programa Bolsa Família para pessoas necessitadas, atendimento no território, mudança no processo de trabalho da AB (prescrição e distribuição de remédios são insuficientes), ações intersetoriais.

Art.14: apesar de ter sido o único trabalho com foco central na formação profissional, muitos apontam para a necessidade de melhor formação dos profissionais da AB em relação à SM (Art.3,4,5,6,8,9,10,11,13,15,16,21,24,

27,28,31,34,35,36,37). O art.14 trata especialmente da formação do enfermeiro. Concluiu que: os espaços oficiais pouco valorizam o ensino em SM e, quando há oferta, esta é focada na atenção psiquiátrica; as capacitações do MS para a AB focam nos programas e negligenciam a SM. Os profissionais sentem-se angustiados e ansiosos diante da des-instrumentalização para a prática psicossocial. Apesar da limitada constituição de competências, há sensibilização em relação às manifestações afetivas da população.

Art.17: assim como o Art.8, mencionou o Conselho Local, mas este foi o único a apontar a importância do Conselho Local de Saúde (CLS) como facilitador do processo de inclusão das ações de SM na AB. Este instrumento pode ser propulsor de mudanças e transformações, mas ainda tem desafios para sua concretização. É necessária a ampliação das ações nos aspectos macro-políticos do SUS, necessitando para isso, investimento na formação dos conselheiros.

Art.30: investigou a percepção de profissionais da ESF em relação aos recursos existentes no território para o atendimento de demandas em SM. Os enfermeiros citaram os serviços de saúde. Os coordenadores citaram, além dos serviços de saúde, a universidade, o conselho tutelar e a promotoria pública. Os Agentes de Saúde citaram tanto fontes formais como informais, demonstrando maior conhecimento do território.

Art.31: tratou dos recursos não reconhecidos da equipe da AB no cuidado em SM. Concluiu que a qualidade do vínculo, escuta, diálogo eram subvalorizados. Esta subvalorização reforça sentimentos de fracasso, impotência e incapacidade para o cuidado em SM. Há necessidade de criação de espaços de reflexão em que os trabalhadores possam ressignificar suas ações. Os profissionais também apontam necessidade de capacitação e espaços de cuidado para a equipe. Questionam se este trabalho não deva ser feito por especialistas.

Art.32: o último artigo desta categoria analisou as concepções dos profissionais em relação à SM. Conclui que alguns revelam concepções restritas, centradas no transtorno mental; outros entendem a SM de forma mais ampliada, reconhecendo a dinamicidade do processo saúde-doença mental. Há necessidade de se criar formas de identificação dos principais determinantes sociais relacionados a um maior sofrimento psíquico, para que as equipes possam planejar atividades de promoção.

4.2- Análise dos documentos ministeriais

A seguir, serão analisadas as propostas ministeriais, a partir das questões apontadas pelos artigos científicos analisados.

Para facilitar a compreensão, levando-se em consideração a quantidade de informação encontrada, o conteúdo dos documentos será separado de acordo com as mesmas categorias estabelecidas na análise dos artigos científicos. Além disso, serão apresentados em ordem cronológica, para que se possam acompanhar as propostas ao longo do tempo.

Doc. 1: Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001

Trata-se da lei conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Este documento fala sobre a proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e a mudança do modelo assistencial em SM.

Rede de Saúde Mental

Em relação à rede propõe, de forma ampla, que os portadores de transtorno mental serão preferencialmente assistidos em serviços comunitários de SM. (Art.2. Parágrafo único. Item IX) e “(...) a assistência e a promoção de ações

de saúde aos portadores de transtornos mentais (...) será prestada em estabelecimento de SM, assim entendidos como as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (Art.3).

Embora totalmente compreensível do ponto de vista histórico, a falta de um desenho de rede de SM coloca a Lei da Reforma muito focada no processo de desconstrução da institucionalização do “louco” e pouco propositiva no sentido de cuidar das demandas dos portadores de transtornos mentais leves e moderados.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

O documento trata apenas da prática de internação, indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Aponta que todo tratamento deverá ter como finalidade permanente a reinserção do paciente em seu meio. Traz a necessidade de técnicos de saúde acompanhando a internação e a necessidade desta ocorrer somente mediante laudo médico. Por último descreve os três tipos de internação e as condições para que cada uma aconteça.

Apoio Matricial em SM

Não trata deste assunto.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Aponta os direitos e a proteção às pessoas acometidas de transtorno mental, sem qualquer discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e quanto ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno.

A lei afirma que é de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de SM, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família.

Quando afirma não poder haver qualquer discriminação em relação à diversas condições do paciente com transtorno mental, coloca o grau de gravidade e o tempo de evolução da doença.

Observando o contexto histórico e o resto da lei, percebe-se que a mesma tem a intenção de proteger os portadores de transtorno mental grave, mas ao colocar que não pode haver discriminação de gravidade, podemos pensar que a própria lei cai em “contradição” uma vez que nada propõe para as situações moderadas e leves. Aponta, por exemplo, a necessidade de ações de promoção, mas como deve ser feita, nem a quem caberia esta responsabilidade.

Doc. 2: Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários- inclusão da saúde mental na atenção básica de 2004

Antes de produzir este documento, com o objetivo de discutir a inclusão da SM na AB, a Coordenação de SM do MS promoveu três eventos:

- em Março de 2001, a Oficina de Trabalho para “Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica”, com a presença do Departamento de Atenção Básica (DAB/SPS) e a Coordenação Geral de Saúde Mental (CGSM)/MS e alguns municípios com experiências em curso de SM na AB;
- em Abril de 2002, o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica, realizado através de parceria MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard;
- em Julho de 2003, a Oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO, intitulada “Desafios da integração com a rede básica”, com a participação do DAB, Coordenação Geral de Saúde

Mental/DAPE, coordenadores estaduais e municipais de SM e trabalhadores da SM de diversas regiões do país.

A partir das discussões surgidas nesses eventos, a Coordenação Geral de SM, em articulação com a Coordenação de Gestão da AB propuseram as diretrizes apresentadas neste documento.

Apoio Matricial em SM

Propõe o Apoio Matricial em SM às Equipes da AB, visando aumentar a capacidade resolutiva das equipes locais. Desta forma, trabalha-se com a lógica da responsabilização compartilhada entre as equipes e a exclusão da lógica do encaminhamento. Busca-se a ampliação da clínica, através do resgate e da valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas.

As equipes matriciais devem incorporar ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico; participar das iniciativas de capacitação e estabelecer formas de contato para demandas inesperadas ou intercorrências.

A Organização do Apoio Matricial deve se dar da seguinte forma:

Municípios com CAPS e outros equipamentos de SM

Proposta	Equipe	Nº de Equipes Vinculadas	Nº de encontros semanais	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
CAPS e outros equipamentos apoiam A/B	Equipes SM	-		Prof. do CAPS	Não diz neste doc	Não diz neste doc

Obs: até 2002 havia um total de 424 CAPS no Brasil (Brasil, 2011).

Municípios com número de CAPS insuficientes

Proposta	Equipe	Nº de Equipes Vinculadas	Nº de encontros	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
Expansão do CAPS ou Equipes de Ap. Mat.	Equipe de CAPS expandida 3 tec. nível sup. (sendo 1 Psiq./generalista) e auxiliares de enf.	-	-	Prof. do CAPS Psicólogo, TO, Assist. Social, Enf, etc.	Idem	Idem

Onde não houver serviços de SM

Proposta	Equipe	Nº de Equipes Vinculadas	Nº de encontros	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
Equipes de Ap. Mat. apoiam A/B	3 tec. nível sup. (sendo 1 Psiq./generalista) e auxiliares de enf.	6 a 9 ou 15 a 30 mil/hab.	-	Psicólogo, TO, Assist. Social, Enf, etc.	Idem	Idem

No caso de municípios com menos de 20 mil habitantes

Proposta	Equipe	Nº de Equipes Vinculadas	Nº de encontros	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
Equipes de Ap. Mat. apoiam A/B	2	20 mil/hab.	-	1 Med. generalista e 1 tec. em SM	Idem	Idem

(**Obs:** nesta época 3990 municípios tinham até 20 mil habitantes, segundo o IBGE (Brasil, 2005).

Como já comentado na categoria rede, 71,7% dos municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes. Será que eles realmente não precisam de CAPS? O próprio documento reconhece que a AB não tem condições de dar conta de uma ação integral em SM, pois faltam recursos humanos e capacitação. Seriam dois profissionais capazes de suprir as necessidades desses municípios?

De qualquer forma, trata-se de um grande avanço em relação à Lei da Reforma, que não se ocupou da AB.

No entanto, no Relatório de Gestão 2003-2006 não há menção de quantas equipes foram implantadas, apenas que “cada vez mais municípios têm aderido à proposta.”. Por outro lado, há mapas de cobertura de CAPS, série histórica de cobertura de CAPS por unidades da federação, expansão do Programa de Volta para Casa, empreendimentos solidários, Consultórios de Rua, redução de leitos, mudança de perfil dos hospitais, dentre outros. Mesmo o relatório produzido mais tarde, “Saúde Mental em dados 8”, com informação de 2003 a 2010, não menciona essas equipes.

Ficam as perguntas: porque informação tão vaga? Quantas equipes de fato foram implantadas? Como foi o trabalho dessas equipes?

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

O documento propõe ações que devem ocorrer a partir do Apoio Matricial em SM e devem excluir a lógica do encaminhamento:

- ações conjuntas; priorizando os transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de A/D, pacientes egressos de internação psiquiátrica, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intradomiciliar;
- discussão de caso;

- intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos;
- criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de A/D, como a estratégias de redução de danos;
- evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
- fomentar ações que visem a difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade (oficinas comunitárias), destacando a relevância da articulação intersetorial;
- priorizar abordagens coletivas e de grupos;
- integração dos agentes redutores de dano a essa equipe de apoio matricial;
- trabalhar o vínculo com as famílias, tomando-a como parceira no tratamento;
- Buscar constituir redes de apoio e integração.

É possível notar o apontamento de diversas ações e responsabilidades conjuntas da AB e da Equipe de Apoio Matricial. Há um detalhamento das propostas concretas a serem seguidas pelas equipes. Mais uma vez priorizam-se os transtornos mentais graves e persistentes (pacientes atendidos no CAPS, egressos de hospitalização psiquiátrica), além do abuso e dependência de A/D, tentativas de suicídio e violência doméstica. Não foram citadas ações para transtornos comuns como depressão e ansiedade, demanda muito frequente na AB.

Rede de Saúde Mental

Segundo este documento os CAPS são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em SM. Esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados composta por: AB, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros. Afirma também que será sempre importante e necessária a articulação da SM-AB.

Segundo o MS, os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir da AB.

Ao mesmo tempo, reconhece que “nem sempre a AB apresenta condições para dar conta de uma ação integral” em SM, “pois às vezes faltam recursos humanos e capacitação” para tal.

Três anos após a lei da Reforma, o documento traz a importância da rede de SM. Aponta seu dispositivo estratégico (CAPS) e seus outros pontos. Coloca a AB dentro desta rede e enfatiza a importância de sua articulação com o CAPS. Trata-se de grande avanço em relação à lei da Reforma, que não chega a tocar no assunto rede. Por outro lado, afirma que as cidades de 20 mil habitantes não precisam justamente do dispositivo apontado como estratégico em SM. É importante lembrar que neste ano havia, segundo o IBGE, num total de 5564 municípios, 3990 com população até 20 mil habitantes (Brasil, 2005). Isto significa 71,7% dos municípios sem CAPS.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

O documento afirma que “todo problema de saúde é também - e sempre - mental, e que toda saúde mental é também - e sempre - produção de saúde”.

Fala também que atender às pessoas com problemas de SM é de fato uma tarefa muito complexa. Afirma a urgência de se estimular ativamente, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da AB, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de SM.

Diz também que assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo.

Trata da necessidade de capacitação, que deverá ocorrer através de cursos a serem oferecidos às equipes da AB, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Devem enfatizar a promoção da autonomia dos usuários e a participação da família como parceira no tratamento. Há também a disponibilidade para o suporte e a orientação técnica aos núcleos em formação e aos gestores locais.

Segundo o documento o financiamento ocorrerá através dos recursos do Projeto de Apoio à Expansão do Programa Saúde da Família (PROESF), de recursos da Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde (SEGTES) para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, de recursos específicos da Coordenação Geral de SM e das parcerias entre gestores locais e estaduais.

Por último, o documento afirma estar em discussão a inclusão, no Sistema de Informação da AB (SIAB), de indicadores de monitoramento baseados no conceito de território, problema e responsabilidade sanitária, para evitar a exclusão do cuidado de casos graves na AB e seu encaminhamento para a institucionalização.

Os seguintes indicadores foram propostos:

- 1) Percentual de pessoas acompanhadas pela rede básica com problemas de uso prejudicial de álcool, por faixa etária e sexo;

- 2) Percentual de pessoas com problemas de uso prejudicial de outras drogas, acompanhadas na rede básica, por faixa etária e sexo;
- 3) Número de pessoas identificadas com transtornos psiquiátricos graves (severos) por faixa etária e sexo;
- 4) Percentual de pessoas com transtorno mental egressas de internação psiquiátrica acompanhadas pela rede básica, por faixa etária e sexo;
- 5) Prevalência de transtorno convulsivos (epilepsia) por sexo e faixa etária.

Levando-se em consideração que este documento aponta o entendimento de que todo problema de saúde é também mental, e que toda SM é produção de saúde, parece contraditório que não se compreenda a necessidade de uma atenção básica em SM, nos mesmos moldes que a atenção odontológica.

Novamente fala-se da urgência de se estimular diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental, sendo que a maioria da demanda da AB não é de transtornos graves.

Em relação aos indicadores, o fato de estarem em discussão já pode ser considerado um progresso, no entanto, dos cinco sugeridos neste documento, dois envolvem a questão dos problemas relacionados ao consumo de A/D, dois envolvem transtornos mentais graves e um se refere aos transtornos convulsivos. Mais uma vez ficam de fora os transtornos ansiosos, depressivos, o sofrimento psíquico, os transtornos neuróticos leves e moderados de forma geral, as questões relacionadas às crises do ciclo de vida, as relacionadas à infância, dentre outras.

Doc. 3: Portaria nº 1065 de Jul. de 2005

Esta portaria cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.

Apoio Matricial em SM

A portaria determina que os Núcleos de Atenção Integral na SF compartilhem a construção de práticas em saúde frente aos problemas identificados na AB. Esse compartilhamento produz-se na forma de co-responsabilização e ampliação da resolubilidade da atenção, efetivada por meio de ações conjuntas.

Os Núcleos podem ser constituídos em quatro modalidades diferentes:

I- Alimentação/nutrição e atividade física;

II- Atividade física;

III- Saúde Mental; e

IV- Reabilitação.

O Núcleo de SM deverá se organizar da seguinte forma

Proposta	Equipe	Nº de Equipes Vinculadas	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
Núcleos de SM	2	9 a 11	Psicólogo; Assist. Social; Méd.Psiq.;TO.	-	-

Para implantação do Núcleo de SM será obrigatória a presença do psicólogo ou de psiquiatra.

O MS deverá financiar a implantação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, na modalidade SM, somente nos municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes.

Segundo a portaria cabe aos municípios elaborar a proposta de implantação, acompanhamento e avaliação dos Núcleos, garantindo recursos, como contrapartida financeira, para a adequação física e compra de material necessário à realização e ao desenvolvimento das atividades.

Cabe ao MS, e aos Estados, assessorar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações desses Núcleos nos municípios e contribuir para a sua implementação.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

Aponta diversas ações conjuntas a partir do Apoio Matricial: troca de experiência e saberes, discussão de casos, intervenção junto à comunidade, às famílias e aos indivíduos, realização de atividades intersetoriais, entre outros.

Rede de Saúde Mental

Estes Núcleos devem estar articulados com os serviços de referência existentes, como, por exemplo, CAPS, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer e Esportes e com profissionais dos serviços especializados.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Não se aplica a este documento.

Não pareceu clara a diferença das equipes matriciais em SM proposta apenas um ano antes no documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários- inclusão da saúde mental na atenção básica”. Também não fica claro se a proposta anterior deverá ser mantida ou não.

Uma desvantagem dos Núcleos de Atenção Integral na SM em relação à proposta anterior é que não há proposta para municípios com população igual ou inferior a 40 mil habitantes, o que significa bem mais de 70% dos municípios brasileiros.

Nem o Relatório de gestão 2003-2006, nem o documento “Saúde Mental em dados 8” mencionam estes Núcleos. Será que chegaram a ser implantados?

Doc. 4: Política Nacional de Atenção Básica de 2006

Este documento define os princípios gerais da assistência, as responsabilidades de cada esfera, a infraestrutura, os recursos necessários e o financiamento da AB.

Afirma que se devem priorizar soluções para os problemas mais frequentes, mas apesar dos problemas de SM serem epidemiologicamente muito relevantes, a SM não foi definida como área prioritária por esta política. As áreas definidas foram: saúde da criança, da mulher, do idoso, controle do diabetes, hipertensão, hanseníase e tuberculose.

Apoio Matricial em SM

Não propõe Apoio Matricial em SM.

Em relação à rede de SM

Aponta ser a ESF uma prioridade, além de ser a ordenadora das redes de atenção. Fica subentendido que será também ordenadora das questões de SM.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

Não se aplica a este documento.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Não se aplica a este documento.

A discrepância tanto da Política Nacional da AB, quanto da portaria que cria os Núcleos de Atenção Integral na SF em relação às propostas da III Conferência Nacional de Saúde Mental são enormes. Basta verificar as propostas apontadas em 2001 nesta Conferência:

- inclusão das ações em SM no nível básico da atenção à saúde, no elenco de Ações e Programas exigidos pela NOAS/2001, para que os municípios sejam habilitados ao nível de gestão PAB Ampliado;
- priorizar as ações de cuidados primários de SM nas UBS, no que tange aos quadros clínicos e subclínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade;
- garantir que a AB desenvolva ações de vigilância em SM;
- criar, em âmbito nacional, protocolos de atendimento e prescrição de medicações psiquiátricas dirigidos aos médicos generalistas;
- incluir, nas agendas municipais de saúde, a atenção à SM, definindo elementos para compor o pacto de criação de indicadores da AB;
- as equipes multiprofissionais de SM que trabalham junto ao PSF observarão a seguinte proporção para sua constituição: um profissional de SM para cada duas equipes de SF;
- promover a prevenção em SM;
- criar equipes volantes de SM de acordo com a necessidade epidemiológica de cada localidade ou para cada grupo de cinco equipes;
- garantir supervisão continuada no desenvolvimento do trabalho conjunto das equipes PACS/PSF e SM e, também, avaliar as ações de SM executadas pelas equipes de SF, visto que o Programa é recente;

- implantar serviços de atendimento/internação domiciliar em SM realizados por equipes itinerantes ou equipes do PACS/PSF;
- criar a ficha “B” de SM no SIAB, para acompanhar, monitorar e avaliar os usuários portadores de transtornos mentais, dentre outras propostas.

Talvez a discrepância já comentada indique pouca, ou ineficiente articulação da Coordenação Nacional de SM e da Atenção Básica; talvez tenha relação com questões políticas.

Em 2007, passados seis anos da Lei da Reforma e da III Conferência Nacional de SM, o MS lança o documento “Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de gestão - 2003-2006.

Descreve com detalhe a ampliação da rede de CAPS, que totalizou 1011 serviços em 2006. Aponta o número de CAPS por unidade da federação, o repasse de verbas para compra de equipamentos para os CAPS, o ranking de CAPS por mil habitantes.

Descreve também o crescimento dos Serviços Residenciais Terapêuticos ao longo dos anos, chegando em 2006 a 476 serviços. Afirma não ter avançado na apreensão qualificada dos dados sobre o número, configuração e modo de funcionamento dos ambulatórios, que chegaram a 862 serviços.

Os Centros de Convivência e Cultura chegam a 60, a maioria concentrados em Belo Horizonte, Campinas e São Paulo.

O relatório descreve de forma bastante detalhada, em um capítulo específico, a reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar e o processo de desinstitucionalização.

Já em relação à SM na AB, traz dados vagos como:

- “em número expressivo de municípios existem profissionais lotados em Centros e Postos de Saúde (...);”

- “cada vez mais municípios têm aderido” à proposta de Equipes Matriciais em SM;
- “Várias experiências de apoio em saúde mental na atenção básica estão acontecendo hoje (...);”;
- “em muitos estados existem ações de saúde mental sendo desenvolvidas na atenção básica em municípios com menos de 20 mil habitantes (...);”;
- “podemos contabilizar inúmeras capacitações para integração” SF e SM.

Num país que em 2010 (IBGE, 2010), tinha 5565 municípios, apresentar dados do tipo “várias experiências de apoio à SM na atenção básica estão acontecendo” e, em seguida, dar quatro exemplos! Ora, parecem dados inadequados para este tipo de documento, para se dizer o mínimo.

O documento também apontou como prioridades para a expansão e qualificação da AB na gestão seguinte, 2007-2010:

- indução financeira, pelo MS, para o desenvolvimento da política de SM na AB;
- implantação, expansão e qualificação do apoio matricial nos próximos quatro anos;
- fortalecimento de uma política efetiva de formação continuada que envolva tanto equipes da SM quanto da AB;
- implementação de um Observatório de Saúde Mental na Atenção Básica, no âmbito do MS, com parcerias de universidades.

Doc. 5: Portaria nº 154 de Jan./2008

Esta portaria cria os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família surge como proposta para ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolubilidade. É constituído por equipe composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, não se constituem como porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes SF.

Prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrareferência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de AB/SF.

As ações a serem desenvolvidas abarcam Atividades Físicas/Práticas Corporais, Ações de reabilitação (de forma geral), Ações de Serviço Social, de Saúde da Mulher, de Assistência Farmacêutica e de Saúde Mental.

Em vista da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomendou-se que cada NASF contasse com pelo menos um profissional da área de SM.

A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

Dentre outras competências, as Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal deverão:

- definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF;
- selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;
- disponibilizar estrutura física e recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades;
- realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

- estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Dentre outras competências, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão:

- promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1;
- assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF;
- acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF.

Os Núcleos são classificados em duas modalidades, ficando vedada a implantação das duas modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

Proposta	Equipe	Nº de Equipes vinculadas	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
NASF 1	5	8 a 20	Méd.Acupunt.; Assist. Social; Educ. Físico; Farmacêutico; Fisio.; Fono.; Méd. Ginecol.; Méd.Homeop.; Nutricionista; Méd. Pediatra; Psicólogo; Méd.Psiq.;TO.	20 mil	20 mil
NASF 2	3	Densidade pop. abaixo de 10hab./Km²	Assist. Social; Educ. Físico; Farmacêutico; Fisio.; Fono.; Nutricionista; Psicólogo;TO.	6 mil	6 mil

Obs: a composição das equipes deverá ser feita por ocupações de nível superior não-coincidentes.

O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros:

- I- para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e
- II- para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

NASF 2: Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com IBGE/2007, poderão implantar o NASF 2.

O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de um.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

A portaria aponta diversas práticas a partir do NASF, sempre buscando a revisão da lógica do encaminhamento.

São ações de responsabilidade conjunta dos NASF e das Equipes de SF:

- identificar, junto à comunidade, as atividades, as ações e as práticas e o público prioritário das ações a serem adotadas;
- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar;
- acolher os usuários e humanizar a atenção;
- desenvolver coletivamente ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;
- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;
- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;
- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
- elaborar projetos terapêuticos individuais, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

São ações de SM de responsabilidade do profissional de SM:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;
- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de A/D, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;
- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;
- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de A/D, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;
- evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização;

- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;
- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;
- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em SM se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;
- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Não é apontado no documento o que fazer com as necessidades relacionadas aos distúrbios neuróticos leves e moderados, às questões da infância, crises relacionadas ao ciclo de vida, dentre outros.

Em relação à rede de SM

Aponta ser um dos objetivos dos NASF a inserção da estratégia de SF na rede de serviços. Suas ações devem ser feitas dentro de uma rede de cuidados que, no caso da SM inclui: a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros.

Apoio Matricial em SM

Não propõe apoio matricial específico para SM.

Interessante notar que trata-se da terceira proposta para se ampliar a capacidade resolutive da AB e ampliar sua atuação. Apesar das ações serem descritas com mais detalhes na portaria do NASF, tanto o Doc.II, quanto o Doc.III, em suas diretrizes, propõe a mesma coisa em relação à SM. Por um lado parece uma mudança de embalagem, sem que houvesse tempo para a implementação das propostas anteriores. Todas acontecem em curto período de tempo. A primeira em 2004 (Apoio Matricial em SM), a segunda em 2005 (Núcleo Integral na SF-SM), a terceira em 2008 (NASF).

Doc. 6: Portaria nº 2.843 de Set./2010

Cria os NASF 3, com prioridade para a atenção integral para usuários de A/D.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Os NASF 3 visam promover a atenção integral em SM, prioritariamente para usuários de A/D na AB de Municípios com porte populacional menor que 20 mil habitantes.

Devem se organizar de acordo com a tabela abaixo:

Proposta	Equipe	Nº de Equipes Vinculadas	Nº de encontros	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
NASF 3	3	4 a 7	-	Assist. Social; Educ. Físico; Farmacêutico; Fisio.; Fono.; Nutricionista; Psicólogo;TO.	-	6 mil

Os três profissionais da equipe não poderão ter ocupações coincidentes.

O Município deverá criar mecanismos de educação permanente para médicos das ESF sobre a atenção aos problemas relacionados ao A/D, por intermédio de programas de capacitação existentes nos níveis municipal, estadual e federal; e os profissionais dos NASF 3 e das ESF de referência serão capacitados por meio do curso a distância "Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento"- SUPERA/SENAD/UNIFESP.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

A portaria aponta diversas práticas a partir do NASF:

- a) desenvolver ações de atenção integral a usuários de A/D orientadas para a prevenção e promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos;
- b) incorporar o matriciamento como lógica de atuação, apoiando as ESF na discussão de casos, atendimento compartilhado e construção conjunta de Projeto Terapêutico Singular;
- c) promover ações de detecção precoce;
- d) ações de intervenção breve para abordar problemas vinculados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- e) ações de redução de danos;
- f) orientar e acompanhar o uso de terapia medicamentosa, quando indicada;
- g) apoiar a criação de grupos de ajuda-mútua;

- h)** orientar a realização de entrevistas motivacionais;
- i)** ampliar o cuidado aos grupos de maior vulnerabilidade;
- j)** ações para ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento;
- k)** oferecer orientações aos familiares dos usuários atendidos;
- l)** ações para constituir redes de apoio e integração;
- m)** articular com os CAPS de referência;
- n)** articular com os serviços hospitalares de referência no caso de necessidade de internação hospitalar;
- o)** acompanhar, na forma de ações de matriciamento, o período de tratamento hospitalar do paciente da área de abrangência do NASF 3;
- p)** ações coletivas com vistas à intersetorialidade;
- q)** ações para integrar as práticas de saúde com as outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, lazer, assistência social e trabalho;
- r)** apoiar a criação de iniciativas de geração de trabalho e renda, cursos profissionalizantes com recursos da comunidade para reinserção social das pessoas com problemas relacionados ao uso de *crack*, álcool e outras drogas;
- s)** ações de prevenção nas escolas;
- t)** ações de promoção da autonomia e dos direitos humanos e sociais da população de referência das ESF;
- u)** articular com as estratégias de formação e educação permanente do SUS;
- v)** informar ao usuário sobre maneiras menos danosas/nocivas/arriscadas relacionadas ao consumo de A/D; e
- x)** ampliar as possibilidades de interação social do usuário no território.

Em relação à rede de SM

Propõe que o NASF 3 faça articulação em rede de serviços tais como o CAPS I, CAPS II, CAPS AD, CAPS AD III (regional), CAPS infanto-juvenis, leitos em hospitais gerais e outros, prevendo mecanismos de integração e coordenação do acesso pelas ESF.

Deve também propor ações coletivas com vistas à intersectorialidade; ações para integrar as práticas de saúde com as outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, lazer, assistência social e trabalho.

Apoio Matricial em SM

Não propõe apoio matricial específico para a SM.

Doc. 7: Política Nacional de Atenção Básica de 2011

Esta política traz a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários.

Apesar de incorporar as diretrizes do NASF, não trata em nenhum momento das questões de SM de forma específica! Os programas e estratégias colocados como prioritários para a AB são: Saúde da Família, Saúde Bucal, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Núcleos de Saúde da Família, Consultórios de Rua, Saúde da Família Fluviais e Ribeirinhas, Atenção Domiciliar, Programa de Saúde na Escola (PSE), microscopistas e a Academia de Saúde.

Em relação à rede de SM

Afirma ser a porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde. Fica subentendido que esta função também se aplica à SM.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

Não se aplica a este documento.

Apoio Matricial em SM

Não propõe Apoio Matricial em SM.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Incorpora a Portaria 154/2008, que regulamentou o NASF.

A Política Nacional de AB de 2012 fica muito aquém, no que diz respeito à SM, das propostas apresentadas tanto na III, quanto na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, esta última ocorrida um apenas ano antes.

Para se ter maior clareza, seguem algumas das sugestões da IV Conferência que não foram contempladas nesta portaria:

- incluir a SM como área estratégica da AB e pactuar indicadores nacionais, assim com desenvolver estratégias de SM em todos os grupos e programas já existentes;
- implementar e implantar sistemas de monitoramento e avaliação das ações de matriciamento;
- incluir a SM no SIAB;
- rever os parâmetros de proporção das equipes de SM, tanto o populacional quanto as Equipes de SF;

- ampliar programas e projetos, assim como equipamentos (serviços) e recursos humanos voltados para a promoção da SM e prevenção de agravos, principalmente na infância e adolescência.

Neste mesmo ano de 2011 sai o documento “Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010”. Este documento aponta como um dos principais avanços da SM na AB desses últimos quatro anos a recomendação da inclusão de profissionais de SM nas equipes de NASF.

Segundo este relatório, os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de SF e as equipes de SM dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Esta estratégia, em processo de implantação, ainda precisa ser melhor monitorada (Brasil, 2001-d).

É importante lembrar que a proposta de Apoio Matricial em SM na AB não é tão nova assim e sim a proposta do NASF. Talvez o que precise ser estudado e monitorado com cuidado sejam as experiências de Apoio Matricial em SM, que foram propostas já em 1999 (Campos, 1999) e que o MS apontou em 2004! Talvez no caso da SM a proposta do NASF não tenha sido tão vantajosa e certamente não tão inovadora.

Se por um lado é comemorado o fato de 31% dos profissionais dos 1288 NASF em funcionamento serem da SM, poderíamos pensar que a proposta apresentada no Doc. 2, “Saúde mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”, sugeria equipes de SM para todos os municípios! A III Conferência Nacional de SM já havia apresentado propostas, do ponto de vista da pesquisadora, muito mais interessantes, como por exemplo, equipes de SM de acordo com as necessidades epidemiológicas ou uma para cada cinco equipes da AB.

Doc. 8: Portaria nº 3.088 de Dez./2011

O documento institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (A/D), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rede de SM

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do consumo de A/D e suas famílias.

A RAPS tem como objetivos gerais (Art.3 da portaria):

- ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de A/D e suas famílias aos pontos de atenção; e
- garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

São objetivos específicos da RAPS (Art.4 da portaria):

- promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- prevenir e reduzir danos do consumo e da dependência de A/D;
- promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de A/D, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;

- promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; e
- monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

A RAPS é constituída pelos seguintes componentes:

- I-** atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: UBS; equipe de atenção básica para populações específicas (Consultório na Rua e Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência);
- II-** atenção psicossocial especializada, formada pelos CAPS, nas suas diferentes modalidades;
- III-** atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; UBS, entre outros;
- IV-** atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: Unidade de Recolhimento e Serviços de Atenção em Regime Residencial.
- V-** atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso A/D;
- VI-** estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: Serviços Residenciais Terapêuticos;
- VII-** reabilitação psicossocial.

O ponto de atenção da RAPS na atenção psicossocial especializada é o CAPS. As atividades no CAPS são realizadas prioritariamente em espaços coletivos e de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes.

O cuidado, no âmbito do CAPS é desenvolvido por intermédio de PTI, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS ou da AB, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso. Por último a portaria detalha as fases de implantação da Rede de Atenção Psicossocial e seus responsáveis:

Fase I- Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial: Colegiado de Gestão Regional (CGR), Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) e Secretaria de Estado da Saúde (SES);

Fase II- adesão e diagnóstico: SES, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e MS;

Fase III- Contratualização dos Pontos de Atenção: União, Estados, DF e Municípios, CGR e SES;

Fase IV- Qualificação dos componentes: aponta as responsabilidades da União, Estados, e Municípios.

Dez anos depois da aprovação de Lei da Reforma propõe-se uma rede de atenção Psicossocial! Por que será que o Brasil levou 10 anos para propor uma rede integral? Será a Atenção em SM uma prioridade como dizem muitos documentos?

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

Não se aplica a este documento.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Não tratou da Atenção em SM para além do que já foi descrito.

Doc. 9: Portaria nº 3.124 de Dez./2012

Esta portaria redefine os parâmetros de vinculação dos NASF 1 e 2 às Equipes SF e/ou Equipes de AB para populações específicas e cria a Modalidade NASF 3.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Segundo a readequação os NASF se devem se organizar da seguinte forma:

Proposta	Equipe	Nº de Equipes vinculadas	Ocupações	R\$ inicial	R\$ mensal
NASF 1	200h 5 prof. 40h	5 a 9	-	Não consta neste doc.	Não consta neste doc.
NASF 2	120h 3 prof. 40h	3 a 4	-	Idem	Idem
NASF 3	80h 2 prof. 40h	1 a 2	-	Idem	Idem

O NASF 3: é criado para, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes SF e/ou Equipes de AB.

A implantação de mais de uma modalidade não receberá incentivo financeiro federal. Os valores dos incentivos financeiros para a implantação e os recursos de custeio mensais serão objeto de portaria específica a ser publicada pelo MS.

Apoio Matricial em SM

Não propõe Apoio Matricial específico em SM.

Rede de SM

Não trata deste tema.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

Não trata deste tema.

De forma geral, as propostas de Atenção à SM na AB vêm com atraso muito significativo em relação às necessidades, demandas e experiências neste âmbito de atenção. Como já foi dito, as primeiras experiências municipais iniciaram no fim da década de setenta, atravessaram a década de oitenta, noventa e tiveram sua primeira diretriz federal em 2004 (Apoio Matricial em SM). Um ano depois surge outra proposta (Núcleo Integral na SF-SM). Três anos depois surge outra proposta (NASF). Quatro anos depois a proposta do NASF é redefinida. Os relatórios de gestão não chegam a avaliar as duas primeiras propostas e já sinalizam que a última é muito potente, sem ao menos dar o tempo necessário para que se possa chegar a tal coisa conclusão.

4.3- O diálogo entre dilemas da praxis e as propostas federais: uma narrativa possível?

Enquanto se buscava compreender as questões trazidas pela prática por meio dos artigos científicos; e compreender as propostas constantes nos documentos federais, foram sendo preparados argumentos para um diálogo, uma conversa entre esses atores. Conversa que buscou compreender tanto propostas quanto práticas de Saúde Mental no cotidiano da Atenção Básica.

Com o intuito de facilitar a compreensão de tantas falas, optou-se por analisar os documentos a partir das categorias propostas a partir da leitura dos artigos. Isto fez com que o diálogo passa-se a se constituir a partir de grandes temáticas.

Rede de SM

A quase totalidade dos artigos aponta a importância de uma rede de SM para se efetivar a atenção integral em SM. Na prática, segundo os mesmos artigos, o que se vê é a ausência, quase inexistência ou insuficiência de rede de apoio estruturada e articulada.

O matriciamento em SM é apontado como dispositivo importante e facilitador da articulação em rede. Apesar da potência deste dispositivo, a dificuldade de entendimento da proposta, a falta de perfil do profissional matriciador, e o pouco apoio por parte da gestão são fatores que dificultam a efetivação do trabalho em rede.

Mais grave do que os problemas em relação ao matriciamento é que, segundo um dos artigos, a ESF não se reconhece como parte integrante da rede de SM.

Estas dificuldades em relação à desarticulação e fragilidade da rede de SM têm trazido diversas consequências à assistência em SM, como por exemplo, o aumento das internações não qualificadas, a descontinuidade da assistência ou

mesmo desassistência, dentre outras. Além disso, a saúde dos trabalhadores tanto de SM quanto da AB é impactada por estes problemas.

Em relação aos documentos, pode-se perceber que a “Lei da Reforma” (Doc. nº: I) não se preocupou em propor uma rede de assistência em SM, mas sim, garantir direitos fundamentais aos portadores de transtornos graves.

Já o documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários- inclusão da saúde mental na atenção básica” (Doc. nº: II) aponta os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em SM. Traz também os pontos desta rede: AB, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros. Afirma que será sempre importante e necessária a articulação da SM com a AB.

Por outro lado, segundo o MS, os municípios com menos de 20 mil habitantes não precisam ter CAPS e podem começar a estruturar sua rede de cuidados a partir da AB. Segundo dados do IBGE, isto correspondia a 71,7% dos municípios brasileiros à época (Brasil, 2006).

Interessante notar que o documento II, de 2004, já colocava a AB como ponto da rede de SM, e quase dez anos depois, esta articulação ainda demonstra ser muito precária. Pior, ainda há equipes que nem sequer se consideram integrantes da rede de SM.

A portaria que cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (Doc. nº: III) enfatiza a necessidade desses núcleos trabalharem de forma articulados à rede.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 (Doc. nº: IV) afirma ser a AB porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde, o que sugere que esta função também se aplica às demandas de SM. Na prática, muitas equipes têm dificuldade em identificar desde o sofrimento mental até os transtornos mentais leves e moderados. Têm como uma das práticas mais utilizadas, segundo os artigos estudados, o encaminhamento, de forma que de fato, em alguns lugares, a porta de entrada serve apenas como ponte para os serviços especializados.

A portaria que criou os NASF (Doc. nº: 5) afirma que um de seus objetivos é a inserção da estratégia de SF na rede de serviços. Mais que isso, suas ações devem ser feitas dentro de uma rede de cuidados em SM que inclui: a rede de AB/SF, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Mais um documento reafirmando a AB como ponto da rede de SM.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2011, assim como a primeira, reafirma seu papel de porta de entrada e ordenadora do sistema de saúde.

Finalmente, em dezembro de 2011, baixou-se a Portaria nº 3.088 (Doc. nº: 9), que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de A/D âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dez anos após a aprovação de Lei da Reforma, propõe-se uma rede de atenção Psicossocial! É o primeiro documento sobre a rede como um todo, pois até então, cada ponto tratava de forma isolada de seu papel, quando tratava. O Brasil levou, após a Lei da Reforma, dez anos para pensar em uma rede que integre todas as demandas de SM!

A lei da RAPS aponta como objetivo a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral e também garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde.

Como relatado anteriormente, os artigos apontam fortemente a necessidade de ampliação de acesso da população em geral, além da articulação da rede de SM.

Dos sete objetivos específicos da RAPS, cinco também foram apontados pelos artigos: promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis como as crianças; necessidade de formação permanente aos profissionais de saúde; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RAPS; monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de

efetividade e resolutividade da atenção. Esta “coincidência” mostra uma consonância das necessidades do território com as propostas deste documento.

A RAPS também reafirma a AB como ponto da rede de SM. Este deve ser constituído de: UBS; equipe de atenção básica para populações específicas, Consultório na Rua e Atenção Residencial de Caráter Transitório e Centros de Convivência.

O segundo ponto é formado pelos CAPS.

Por fim outros equipamentos são citados: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidade de Recolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso A/D; Serviços Residenciais Terapêuticos.

De todos esses equipamentos, os municípios pequenos somente têm condições de implantar as equipes locais de AB. Mesmo podendo implantar os CAPS, estes seriam regionais, proposta é passível de diversas críticas (vide capítulo 2).

Ainda em relação à portaria da RAPS, ao descrever de forma detalhada suas fases de implantação, coloca de forma clara os diversos atores e grupos implicados na constituição e implantação da rede de SM. Segundo alguns artigos há realmente necessidade de envolvimento por parte de diversas esferas de gestão, não somente local.

Não há menção, na portaria da RAPS qualquer menção aos ambulatórios de SM, nem a algum equipamento que contemple as necessidades de tratamento não contempladas nem pela AB, nem pelo CAPS. Isto vai de encontro ao que os artigos apontam em relação a casos de SM que não têm nenhum serviço de referência.

Trata-se de um projeto complexo, ambicioso e que envolve todas as esferas de governo de forma integrada e pactuada.

Práticas de SM desenvolvidas por profissionais da AB

Os artigos apontam que muitos trabalhadores desconhecem o termo sofrimento psíquico, têm dificuldade em diagnosticar o transtorno mental e em operacionalizar ações no cotidiano da ESF.

Todos apontam a presença de um modelo da atenção biomédico, que influencia diretamente as práticas em SM na AB.

Isto se evidencia fortemente em quase todas as ações descritas pelos artigos, sendo a consulta médica a mais citada, seguida de encaminhamentos e Visitas Domiciliares, as últimas descritas como pouco estruturadas e esporádicas.

Em seguida vêm os grupos, mais citados como potência e não como experiência desenvolvida.

Há citações de ausência de ações de prevenção e promoção em SM, bastante preocupante em se tratando da AB. Se neste ponto da rede Não se faz prevenção e promoção, o que se pode esperar de outros pontos?

Foram citadas também: discussão de caso; internações e outras ações de caráter asilar; além da recusa de atuação em SM pela equipe da AB.

As ações mencionadas apenas uma vez foram: elaboração de Projetos terapêuticos, terapia comunitária, oficinas apoiadas pelo CAPS, supervisão sistemática de ACS em SM, atenção à criança, ações conjuntas com os CAPS; o auxílio em relação à medicação, retirada de medicação controlada e orientação à família e atendimento diferencial (“agilidade para evitar confusão”).

Apesar da predominância da visão biomédica, segundo as próprias pesquisas, há coexistência de concepções mais próximas à visão Psicossocial. Afirmam que ferramentas relacionais como acolhimento, conversa e escuta estão sendo utilizadas na atenção às necessidades dos usuário de SM. No entanto, estas ferramentas ainda são pouco valorizadas.

Apesar das dificuldades, dois artigos apontam que poucos profissionais da AB demonstram iniciativa para buscar estratégias que deem conta da demanda de SM de suas comunidades.

Em relação às práticas, o Doc. I trata apenas da internação, indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Busca qualificá-la e garantir condições mínimas para um tratamento que respeite os direitos humanos.

Os Doc. II e III sugerem ações que deverão ser desenvolvidas pelas equipes da AB com ajuda da equipe de Apoio Matricial em SM, sempre buscando a corresponsabilização pelos casos.

Percebe-se claramente uma discrepância entre as propostas apresentadas pelos documentos e as ações descritas nos artigos científicos estudados. Enquanto estes afirmam que hoje as ações mais comuns são consulta médica (muitas vezes desqualificada, somente para trocas de receitas); encaminhamentos; Visitas Domiciliares e grupos pouco frequentes e pouco estruturados; os documentos citados, já em 2004 e 2006, sugeriam práticas que evitassem a medicalização, excluíssem a lógica do encaminhamento, primassem pela corresponsabilização do cuidado e por ações intersetoriais.

A partir das portarias que tratam do NASF, as ações conjuntas são sugeridas junto às equipes multidisciplinares, não mais com o foco único na SM, mas também prevendo a revisão da concepção do encaminhamento e propondo a corresponsabilização entre equipes.

Mais uma vez apontam-se responsabilidades conjuntas dos NASF com vistas à corresponsabilização, não medicalização, ações intersetoriais, participação da comunidade, identificação de público prioritário, ações coletivas, necessidade de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas; avaliação das ações, etc.

De acordo com os artigos, apenas o acolhimento/escuta é utilizado de forma habitual por diversas equipes.

Justamente as ações mais sugeridas desde 2004 são as menos citadas pelos artigos estudados. São elas: elaboração de Projetos Terapêuticos, terapia comunitária, oficinas apoiadas pelo CAPS e clínica ampliada.

Pode-se dizer que passados quase dez anos das primeiras diretrizes e propostas federais, as práticas em SM na AB não se efetivaram. O modelo biomédico, medicalizante, privatista ainda predomina, mas novos modelos de atenção à saúde estão, aos poucos, penetrando a AB.

Apoio Matricial em SM

Os artigos sobre Apoio Matricial em SM afirmam ser esta estratégia eficiente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover assistência conjunta. É capaz de induzir novas práticas e abordagens psicossociais através da assistência compartilhada entre equipes, familiares e usuários. Apesar de sua potência, esta estratégia ainda não está consolidada. Sua implantação ainda é incipiente, não ocorre com frequência e regularidade.

As dificuldades de implantação desse arranjo passam por diversos fatores:

- predomínio do modelo biomédico de saúde;
- desconhecimento dos trabalhadores em relação ao conceito objetivos deste arranjo;

- desinteresse e/ou resistência de alguns trabalhadores na condução dos casos de SM e no Apoio Matricial (especialmente do profissional médico);
- falta de qualificação, experiência e/ou perfil do profissional matriciador;
- gestão produtivista, pressão e quantidade de demandas da AB;
- resistência em aceitar condutas como atendimentos em grupo, avaliação em dupla, adesão aos trabalhos comunitários locais;
- dificuldades em relação ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar;
- falta de transporte que possibilite ações e articulações;
- falta tempo das equipes do CAPS para as reuniões e discussão da prática do Apoio Matricial;
- número de encontros das equipes de Apoio e da AB insuficientes.

Por outro lado, as experiências positivas trouxeram estratégias importantes:

- visitas semanais à equipe da AB, com reunião de profissionais mensais;
- Apoio Matricial em duplas;
- reuniões baseadas em discussão de caso eleitos pela ESF, com participação e valorização da opinião de toda a equipe;
- estabelecimento de critério de encerramento da discussão (compreensão do problema e elaboração conjunta de propostas de ações, PTS);
- estabelecimento de critérios de encerramento da discussão (compreensão do problema e elaboração conjunta de propostas de ações, PTS);
- registro sistemático das discussões de cada reunião, permitindo a sistematização dos dados e reflexão;

- disponibilidade de veículo institucional para deslocamentos;
- criação de Unidade de Apoio em SM, criada de forma a complementar o trabalho de Apoio Matricial;
- integração respeitosa entre ESF e equipe de Apoio, devendo-se considerar os limites e possibilidades dos profissionais, dos serviços de saúde, dos usuários e suas famílias;
- admissão de casos menos graves ao CAPS quando os profissionais da AB apresentam dificuldade de lidar alguma situação.

Apesar de ter sido a categoria com maior número de artigos encontrados, e de apresentar experiências detalhadas deste arranjo, somente dois documentos propõe o Apoio Matricial de SM, com equipes específicas e foco na Atenção Psicossocial (Doc. nº: II e III).

O Doc. II prevê diversos modelos de equipe, de forma a abarcar todos os municípios brasileiros. São cobertos aqueles com CAPS, sem CAPS; com serviço de SM ou sem serviço de SM e aqueles com até 20 mil habitantes.

Apesar de muito interessante, a proporção de profissionais de SM por equipe de AB é impraticável. Por exemplo:

Vamos pensar em uma cidade de 60 mil habitantes, que disponha de um CAPS I, com equipe mínima de 5 profissionais de nível superior e quatro de nível médio (sendo 1 administrativo). Vamos dizer que esta cidade tenha 15 equipes de AB (conforme orientação do MS: 1 equipe para cada 4 mil pessoas). São 8 profissionais ou 4 duplas, para fazer Apoio a quinze equipes periodicamente. Além disso, deve-se levar em consideração quais os profissionais que têm perfil e condições de matriciar e também se as equipes do CAPS estarão completas de fato. É importante lembrar que estes profissionais têm todas as funções que lhes cabe no próprio CAPS.

Outra situação seria uma cidade de 150 mil habitantes, com 37 equipes de AB, com um CAPS II que conta com 6 profissionais de nível superior e seis técnicos (sendo 1 administrativo). Como 11 profissionais, 5 duplas, podem dar retaguarda a 37 equipes, fora todas as suas outras atribuições?

O Doc. III sugere 2 profissionais de Apoio para cada 9 a 11 equipes e não contempla todos os municípios com até 40 mil habitantes. Tem a vantagem de propor profissionais só para fazer o Apoio, mas 9 a 11 equipes significa uma população de 36 mil a 44 mil pessoas para dois profissionais.

É interessante notar que os artigos científicos apontaram algumas dificuldades em razão de algumas lacunas nas propostas ministeriais. Alguns exemplos são:

- não se considera a necessidade de transporte que possibilite as ações e articulações próprias deste arranjo;
- não se estabeleceu uma quantidade mínima de encontros das equipes matriciadoras com as equipes da AB;
- não se estabeleceu indicadores que pudessem utilizar para avaliar este trabalho;
- nem se deixou claro o financiamento dessas equipes.

Fica claro pelos artigos que revelam uma experiência de sucesso, que algumas condições mínimas tiveram que existir a priori para que o Apoio Matricial se efetivasse.

Como já foi citado, essas experiências tiveram garantia de infraestrutura como veículo institucional disponível, garantiram visitas semanais e o trabalho em dupla de matriciadores, estabelecimento de critério de encerramento das discussões, condições e disposição para se fazer registros sistemáticos das discussões de cada reunião, permitindo a sistematização dos dados e reflexão posterior.

Uma das experiências resolveu um ponto nefrágico da rede de SM que é a ausência de serviço de referência para alguns casos. Ao criar Unidade de Apoio em SM, fortaleceram o próprio Apoio Matricial, na medida em puderam dar respostas para além desta estratégia. Do ponto de vista da pesquisadora, trata-se de um ponto chave para o sucesso e credibilidade do matriciamento junto às equipes de AB. Caso contrário, como algumas equipes de referência alegam, o matriciamento serve para cobrir a falta de psiquiatra e outros serviços da rede de SM.

Atenção em Saúde Mental na Atenção Básica

Os artigos apontam algumas incoerências da Política de AB que interferem diretamente na atenção em SM, nas propostas de matriciamento, nas ações em SM, dentre outras questões.

Há uma incoerência da gestão produtivista da rede de AB, que faz exigências quantitativas de VDs, consultas, dentre outras; ao mesmo tempo em que cobra o acolhimento humanizado e atenção às necessidades locais.

Outra incoerência esta relacionada à escassez de recursos do SUS e, em especial, da AB (faltam unidades de saúde, equipes, formação, pontos da rede), o que sobrecarrega as equipes e dificulta a participação dos profissionais, em especial os médicos, nas reuniões de matriciamento.

Por último, enquanto a AB enfrenta sobrecarga com a demanda do “sofrimento social”, das “pessoas infelizes”, dos “poliqueixosos”, dos “neuróticos leves” que procuram a UBS; a rede de assistência especializada e de serviços substitutivos priorizam os casos graves e as crises psiquiátricas. Este funcionamento gera também sobrecarga aos profissionais de referência.

As consequências dessas exigências para a subjetividade dos profissionais da AB são diversas: insegurança, ansiedade e sensação de impotência diante do sofrimento social cada vez mais crescente.

Os profissionais da SM, por outro lado, sofrem com as demandas e expectativas de resolução de problemas depositadas tanto pela população, quanto pelas equipes da AB.

As condições de trabalho de ambos são ruins, além de muitos terem vínculo trabalhista precário. Falta educação permanente, falta rede integral e integrada e o modelo biomédico ainda prevalece.

Todas estas questões dificultam um ambiente de reflexão, diminuem a qualidade do atendimento e a motivação dos profissionais para inovarem suas práticas de cuidado. Levam também à perda de eficácia e aumento da iatrogenia.

Há necessidade de comprometimento dos profissionais da AB em relação à SM, mas a efetivação da política de SM nos municípios requer o envolvimento de várias esferas de gestão e não só dos profissionais responsáveis pelo cuidado direto com o usuário.

É necessário que equipes e gestores priorizem a atenção em SM através do estabelecimento de indicadores (escassos no SIAB) e do estabelecimento de metas de SM na AB. Mais do que indicadores e metas, construir uma atenção integral em SM com enfoque em todas as ações assistenciais e de promoção exige uma composição gerencial, clínica, ética e política que priorize a intersubjetividade, a participação e a articulação intersetorial.

Por último, um dos artigos, ao trazer uma experiência positiva de atuação de uma equipe de SM como parte da equipe da AB, traz a reflexão: por que não equipes de SM não fazem parte da AB?

Esta categoria traz questões bastante complexas e amplas, enquanto os documentos propõem trazem propostas mais específicas, isto torna o diálogo desta categoria mais difícil. Ainda assim podemos refletir sobre alguns pontos.

A Lei da Reforma, tão fundamental e simbólica na história brasileira, apresentou claramente uma política de desconstrução de um modelo, e de priorização da atenção aos transtornos mentais mais graves. É constituída de 13 artigos, destes, 10 referem-se unicamente às questões relacionadas à hospitalização.

Ao longo dos anos, esta opção se materializou em pesado investimento em equipamentos estruturados para dar conta desta demanda. Treze anos depois, comemoramos as conquistas da desinstitucionalização e do modelo CAPS-cêntrico, com tudo que ele tem de positivo e negativo.

O preço que se paga por isso, do ponto de vista da pesquisadora, é que se tomou a parte pelo todo. Temos uma AB que, segundo os artigos estudados, está despreparada para lidar com as diversas demandas que batem à sua porta.

Apesar de dois documentos (III e IV) terem sugerido o Apoio em SM, tais propostas, feitas já há 7 e 8 anos, não tiveram impacto na prática. Talvez isto se deva também à falta de estímulo financeiro para sua implantação.

Em relação à rede, houve muitas críticas aos Ambulatórios especializados, no entanto, nenhuma proposta surgiu no sentido de qualifica-lo ou de sugerir um novo equipamento que cobrisse a necessidade de tratamento especializado. Esta demanda continua batendo na única porta que lhes resta, a AB.

A proposta do NASF sugere uma equipe matricial com pelo menos um profissional de SM, para cada 8 a 20 equipes. Há primeiramente uma contradição óbvia em se dizer que cada equipe matricial pode apoiar de 8 a 20 equipes. Ora, 8 equipes corresponde a uma população de 32 mil habitantes, enquanto 20 equipes corresponde a 80 mil.

O NASF diminui o número de profissionais de SM em relação aos Núcleos de Atenção Integral, que como já foi dito, propunha 2 profissionais necessariamente de SM para cada 9 a 11 equipes.

Já a readequação desses núcleos, proposta em 2012, sugere que a modalidade NASF 1 seja composta por 5 profissionais de diversas áreas (200h/semanais), que se responsabilizem por 5 a 9 equipes. O NASF 2, três profissionais que se responsabilizem por 3 a 4 equipes; e a modalidade NASF 3, dois profissionais que se responsabilizem por uma a duas equipes. Passa a cobrir todo o território nacional, mas retira a orientação de ter pelo menos um profissional de SM!

Esta proposta, de forma isolada, parece não ter toda a potência que se dá a entender, principalmente em relação à SM. Isto porque, como já mencionado pelos artigos, a política de AB brasileira propõe uma gestão produtivista e apresenta condições de trabalho ruins. A rede de SM é insuficiente e desarticulada. Além disso, os próprios profissionais matriciadores estão mal preparados e/ou sobrecarregados com outras demandas e funções. Tudo isso dentro de um modelo de saúde predominantemente biomédico, que a ESF/AB não superou.

Mais uma questão pode ser trazida a partir do Doc. II. Este afirma que “todo problema de saúde é também mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde.” Aponta o atendimento em SM como uma tarefa muito complexa. Segundo esta lógica, a proposta do Apoio Matricial, apesar de interessante, pode mascarar uma possibilidade talvez mais efetiva de se considerar a SM como necessidade básica em saúde e, por tanto, devendo fazer parte da A/B (questão já trazida por um dos artigos). Aqui não se pode confundir subjetividade com processo saúde-doença mental. Isto porque não se justificaria equipes de SM na AB para incorporar questões mais amplas de subjetividade na AB, para isso bastaria que se incorporasse uma clínica ampliada. Trata-se aqui de entender a saúde-doença mental como necessidade básica, entendê-la como prioritária nos programas de saúde da Criança, da Mulher, do adolescente e do adulto, não de forma transversal, mas específica. O processo saúde-doença mental que precisa ser acompanhado, que precisa de estratégias de detecção precoce de doenças, ações sistemáticas de promoção e prevenção, além de ações curativas e de orientação no âmbito da A/B sim, por não?

Por fim, a lei da Rede de Atenção Psicossocial de 2011 nos traz um novo direcionamento e esperança da constituição de uma rede integral em SM! Parece ser um novo divisor de águas, assim como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Traz a necessidade de se ampliar o acesso e qualificar a rede de SM para a população de forma geral, não apenas para os portadores de transtornos mentais graves.

Após todo o percurso da pesquisa, pôde-se concluir que existe um acúmulo de ideias e experiências em Saúde Mental na Atenção Básica desde o final da década de 70, que se ampliou muito a partir da década de oitenta e noventa, e continua em andamento.

Este acúmulo permitiu a produção de diversos artigos científicos, principalmente em relação às práticas assistenciais desenvolvidas atualmente pelos profissionais da AB e sobre o dispositivo Apoio Matricial em Saúde Mental.

Assim como existem experiências, também o Ministério da Saúde, apesar de tardiamente, trouxe ao longo dos últimos treze anos diversas discussões e propostas de inserção da SM na AB.

Há uma grande diversidade de **ações sendo desenvolvidas hoje por profissionais da AB**, no entanto, estas não acontecem com frequência e regularidade, mas de forma esporádica, não sistematizada, muitas vezes pouco qualificada e pouco valorizada. Além disso, a maioria das práticas executadas hoje ainda tem foco na concepção biomédica de saúde e, em alguns lugares, pode-se dizer que quase não se desenvolve prática alguma.

Muitos trabalhadores desconhecem o termo sofrimento psíquico, têm dificuldade em diagnosticar o transtorno mental e em operacionalizar ações no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família. Também têm dificuldade em considerar o contexto social e as individualidades do sujeito; em envolver outros componentes da rede; em promover a continuidade do cuidado ao usuário após este ser encaminhado para outro serviço. Em alguns campos os profissionais e/ou equipes chegam a se recusar a atender algumas demandas de SM ou mesmo de participar de reuniões de Apoio Matricial. A quase totalidade dos artigos credita as dificuldades efetivação de práticas assistenciais em SM na AB à falta de formação.

Segundo os artigos estudados o modelo de atenção biomédico ainda prevalece, o que influencia diretamente as práticas em SM na AB. Isto se evidencia fortemente no que as equipes apontam como suas três ações mais frequentes. São elas: consultas médicas; encaminhamentos; e visitas domiciliares (pouco frequentes e pouco estruturadas). Não houve referência às ações de prevenção e promoção em SM, o que preocupa muito em se tratando da Atenção Básica.

Por outro lado, apesar da predominância da visão biomédica, diversas pesquisas apontam que há uma coexistência de outras concepções mais próximas à visão Psicossocial. As ferramentas relacionais como acolhimento, conversa e escuta (mesmo devendo ser qualificadas) estão sendo utilizadas na atenção às necessidades dos usuário de SM, mas ainda são pouco valorizadas.

Enquanto a proposta ministerial, desde 2004, era que se trabalhasse na lógica da corresponsabilização, do trabalho interdisciplinar e das ações inter setoriais; as ações que seguem esta lógica foram as menos citadas pelos trabalhadores.

Interessante notar que, apesar de toda essa dificuldade demonstrada pela práxis dos profissionais da AB; de seu sofrimento; e de sua lógica médico-centrada, privatista e voltada aos “especialismos”, os três Cadernos de Atenção Básica mais operacionais em relação à Saúde Mental e ao Apoio Matricial foram lançados somente em 2010 (Diretrizes do NASF), 2011(Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental) e 2013 (Cadernos de Atenção Básica. Saúde Mental). Isto significa que o dispositivo Apoio Matricial em SM foi proposto pelo MS em 2004, e o Guia Prático saiu 14 anos depois! O NASF foi proposto em 2008, e dois depois anos publicaram-se suas diretrizes detalhadas. A SM na AB tem sido discutida há décadas, principalmente por pressão dos municípios, e o Caderno “Saúde Mental” saiu em 2013! Ora, não é de se espantar que ainda estejamos engatinhando no quesito práticas assistenciais qualificadas.

O **Apoio Matricial em Saúde Mental** (dispositivo proposto desde 2004 e 2005 nos respectivos documentos: “Saúde e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” e na portaria que cria os “Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família”) é apontado como eficiente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover assistência conjunta. É capaz de induzir novas práticas, dispositivos e abordagens psicossociais através da assistência compartilhada entre equipes, familiares e usuários.

Apesar desta potência, esta estratégia ainda não está consolidada. Há resistência por parte de diversos profissionais das equipes de referência em utilizá-lo, especialmente os médicos. Seu processo de implantação é incipiente, não ocorrendo com frequência e regularidade necessárias. Além disso, é realizado de forma bastante heterogênea, chegando até a não poder ser caracterizado como tal. A falta de perfil e experiência do profissional matriciador pode prejudicar o processo da Reforma Psiquiátrica; além de dificultar a adesão e o reconhecimento social do matriciamento.

As experiências positivas de Apoio Matricial em SM descritas em alguns artigos demonstraram que este arranjo necessita de condições mínimas para se efetivar. Condições que dizem respeito desde à infraestrutura básica, como disponibilidade de carro institucional; passando por boa qualificação profissional dos matriciadores; até habilidades relacionais, como o respeito às limitações dos profissionais, dos serviços e dos usuários.

Ainda sobre o Apoio Matricial em SM, é preciso lembrar que este pode tornar a atenção em SM mais resolutiva, mas não substitui os serviços especializados.

A Política de Atenção Básica também interfere na Atenção em SM no território. Diversos artigos ressaltam a incoerência da gestão produtivista da rede de AB, que faz exigências quantitativas de Visitas Domiciliares, consultas, dentre outras; ao mesmo tempo em que cobra o acolhimento humanizado. Há escassez de recursos do SUS e, em especial, da AB (faltam unidades de saúde, equipes,

formação), o que causa sobrecarga da AB e dificulta a participação dos profissionais, em especial os médicos, nas reuniões de matriciamento.

Além disso, enquanto a AB enfrenta a sobrecarga com a demanda do sofrimento social, dos “poliqueixosos”, dos “neuróticos leves” que procuram as UBS/USF; a rede de assistência especializada e de serviços substitutivos priorizam os casos graves e as crises psiquiátricas. Este funcionamento gera mais sobrecarga para os profissionais de referência.

Todas essas questões criam barreiras que dificultam o acesso à informação, o diálogo entre os profissionais, um ambiente reflexivo e motivador. Mas, apesar das adversidades, alguns trabalhadores estão implicados em promover a SM na AB mesmo com recursos escassos.

Os artigos também discutem a importância da **rede de SM** e da integração de seus pontos como fundamental para uma atenção integral nessa esfera. Na prática o que se vê é a ausência, quase inexistência ou insuficiência de rede de apoio estruturada e articulada. Os pontos especializados em SM têm problemas quanto ao acesso; há necessidades que não estão cobertas por nenhum serviço de referência e a articulação inter setorial e com a comunidade é particularmente difícil. Até mesmo os gestores têm dificuldades de compreensão da rede. Além disso, a alta rotatividade de profissionais e de modelos de assistência à saúde, principalmente após cada eleição municipal, também podem comprometer o trabalho em rede.

Esta fragilidade da rede tem trazido diversas consequências à assistência em SM como um todo e à saúde dos trabalhadores em particular. Algumas delas são: aumento das internações não qualificadas; descontinuidade da atenção ou desassistência; desgaste dos trabalhadores apoiadores no processo de convencimento da importância desta articulação; sensação de solidão, impotência e despreparo dos profissionais da AB para lidar com a complexidade das questões de SM.

Mais grave do que as dificuldades mencionadas é o não reconhecimento, por parte de algumas equipes de referência, de seu papel como porta de entrada no sistema de saúde no que diz respeito à SM. Algumas equipes chegam a não se reconhecerem como parte integrante desta rede. Outras, “entendem” esse papel, mas acreditam que a AB serve como ponte para o encaminhamento aos serviços especializados.

O matriciamento em SM é apontado como dispositivo importante e facilitador da articulação em rede. Apesar da sua potência, a dificuldade de entendimento da proposta e o pouco apoio por parte da gestão dificultam a efetivação deste trabalho articulado.

Apesar de toda a importância da rede e das consequências negativas em relação à sua ausência/fragilidade, somente em 2011 o MS lança a portaria da Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma proposta ambiciosa, que envolve diversos atores em todos os níveis de gestão e que se propõe a ampliar a assistência para a população em geral. Apesar disso, fica a dúvida em relação aos municípios de pequeno porte, que não têm condições de dispor nem de um terço dos pontos sugeridos pela portaria.

É preciso repensar a política pública levando-se em conta que o Apoio Matricial e o NASF são propostas contra hegemônicas, que propõe reestruturação de modelo de saúde, modelo de gestão, mudanças de processo de trabalho e que pressupõe uma rede, senão articulada, pelo menos com pontos a serem articulados. Mas não basta saber tudo isso, questões já bastante discutidas, devem-se criar estratégias concretas e consistentes de enfrentamento a esta questão. (Ex: obrigatoriedade de veículo institucional para deslocamento da equipe de Apoio; critério de seleção específico para apoiadores, com exigência de tempo mínimo de experiência em Saúde Coletiva, com formação específica e com salário compatível à função).

Pode-se creditar a fragilidade da atenção em SM na AB a sua recente implantação, mas o Apoio Matricial em SM não é recente! Recente é a implantação do NASF! Não estamos discutindo uma proposta nova e é preciso

que isto fique muito claro! Isto porque este tipo de pensamento pode nos levar a ficar esperando anos para avaliar esta “nova política”, esta “recente experiência”. Enquanto isso não se olha para questões que, estas sim, podem nos ajudar a avançar como: formas de implantação e monitoramento das políticas, posicionamento político a favor da valorização e priorização da atenção em SM, financiamento da políticas de SM na AB e da rede de SM como um todo, articulação entre os “órgãos” ministeriais, municipais e estaduais de SM e da AB, etc.

Em relação à proposta do NASF, do ponto de vista da pesquisadora, esta parece não ter toda a potência que se dá a entender, especialmente no campo da SM. Interessante notar que apenas um artigo científico foi encontrado sobre NASF e Saúde Mental. Será que o NASF pode ser considerado uma política de SM no âmbito da AB, como é entendida por alguns? Parece trata-se de uma política que pode incluir as ações de SM, o que é muito diferente! A própria portaria de reordenação dos NASF de 2012 retirou a orientação de se ter pelo menos um profissional de SM em cada uma de suas equipes.

Por que não incorporar equipes de SM às de AB da mesma forma que as equipes odontológicas? Será que realmente não vale a pena incorporar a SM dentre as necessidades básicas?

Hoje a assistência em Saúde Mental na AB parece ser “opcional”: depende da vontade política e da gestão, da vontade e afinidade dos trabalhadores, do apoio dos serviços especializados oras existente oras não, e de uma frágil e pouco articulada rede.

Por fim, **existe relação entre os dilemas atuais em Saúde Mental na AB e as propostas federais relacionadas a essa inserção?** Do ponto de vista da pesquisadora, levando-se em consideração os artigos, os documentos e sua experiência na AB, existe sim!

Não foram poucas as propostas ministeriais, como se suspeitou inicialmente, talvez pelo contrário, houve propostas demais em um curto período histórico. Não houve tempo de se avaliar as primeiras propostas antes que outras

fossem sugeridas. Além disso, ideias necessitam ser sustentadas do ponto de vista financeiro, coisa que o MS não tem feito de forma sistemática em relação às necessidades de SM na AB; as políticas precisam reconsiderar a quantidade de Recursos Humanos para as propostas que sugere; não houve mecanismos de pré-implantação de políticas contra hegemônicas, que incluiria: preparação adequada e consistentes de profissionais para encabeçar estas políticas; preparação de material operacional antes da implantação e estratégias de sensibilização da rede de Saúde (SUS); não foram aplicadas estratégias para garantir a implantação, nem o acompanhamento das políticas de SB na AB; há ausência de proposta de um ponto na rede de Saúde Mental que trate de necessidades de tratamento especializados para pacientes neuróticos leves e moderados e transtornos infantis, o que tiraria a demanda da porta da AB; por fim, as propostas do Departamento de Atenção Básica nem sempre são consonantes com as da Coordenação Geral de Saúde Mental e vice-versa, demonstrando uma falta e/ou pouco potente articulação institucional.

Segundo os artigos, até hoje equipes e gestores não priorizam a atenção em SM na AB; são escassos os indicadores de SM no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); não há, por parte da gestão, estabelecimento de metas e acompanhamento das mesmas.

Mas nem só as propostas ministeriais influenciam na inserção da SM na AB. Também interferem: o modelo biomédico, que a Estratégia de Saúde da Família não conseguiu superar; a gestão produtivista da AB em contraposição à demanda por humanização e acolhimento às necessidades locais; a quase ausência de dados epidemiológicos e de indicadores de SM brasileiros para sustentar um bom planejamento; além das condições de trabalho e saúde do trabalhador.

É preciso deixar claro que a atenção primária em SM tem suas próprias questões em SM, que vão além daquelas trazidas pela Reforma Psiquiátrica. Estas questões envolvem: elaboração de estratégias de promoção em saúde mental da população como um todo; acompanhamento a atenção à gestante e ao

recém-nascido; identificação precoce de transtornos mentais na infância; acompanhamento e monitoramento de grupos de risco relacionados a determinados momentos do ciclo de vida; dentre outros.

Talvez, por não haver um número significativo de profissionais da SM inseridos na AB (que experimentem o cotidiano das equipes de referência e seus territórios), não haja um movimento forte (análogo ao Reforma Psiquiátrica) de apropriação de suas necessidades.

Vale ressaltar que para se efetivar uma política de SM na Atenção Básica não basta só o envolvimento dos profissionais responsáveis pelo cuidado direto com o usuário, requer a participação várias esferas de gestão.

Albuquerque FP, Barros CRS, Schraiber LB. Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. Rev. Saúde Pública; 2013-06; 47(3);531-539;

Amarante PDC. Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica em Brasil. Buenos Aires: Asoc. Madres de Plaza de Mayo, 2006. (mimeo)

Amarante PDC. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 200; 120p.

Amarante AL, Lepre AS, Gomes JLD, Pereira AV, Dutra VFD. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. Texto contexto - enferm. 2011;20(1);85-93.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos, GWSouza et all. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro; Hucitec/Fiocruz, 2007.

Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. Rev. Gaúcha Enferm.; 2011-13;32(1);136-42.

Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2011;21(2);541-60.

Azevedo DM et al. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais do território. Rev. pesq.cuid. Fundam. 2013;1(5):3311-22.

Bachetti LS. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: Criação de uma Rede de Apoio Matricial. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde. 2013 Set./Nov;1(15):13-9.

Ballarin MLGS et col. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais de saúde mental. Interface (Botucatu). 2012 Jul/Set.;16(42) s/p.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002; 726p.

Barros MMM, Chagas MIO, Dias MSA. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. Cienc. saúde coletiva. 2009. Jan./Fev.; 14(1):1-7. Disponível em: http://.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320090001000. Acessado em: 18/07/2014.

Barreto M, Foppa AA, Cabral MF, Gonçalves JR, More CLOO. Acolhimento em Saúde Mental: percepções de profissionais vinculados à Estratégia de Saúde da Família. Ver Tempus Actas Saúde Colet. 2010;4(1):39-49.

Bertussi D. Matriciamento do Cuidado e na Gestão em João pessoa. In: Conselho regional de Psicologia. NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos Temáticos do CRP SP. São Paulo: Conselho regional de Psicologia. 2009.

Boarini ML. Atenção à Saúde Mental: um novo olhar. In: Boarini ML (org). Desafios na Atenção à Saúde Mental. 2º ed. Maringá (Pr): Eduem; 2011;p.127-43.

Bonfim IG, Bastos ENE, Góis CWL, Tófoli LF. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. Interface (Botucatu); 2013-06;17(45);287-300.

Brasil, Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em:<https://www.nescon.Medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2010.pdf>. Acessado em: 18/07/2014.

Brasil. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Brasília, 2001. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislação/arquivo/12_lei_10216.pdf. Acessado em: 14/04/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da Oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2001-c, 23p. Disponível em: <http://image.slidesharecdn.com/sadementalnaatenobsica-120917193556>.

Acessado em: 20/07/14

Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório da Oficina de Saúde Mental do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - ABRASCO. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 15p. (mimeo)

Brasil. Ministério da saúde. Diretrizes para política de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. amp. Legislação em saúde mental: 1990-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004;340p.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental/Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2004-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS). O SUS DE A a Z, Garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2005;344p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf. Acessado em: 20/07/2014.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos municípios brasileiros: gestão pública 2004 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais - Rio de Janeiro: IBGE, 2005-b.133 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros, Cultura 2006-b.

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/cultura2006/cultura2006.pdf>. Acessado em: 10/01/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007; 85p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por Municípios, Estados e Distrito Federal. Brasília, 2007-b. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria.pdf>. Acessado em: 02/09/14.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acessado em 02/09/2014

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 34 - Diretrizes do NASF. Brasília. Ministério da Saúde; 2010-b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acessado em 02/09/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 8, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011-b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acessado em: 01/05/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 9, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011-c. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acessado em: 01/05/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES. Coordenação-Geral de saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: As Novas Fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília, 2011-d. 106p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.088 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília, 2011-e. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acessado em: 02/09/2014

Brasil. Ministério da saúde. CONASEMS. A Atenção Básica que queremos. Brasília, Ministério da Saúde. 2011-f.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal, 2012. Ministério da Saúde: Brasília, 2012. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acessado em 01/05/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012-b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acessado em: 01/05/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012-c. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acessado em: 02/09/14.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 23. Saúde Mental. Brasília. Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de gestão 2013. Brasília. Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf>. Acessado em: 02/09/2014

Brevidelli MM, Sertório SCM. TCC Trabalho de Conclusão de Curso: Guia Prático para Docentes e Alunos da Área de Saúde. 4ªed. São Paulo: Iátria, 2013; 228p.

Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 1999;4 (2):393-403.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro. fev 2007;23(2):399-407.

Campos GWS. Projeto Paidéia de Saúde da Família- Campinas 2001. In: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2007.

Canesqui AM; Oliveira AMF. Saúde da Família: Modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri B, Viana ALD'Á. (orgs). O Sistema único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime/Cealag, 2002.

Cavalcante CM, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB; Freitas CHA. Desafios do Cuidado em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Psicologia Social, Fortaleza, abr./jun., 2011;24(2):102-8.

Coimbra VCC et col. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm USP. São Paulo, 2011;45(5):1150-6.

Cossetin A, Olschowsky A. Avaliação das ações de saúde mental na estratégia de saúde da família: necessidades e potencialidades. Rev. Gaúcha de Enferm, Set. 2011;3(32):495-501.

Correia RC, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. Revista da Escola de Enfermagem da USP 2011; 45 (6):1501-06. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45_n6a32.pdf. Acessado em 23/07/2014. Acessado em: 04/05/14.

Costa GMC. Saúde-doença mental na atenção primária: uma prática assistencial em construção. Rev. APS. 2012 Out./Dez.;4(15):479-85.

Costa JF. A história da psiquiatria no Brasil. 5 ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007;144p.

Daúd Junior N. Considerações histórico-conceituais sobre a instituição psiquiátrica no Brasil e a desinstitucionalização do “doente mental”. In: Boarini ML (org). Desafios na Atenção à Saúde Mental. 2º ed. Maringá (Pr): Eduem; 2011;p.93-126.

Delfini PSS, Sato MT, Antonelli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Cienc. saúde coletiva. 2009. Set./Out; 14 (1): 1-10. Disponível em: http://.scielosp.org/scielo.php?pid=s14-13-81232009000800021&script=sci_arttext. Acessado em: 04/05/14.

Dimenstein M, Cabral CMT, Severo AKS, Brito MA, Alvarenga AR. Saberes e Fazeres de Agentes Comunitários de Saúde Frente à Experiência da Loucura. Pesquisas e Práticas Psicossociais. 2007 Fev/Ag;2(1):87-95.

Eco U. Como se faz uma tese. 15ªed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1999. p.170.

Farias RMS. Os desafios da Implementação da Atenção Básica em Saúde Mental. In: Conselho Regional de Psicologia (org.). NASF - Núcleo de Apoio à Saúde Mental/ Conselho Regional de Psicologia 6ª Região de São Paulo - São Paulo: CRP SP, 2009.p.21.

Ferreira Neto JL. Psicologia, Políticas Públicas e o SUS. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011;222p.

Ferrer AL. A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização [dissertação]. Campinas (SP): Universidade de Campinas; 2012.

Figueiredo MD. Saúde Mental na Atenção Básica: Um Estudo Hermenêutico-Narrativo sobre o Apoio Matricial na Rede SUS-Campinas (SP). [dissertação]. Campinas (SP): Universidade de Campinas; 2006.

Figueiredo MD, Onocko Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. fev. 2009;14(1).

Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: uma revisão bibliográfica. Rev. APS, Rio de Janeiro, jul.-set. 2008;11(3).

Fortes S. Transtornos Mentais na Atenção Primária; suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do Programa de Saúde da Família do Município de Petrópolis/Rio de Janeiro/Brasil. [Tese de Doutorado] Saúde Coletiva Instituto de Medicina Social/UERG, 2004.

Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em um idades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr.; 30(1);32-7; 2008. Disponível em: <http://www.scientificcircle.com/pt/31328/perfil-nosologico-prevalencia-transtornos-mentais> Acessado em: 24/09/14.

Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Transtornos mentais comuns em Petrópolis-RJ: um desafio para a integração da saúde mental com a estratégia de saúde da família - Rev. Bras. Psiquiatr.; 2011-06;33(2);150-6.

Gadamer HG. Verdade e Método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 7ªed. São Paulo (SP): Editora Universitária São Francisco, 2005; 631p

Gama CAP, Onocko Campos RT. Saúde mental na atenção básica: uma pesquisa bibliográfica exploratória de saúde coletiva (1997-2007). Cadernos Brasileiros de Saúde Mental Out-Dez 2009;1(2):112-31.

Gil AC. Métodos e técnicas de Pesquisa Social. 4ªed. São Paulo (SP): Editora Atlas S.A., 1995; p.207.

Gomes VG. Apoio Matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. [TCC] Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2006.

Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, et al. Brazilian multicentre study os common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. Cad. Saúde Pública; 30(3) Jan/Março 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>. Acessado em: 23/09/14.

Gregório G, Tomlinson M, Gerolin J, Christian K, Moreira HC, Razzouk D, et al. Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo Dez 2012; 34(nº4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000400010 Acessado em 02.06.2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse censo demográfico 2010. Site do IBGE; 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=4&uf=00>. Acessado em 10/01/2015.

Jesus AF. Saúde Mental no contexto da realidade brasileira: as peripécias de uma equipe multiprofissional. Curitiba: Appris, 2013; 259p.

Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Rev. bras. enferm.; 66(5);738-44;2013-10.

Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. Cienc. Saúde Coletiva. 2009. Jan./Fev. 14 (1): 1-9. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=arttext&pid=S1413-81232009000100023>. Acessado em: 02/06/2014.

Lawn C. Compreender Gadamer. 2ªed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes. 2010;208p.

Lima AIO. O Desafio da Construção do Cuidado Integral em Saúde Mental no Âmbito da Atenção Primária. Saúde e Soc. 2013 Set./Nov; 22(2):642-52.

Lima FG, Siciliani CC, Drehmer LBR. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. Comun. ciênc. saúde;2(23):[143-148],set.19,2012.

Lucchese R, Oliveira AGB, Conciani ME, Marcon SR. Saúde Mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública. 2009. Set.; 25 (9): 1-10. Disponível em: http://scielosp.org/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S012-311X200900090000. Acessado em: 02/06/14.

Luppi CG, Andrade MC, Simões O, Pinho WP. Atenção Primária à saúde/Atenção Básica. In: Ibanez N. et all. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2011.

Luzio CA. Atenção Psicossocial: reflexões sobre a reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental no Brasil. In: Boarini ML (org). Desafios na Atenção à Saúde Mental. 2ª ed. Maringá (Pr): Eduem; 2011;p.145-74.

Machado LO, Siqueira EA. O psicólogo na Saúde da família. In: III Congresso Internacional de Saúde Mental “Loucura, diversidades e políticas públicas: cuidados e enfrentamentos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial”, 2008, Havana/Cuba. Anais do III Congresso Internacional de Saúde Mental. Havana/Cuba;2008.

Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. Cad. saúde colet.; 2013-06;21(2);224-32.

Mielke FB, Olschowsky A. Ações de saúde mental na estratégia de saúde da família e as tecnologias em saúde. Esc. Anna Nery, 2011,15(4),s/n.

Mielke FB et al. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2012 Abr./Jun.; 21(2):387-94.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 4ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec- Abrasco, 1996;269p.

Minozzo F, Kammzetsler CS, Debastiani C, Fait CS, Paulon SM. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. Fractal, Rev. Psicol. 2012 Maio/Ago; 24(2);323-40.

Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. Ciência & Saúde Coletiva. 2013 Set.; 18(7):s/n.

Minozzo F, Costa II. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. Psico-USF. 2013 Jan./Abr;18(1):151-60.

Moreira JKP, Bandeira M, Cardoso SC, Scalon JD. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família - J. bras. psiquiatr.; 2011;60(3);221-6.

Moreno GMB, Soares MTQS, Pagani R, Farias AM, Scorsafava AT, Simão VS, et al. A inserção da Psicologia na Estratégia de Saúde da Família em Sobral/CE. 2004 Jan./Fev.;1:77-84.

Moliner J, Lopes SMB. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde soc.*; 2013-12;22(4);1072-83.

Morais APP, Tanaka OY. Apoio matricial em saúde mental: alcances e limites na atenção básica. *Saude soc.*; 2012-03;21(1);161-70.

Neves HG, et al. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para a atenção primária em saúde. *Rev. Rene.*, 2012 Jan.; 13(1):53-63.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública Out* 2007;23(10):2375-84.

Onocko Campos R. Por que se preocupar com o planejamento em saúde. In: Onocko Campos R. *O planejamento no labirinto: Uma viagem hermenêutica*. São Paulo, SP: Ed. Hucitec, 2003;p.27-43.

Onocko Campos R. Pesquisa qualitativa em Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde Coletiva. In: Barros NF, Cecatti JG, Turato ER. *Pesquisa Qualitativa em Saúde - múltiplos olhares*. Campinas, S.P.: Ed,. Unicamp, 2005;p.261-71.

Onocko Campos R, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Gurrero AVP (orgs). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Onocko Campos RT, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev. Saúde Pública*. 2009 Aug ;43(1):16-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800004&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000800004>. Acessado em: 02/06/14.

Onocko Campos R, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*; 2011-12;16(12);4643-52.

Onocko Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (Orgs.) Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: Desenho Participativo e efeitos de narratividade. 2ªed. São Paulo (SP): Hucitec. 2013;428p.

Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: OPAS; 2001;173p.

Paiva K. Saúde Mental na Atenção básica do Município de São Paulo. In: Conselho regional de Psicologia. NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos Temáticos do CRP SP. São Paulo: Conselho regional de Psicologia. 2009.

Paula PP. Saúde mental na atenção básica: política, trabalho e subjetividade. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte. 2012 Dez; 18(3):s/n.

Pereira A, Costa NA, Megale RF. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. *Rev. bras. educ. med.*; 2012-06;36(2);269-79.

Pimentel A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*. Nov/2001; n.114:179-95.

Pini JS, Waidman MA. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia da Saúde da Família ao portador de transtorno mental. *Rev. Esc. Enferm.* 2012 Apr; 46(2):s/n.

Pinto AGA, et col. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos de dispositivos para resolubilidade. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2012 Mar.;17(3):s/n.

Pinto JCSG. A Saúde Mental na Atenção Básica. [Monografia] Saúde Pública. Universidade Estácio de Sá, 2004.

Pizzinato A et col. Avaliação de Demandas e Abordagens de Atenção em Saúde Mental em Unidade com Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Psicologia e Saúde*. 2012 Jan./Jun; 4(1):1-9.

Pizzinato A. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. Saude soc. 2013; 22(4):s/p.

Porto KF. Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2012.

Prates MML, Garcia VG, Moreno DMFC. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado- Saúde soc.; 2013;22(2);642-52.

Quinderé PHD, et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. Cienc. saúde coletiva. 2013 Jul.; 18(7):s/n.

Raimundo HF. Como fazer análise documental. Disponível em: <http://educaaic.blogspot.com.br/2006/10/como-fazer-analise-documental.html>. Acessado em: 03/09/14.

Ribeiro MOP, et col. Atenção à saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: recursos não reconhecidos. Psicol. USP. 2013 Set./Dez.;24(3):s/n.

Rodrigues ES, Moreira MIB. A interlocução da saúde mental com atenção básica no município de Vitoria/ES. Saúde soc.; 2012-09;21(3);599-611.

Rother ET. Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. Acta Paul Enferm; 2007; 20(2):vi.

Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev. Bras. De História & Ciências Sociais. Ano I- Número I - Julho 2009. Disponível em: www.rbhcs.com. Acessado em 14/07/14.

Sampaio JJC, Carneiro C. Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE: Planejamento, Supervisão e Reflexões Críticas. Sanare. 2007 Jul/Dez; 6(2):7-25.

Schmidt MLS. Atenção básica e saúde mental: experiência e práticas do Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. Cadernos de Psicologia Social. 2013Abr/Dez; 2013;16(1):57-70.

Silva AB, et al. Apoio matricial e redes de cuidado integral em saúde mental. Rev. Pesq.: Cuid. Fundam., 2013, Abril/Jun.; 2(5):3655-66.

Silva DS. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob a ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. Rev. Portuguesa de Saúde Mental. 2011 Dez.;6:s/p.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. Cienc. saúde coletiva. 2009. Jan./Fev;14(1):1-10. Disponível em: http://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100019. Acessado em: 02/06/14.

Silveira ER. Práticas que integram a saúde mental à saúde pública: o apoio matricial e a interconsulta. Ciênc. Saúde coletiva. 2012 Jan.;17(9):s/n.

Souza J, Kantorski LP, Luis Mav. Análise Documental e Observação Participante ne pesquisa em Saúde Mental. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador (BA), Maio-Ago 2011;25(2):22-228.

Starfield. Atenção Primária em Saúde, Serviços e Tecnologia; 2002.

Tanaka OY, Lauridsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. Cad. Saúde Pública. 2006 Set.;22 (9):1845-53.

Tófoli LF, Fortes S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. SANARE. Sobral (CE), Jul/Dez 2005/2007;6(2):34-42.

Turato RT. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Ver Saúde Pública. Nov/Abril 2004/2005; 39 (3): 507-14. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp Acessado em 14/07/12.

Vasconcelos ACM, Pasche DF. O sistema Único de Saúde. In: Campos, GWS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro; HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

Veloso TMC, Souza MCM. Concepções de profissionais da estratégia de saúde da família sobre saúde mental. Ver. Gaúcha Enferm. 2013 Mar;34(1):s/n.

Artigos não utilizados na pesquisa

- 1- Eliminados por se tratarem de revisão bibliográfica, artigos teóricos e aqueles que não se apresentavam em forma de artigo (dissertações, teses, monografias) são os seguintes:
- Saúde mental para médicos que atua na estratégia saúde família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço (revisão bibliográfica);
 - Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da estratégia de saúde da família no apoio matricial em saúde mental (doutorado);
 - Apoio matricial em saúde mental: relato de experiência local (monografia);
 - O enfermeiro e a educação em saúde mental na atenção primária: revisão integrativa (revisão bibliográfica);
 - Saúde mental e atenção primária: as implicações e desafios do apoio matricial em saúde mental na perspectiva da gestão em saúde (mestrado);
 - O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a integralidade na atenção básica em saúde mental em um município da região serrana do Rio de Janeiro (mestrado);
 - Contribuições da fenomenologia de Edith Stein para a atuação do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (teórico);
 - Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental (revisão bibliográfica).

2- Artigos descartados em razão de seus conteúdos não serem de interesse do presente estudo:

- Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária saúde (muito específico);
- Transtornos mentais em uma amostra de gestantes da rede de atenção básica de saúde do sul da Bahia (muito específico);
- Processo clínicos em Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF: (estágio supervisionado).