

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA¹

Vania Regina Feltrin²

Heloisa Helena Venturi Luz³

RESUMO

O artigo tem o objetivo de apresentar o panorama da saúde mental na atenção primária a saúde. Quais são as dificuldades no âmbito da Atenção Básica nas situações que envolvam pessoas em sofrimento psíquico. Descrever e refletir sobre os dispositivos existentes na rede para o cuidado em saúde mental na atenção básica. Para realizar a revisão bibliográfica foram consultadas as bases de dados do Google Acadêmico, Lilacs, BVS-Biblioteca Virtual da Saúde, Scielo. Os temas utilizados foram: atenção primária e saúde mental. Além dos artigos, também foram pesquisados livros e publicações do Ministério da Saúde. O artigo será desenvolvido em quatro partes: na primeira parte descreve-se os marcos mais importante da saúde mental. Na segunda parte descreve-se a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial – Resolução GM 3088/2011. Na terceira parte descreve-se sobre a Atenção Básica e suas dificuldades na questão do atendimento a pacientes com transtornos mentais e na quarta parte discorre-se sobre como deve ser o atendimento ideal em saúde mental.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

RESUMEN

El artículo tiene como objetivo presentar una visión general de la salud mental en la atención primaria de salud. ¿Cuáles son las dificultades en el contexto de la atención primaria de salud en situaciones de personas en los trastornos psicológicos. Describir y reflexionar sobre los dispositivos existentes en la red de atención de salud mental en la atención primaria. Para llevar a cabo la revisión de la literatura fueron consultados Google Scholar bases de datos Lilacs, BVS Biblioteca Virtual en Salud, SciELO. Los temas fueron: la atención primaria y de salud mental. Además de artículos, libros También se realizaron búsquedas y el Ministerio de Salud publicaciones de artículos se desarrollarán en cuatro partes: En la primera parte se describen los hitos más importantes de la salud mental. En la segunda parte se describe la estructura de la Red de Atención Psicossocial - Resolución GM 3088/2011. La tercera sección se describen en la atención primaria y las dificultades en materia de atención

¹ Artigo Científico apresentado na Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

² Acadêmica de curso de Pós-Graduação Saúde Mental e Atenção Psicossocial - UNIDAVI

³ Professor Orientador do Artigo. En^ª Psiquiátrica/Terapeuta de Família
Msc. Gestão de Políticas Públicas Supervisora Clínico-Institucional para os CAPS e Rede APS.

a los pacientes con trastornos mentales y la cuarta parte discute cómo ser cuidado óptimo de la salud mental.

Palabras - clave: La atención primaria de salud, Salud Mental, Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

Com os avanços das Reformas Sanitárias e Psiquiátricas no Brasil, muitas mudanças aconteceram. No campo da Saúde Mental a maior conquista é o processo de desinstitucionalização, ou seja, retirada de pacientes de hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços substitutivo. Existem hoje vários serviços substitutivos como Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Residencial Terapêutico entre outros. Os pacientes que viviam enclausurados em hospitais psiquiátricos, hoje tem um tratamento mais próximo de sua família e comunidade onde vivem (SANTIN e KLAFKE, 2011).

Encontramos em registros referentes aos leitos psiquiátricos a diminuição no Brasil de 2.326 leitos no seu total, em relação à última edição do Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica no Brasil tem uma cobertura com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Praticamente 100 milhões de brasileiros tem acessibilidade ao atendimento da Atenção Básica que está acessível à praticamente toda a população. Temos uma estimativa de 39 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) e mais de 600 mil profissionais trabalhando em todo o nosso país (BRASIL, 2014).

Devido a estatística apresentada acima o artigo tem o objetivo de descrever o panorama no atendimento da saúde mental na Atenção Básica, pois é neste nível de atenção que trabalhos são poucos explícitos sobre o cuidado da saúde mental. Cada vez mais diminuimos os leitos psiquiátricos e precisamos de serviços que supram a demanda com qualidade e resolutividade.

Os objetivos específicos deste trabalho são descrever quais são as dificuldades no âmbito da Atenção Básica nas situações que envolvam pessoas em sofrimento psíquico. Descrever e refletir sobre os dispositivos existentes na rede de saúde para o cuidado em saúde mental e com qual serviço a Atenção Básica pode se articular.

Para realizar a revisão bibliográfica foram consultadas as bases de dados do Google Acadêmico, Lilacs, BVS- Biblioteca Virtual da Saúde, Scielo. Os temas utilizados

foram: atenção primária e saúde mental. Além dos artigos, também foram pesquisados livros e publicações do Ministério da Saúde.

O artigo será desenvolvido em quatro partes: na primeira parte descreve-se os marcos mais importante da saúde mental, ou seja um resumo da linha do tempo até os dias de hoje. Na segunda parte descreve-se a estrutura da Rede de Atenção Psicossocial – Resolução GM 3088/2011. Na terceira parte descreve-se sobre a Atenção Básica e suas dificuldades na questão de atendimento a pacientes com transtornos mentais e na quarta parte discorre sobre como deve ser o atendimento ideal em saúde mental.

O PRINCÍPIO DA SAÚDE MENTAL - LINHA DO TEMPO

A cultura sempre teve incrível influência nas formas de pensar, de explicar e de tratar o sofrimento psíquico de uma pessoa. Na antiguidade os distúrbios psíquicos eram atribuídos a forças exteriores ao homem, como almas perdidas, maus espíritos, deuses, magos, demônios, ou seja, eram crenças religiosas. Onde os pacientes eram submetidos a castigos físicos, práticas de magias e religiosas (ROCHA, 2005).

Hipocrates, na Grécia do século V a.C., estabeleceu classificação das doenças psíquicas separando por melancolia, a histeria e a psicose pós parto e outras. Empédocles um filósofo afirmava que o amor e o ódio influenciavam muito no comportamento humano. No mundo Romano, século II d. C., Galeno cria “a teoria da alma racional, esta foi dividida em uma parte externa (nos cinco sentidos) e outra interna (a imaginação, a percepção, a capacidade de julgamento) (ROCHA, 2005).

Na Idade Média se usa o exorcismo para a cura das perturbações mentais. Em 1410 consta em registros que foi construído na cidade de Valência na Espanha o primeiro hospital psiquiátrico chamado de Santo Papa Benedito XIII. (ROCHA, 2005).

A assistência psiquiátrica brasileira é marcada pela a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Nos anos seguintes outras instituições públicas semelhantes foram construídas em São Paulo, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais. O mesmo tratamento praticado na Europa vai sendo praticado no Brasil essa “ideologia da instituição psiquiátrica tendeu desde o início para a exclusão” (MINAS GERAIS, 2006, p. 80).

Na década de 50, a situação nos hospitais psiquiátricos era crítica: a superlotação; a falta recursos humanos; maus-tratos grosseiros; péssimas condições físicas; cuidados

técnicos escassos e automatizado e nos anos 70 cria-se a “indústria da loucura” (MINAS GERAIS, 2006).

No final da década de 80, o Brasil atingiu cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao Sistema Único Saúde, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e em Minas Gerais. Internações psiquiátricas ficam em segundo lugar no ranque de doenças prevalentes no Brasil. (MINAS GERAIS, 2006).

A sociedade se organiza nesta época para melhores condições na saúde mental. O Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental começou a tomar força: trabalhadores da área se organizaram, evidenciando os graves problemas do sistema de assistência psiquiátrica do país, fazendo surgir novas propostas de atendimento. (MINAS GERAIS, 2006).

No III Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido em Belo Horizonte, em 1979 com a presença de convidados internacionais do quilate de Franco Basaglia e Robert Castel, e a participação de usuários, familiares, jornalistas, sindicalistas, a discussão ampliou-se além do âmbito dos profissionais de Saúde Mental, atingindo a opinião pública de todo o país. Esses movimentos ganharam força no Brasil e assim a concepção de uma Reforma Psiquiátrica mais incisiva, nesse período. “Esse foi o caminho tomado pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cujo II Encontro, em Bauru, 1987, criou a famosa palavra de ordem *Por uma sociedade sem manicômios*, abrindo caminho para o nascimento do movimento da luta antimanicomial” (MINAS GERAIS, 2006).

“Este movimento continuou seus avanços, agregando novos atores, sobretudo familiares e usuários – tornando-se assim, a partir dos anos 90, um verdadeiro movimento social. Sua força, aliada à de outros parceiros, pressionou o Estado Brasileiro para a implementação de políticas públicas de Saúde Mental que representaram ganhos importantes. Não podemos deixar de sublinhar a importância da Reforma Sanitária Brasileira, com as conquistas da Constituição de 1988 (por exemplo, a definição ampliada da Saúde, afirmada como direito e dever do Estado), a criação e a consolidação de um Sistema Único de Saúde, a valorização de conceitos como descentralização, municipalização, território, vínculo, responsabilização de cuidados, controle social, etc. (MINAS GERAIS, 2006, p 31).

A Atenção Básica fundamenta-se nos princípios do Sistema Único de Saúde redigido na Constituição Federal de 1988, no art. 196 que enfatiza “a saúde como um direito de todos e dever do estado”. São diretrizes do SUS: a integralidade da assistência, a universalidade, a equidade, a resolutividade, a intersetorialidade, a humanização do atendimento e participação social. (SANTA CATARINA, 2002).

A Reforma Psiquiátrica segue progredindo e superando o modelo de atendimento hospitalocêntrico, o cuidado que não afasta o portador de transtorno mental do seu ambiente social. Entra em cena a Atenção Básica, no campo da saúde pública brasileira, mantendo-se em um espaço privilegiado de intervenção mostrando-se como uma estratégia significativa realizando ações no território aonde está inserindo o paciente. Estas ações começam a aparecer através do Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (DIMENSTEIN, et al, 2009).

Mais tarde em março de 2006 é criada a Portaria MS/GM no 648, que instituiu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que alterou a denominação do Programa Saúde da Família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006).

Este arranjo de assistência estabelece uma mudança de paradigma, onde constata-se que a população precisa de cuidado continuado e acompanhamento, fortalecendo assim a atenção primária.

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, descreve sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esta lei é um dos instrumentos mais importantes da saúde mental no Brasil. O ministério da saúde estabelece critérios para criação de programas e de serviços de saúde mental, aberto e de base comunitária para que os indivíduos mantenham os vínculos familiares e social (BRASIL, 2001)

ESTRUTURA DA REDE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As diretrizes da Reforma Psiquiátrica, foram definidas na III Conferência Estadual e Nacional de Saúde Mental. Esse Projeto tinha o objetivo de reorientar o modelo de assistência, através de ações e de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, que possibilitem atender a demanda sem exilar o paciente. Os serviços ofertados na RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) dependem da singularidade de cada município ou região, atendendo a necessidade da clientela existente (MINAS GERAIS, 2006)

A “reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (BRASIL, 2002).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade, a maior ampliação na resolução de agravos a saúde nos diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As principais diretrizes da RAPS, são:

- respeito aos direitos humanos;
- combate a estigmas e preconceitos com relação a doença;
- garantia do acesso aos serviços de saúde e da qualidade, cuidado integral e assistência multiprofissional;
- atenção humanizada e baseada nas necessidades das pessoas;
- desenvolvimento de atividades no território de abrangência, que favoreça a inclusão social com vistas domiciliares com objetivo à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- valorização em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- manter o desenvolvimento do cuidado das pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular” (BRASIL, 2011).

Tabela 1 - Estrutura Da Rede de Atenção Psicossocial RAPS - Resolução GM 3088/2011.

Atenção Básica em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Básica de Saúde, • Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF • Consultório na Rua - Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 • Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório • Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atenção Psicossocial I, II e III [Transtornos mentais, Álcool e outras drogas e Infanto-juvenil]
Atenção de Urgência e Emergência	<ul style="list-style-type: none"> • SAMU 192, • Sala de Estabilização, • UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/Pronto Socorro, Unidades Básicas de Saúde

Atenção Residencial de Caráter Transitório (Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade de Acolhimento- infanto-juvenil - Serviço de Atenção em Regime Residencial-comunidades terapêuticas
Atenção Hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermaria especializada em Hospital Geral • Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços Residenciais Terapêuticos • Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, • Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Secretaria Estadual Paraná. Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>

A tabela mostra em resumo o que deve ter na RAPS e também mostra que a reforma psiquiátrica no Brasil é concreta, que existe uma preocupação no cuidado a saúde mental com acompanhamento minucioso aos usuários dos serviços de saúde em sofrimento mental.

Segundo o Ministério de Saúde (Brasil, 2005), a Reforma Psiquiátrica enfrenta o principal obstáculo de atender 3% da população que necessita de cuidados contínuos em saúde mental, em decorrência a transtornos severos e persistentes, o que exige uma rede de assistência especializada como RAPS e aproximadamente de 10% a 12% da população não sofre transtornos severos, mas necessitam de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médica ou psicológica, aconselhamento, grupos de orientação entre outras formas de atendimento.

Os problemas de saúde mental ocupam cinco posições no ranking das 10 principais causas de incapacidade no mundo, totalizando 12% da carga global de doenças. Atualmente, mais de 400 milhões de pessoas são acometidas por distúrbios mentais ou comportamentais e, em virtude do envelhecimento populacional e do agravamento dos problemas sociais, há probabilidade de o número de diagnósticos ser ainda maior. Esse progressivo aumento na carga de doenças irá gerar um custo substancial em termos de sofrimento, incapacidade e perda econômica (OMS, apud DIMENSTEIN et al 2009, p. 65).

SAUDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA E SUAS DIFICULDADES

A Atenção Básica está dentro da RAPS e é um dos principais focos de nossos estudos pois é ao redor dela que está a população, a família, a comunidade onde tudo acontece.

Nesta parte do trabalho descreve-se os principais entraves encontrados para o desenvolvimento ações na área da Atenção Básica sobre a saúde mental.

Nos últimos anos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem progredido significativamente na reformulação da atenção em saúde mental, desconstruindo conceitos e práticas baseadas no isolamento e na exclusão social como formas de tratar a loucura (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008).

Um dos princípios da Atenção Básica é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. As ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida de cada pessoa e de seus vínculos e o território onde moram, bem como seu estilo de vida. Podemos dizer que o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa. Por estas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com usuários do sistema de saúde em situação de sofrimento psíquico (BRASIL, 2013).

De acordo com o Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, pag. 48, encontra-se a afirmação de que a responsabilidade da unidade básica é de 80% das necessidades de saúde da população, incluindo atenção em saúde mental. Para atender ao princípio da integralidade, é necessário incluir a atenção aos portadores de sofrimento psíquico nas ações básicas de saúde.

Alguns estudos foram realizados em pesquisas com profissionais da saúde como no trabalho de Waidman e et al (2012, p. 348-349), descreve que entrevistou 17 enfermeiros da ESF pertencentes à 21 Unidades Básicas de Saúde do município de Maringá-PR, onde encontrou os seguintes resultados em relação a pessoas com transtorno mental (PTM):

“...percebemos a dificuldade dos enfermeiros em lidar com o PTM. Eles referiram não sentirem aptos, pela falta de preparo no que se refere a cursos de capacitação e treinamento, ou até pela ausência ou deficiência deste conteúdo em sua formação. Alguns referiram não estar habilitados para tratar destes pacientes, sentindo-se desconfortáveis no atendimento dos mesmos.”

Os autores Waidman e et al (2012, p. 348-349), ainda em suas pesquisas fazem a seguinte pergunta:

“Quando na sua área de abrangência há uma família que possui uma pessoa com transtorno mental, independentemente de ela procurar ou não o serviço de saúde, a ESF oferece algum tipo de atendimento diferenciado a essas pessoas?” Foi possível constatar pelos relatos que entre as atividades realizadas pelos profissionais, a grande maioria dos atendimentos é baseada na consulta médica, consulta de enfermagem e na visita domiciliar. Em algumas unidades foi referido que a introdução desses grupos para PTM pela ESF não obteve sucesso nem continuidade, pelo fato de os pacientes não participarem e, assim, desestimularem sua realização”.

Ao questionar profissionais de unidade de Atenção Básica sobre as dificuldades de conduzirem o processo terapêutico de pacientes usuários de drogas, os entrevistados mostraram dificuldades em três aspectos: o de cunho pessoal (pela dificuldade interna de lidar com o problema, seja o profissional, seja o paciente); o de cunho técnico (pela pouca capacitação para a condução da terapia) e o de cunho estrutural (pela fragilidade da rede de apoio) (DUMAS, 2012).

Silveira e Vieira (2009 p. 147), na análise dos resultados apontou que a estratégia de saúde deve realizar uma reorganização das ações em saúde mental e apontou o seguinte: a escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho em saúde mental e, em especial, para conjugar as ações de saúde mental no âmbito da Atenção Básica; as dificuldades na acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde mental, pois o acesso apresenta-se como primeiro obstáculo a ser superado pelo usuário que busca atendimentos em saúde mental; e a necessidade de desburocratização do processo de trabalho, dado que no presente estudo observou-se a carência de um trabalho coordenado entre os diversos profissionais de saúde mental e entre as demais equipes da unidade.

De acordo com o estudo aqui realizado, constatou-se que o modo de acolhimento da demanda em saúde mental é mais focado aos cuidados medicamentosos e especializados para a resolução dos problemas de saúde na população. Nas ESF pesquisadas pelos autores isso se reflete de duas maneiras: o encaminhamento da demanda em saúde mental aos serviços/profissionais especializados e a prescrição de receitas psiquiátricas (DIMENSTEIN, et al, 2009 p. 68).

Daumas (2012 p. 638), descreve sobre as dificuldades em relação à implementação da proposta do apoio matricial, nas unidades de Atenção Básica:

“Existe uma série de obstáculos para se realizar o trabalho de articulação da rede de serviços, dentre eles, a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a

deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais. Como resultado, há uma demanda excessiva sobre as equipes, superlotação dos serviços e presença do encaminhamento para outros serviços como forma de atenção. Os técnicos assinalam que os CAPS sequer estão conseguindo atender a demanda que chega até o serviço, de modo que questionam a efetividade”.

O Manual de Saúde Mental de Minas Gerais (2006 p. 54), descreve que pessoas que vem a procurada unidade básica de saúde são pessoas que fazem uso habitual de benzodiazepínicos e antidepressivos e também descreve o perfil mais comum desta população:

[...] “comumente as mulheres por serem mais frágeis, ou por terem tido uma história de vida complicada, ou por estarem atravessando um momento difícil, numa dada ocasião receberam, de forma equivocada, um diagnóstico psiquiátrico e a prescrição de um medicamento. A partir daí, passam a identificar-se com esse rótulo – dizendo, por exemplo: “Meu problema é depressão” – e a usar, muitas vezes por toda a sua vida, psicofármacos com os quais se acostumam tanto orgânica como psiquicamente. Entre essas pessoas, algumas são neuróticas graves e/ou atravessam momentos de crise, necessitando, pois, de assistência especializada. Contudo, não é este o caso da grande maioria delas – e, ainda assim, ocupam grande parte das agendas, sobretudo a dos psiquiatras”.

Por muitas vezes os portadores de sofrimento mental grave, não encontram espaço e tempo nas unidades básicas: quando atendidos, geralmente são pacientes estabilizados, que apenas solicitam uma renovação da receita visando “manter o quadro” (MINAS GERAIS, 2006).

Utilizando-se dos princípios do SUS no que diz respeito à universalidade e à integralidade e na proposta da Reforma Psiquiátrica, Correia; Barros; Colvero, (2011, p.1505), relatam que observaram que as ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e as execuções das ações de assistência ao doente mental ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor.

COMO DEVE SER O ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA?

No Ministério da Saúde no caderno de Atenção Básica – Saúde Mental (2013, p. 22), sobre a quais profissionais se destinam as práticas da saúde mental:

“[...] as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde. O que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de

vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar”.

A Atenção Básica, para que possa ser eficiente, eficaz e resolutive é fundamental ser articulada com outros serviços como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que é constituído por profissionais de saúde de diferentes profissões, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por dar suporte às Equipes de Saúde da Família, para populações específicas atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental incluindo os problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Na perspectiva de inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica torna-se possível proporcionar atenção integral e compartilhar a responsabilidade pela melhora da qualidade de saúde e de vida de determinada comunidade, fazendo com que os dispositivos de atenção fiquem acessíveis a todos que precisam. A incorporação das ações de saúde mental pela Atenção Básica facilita a circulação do CAPS pelos espaços de vida das pessoas, o que é fundamental para a implementação dessas novas práticas, uma vez que os CAPS devem atuar no território, nos espaços e percursos que compõem a vida dessas pessoas, contribuindo, de fato, para a construção social de outros modos de lidar com a loucura. A inclusão das ações de saúde mental no campo da Atenção Básica, por si só, não serão suficientes para reverter às práticas no campo da atenção em saúde mental, pois as ações não se restringem exclusivamente ao setor saúde. A atenção em saúde mental requer políticas intersetoriais, integradas, ampliando possibilidades e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania (SOUZA e RIVEIRA, 2010).

O apoio matricial pretende superar a lógica da especialização e da fragmentação do trabalho da própria área de saúde mental. O Apoio Matricial permite fazer saúde de uma forma ampliada e integrada, através desse saber mais generalista e interdisciplinar. E por outro lado, amplia o olhar dos profissionais da saúde mental, através do conhecimento das equipes nas unidades básicas de saúde, sobre os usuários, as famílias, o território; propondo que os casos sejam de responsabilidade compartilhada; o Apoio Matricial é um regulador de fluxo, que permite entender e diferenciar os casos que realmente precisam ser atendidos pela saúde mental, e os casos que podem ser acompanhados pelo PSF, ou pelo menos ser acolhidos momentaneamente por estes profissionais (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008).

Para entender o que apoio matricial descreve-se as seguintes palavras: “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica”(CHIAVERINI, 2011).

No guia prático de matriciamento em saúde mental de Chiaverini (2011, p. 221), estão descritas ações que podem ser realizadas por todos os profissionais da Atenção Básica, nos mais diversos dispositivos de cuidado:

- Proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir.
- Exercer boa comunicação.
- Exercitar a habilidade da empatia.
- Lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer.
- Acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas.
- Oferecer suporte na medida certa; uma medida que não torne o usuário dependente nem gere no profissional uma sobrecarga.
- Reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

A Reforma Psiquiátrica estimula o desenvolvimento de articulações com outros profissionais de especialidades diferentes e compartilhar experiências com a comunidade constantemente. Articulando-se, o trabalho se desenvolve com mais resolutividade, além de se poder trabalhar na viabilização de transformações sociais, fazendo a Reforma Psiquiátrica transforma-se em realidade concreta. O movimento da Reforma Psiquiátrica levou a criação de uma rede que estabeleça parcerias e laços com outros segmentos da sociedade. Esta rede é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conecta pessoas, instituições, serviços, tecem melhores condições de vida e pode estabelecer uma nova conexão entre os profissionais de saúde e o cidadão atendido (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo é perceptível que a trajetória da Saúde Mental é extensa, no espaço da discussão sobre a doença mental na sociedade. A Atenção Básica é a porta de entrada e pilar importante no tratamento, recuperação e manutenção da saúde.

Para um cuidado integral a Saúde Mental é fundamental a participação da família, que rompe de vez com o processo de isolamento que ocorria quando a pessoa em sofrimento

psíquico ficava enclausurada em manicômios. É preciso ter a ciência de que para uma abordagem da família na Atenção Básica, é necessário que os profissionais de saúde tenham diferentes saberes e que tenham uma visão ampliada, com uma escuta qualificada e um olhar holístico. Existem diferentes constituições familiares, diferentes sentimentos, assim há necessidade de os profissionais de saúde terem a sabedoria de agir em diversas situações, pensar e atender cada caso como sendo o primeiro e com suas peculiaridades.

Manter a Atenção Básica fortalecida, qualificada é de suma importância para a saúde mental e os gestores devem sempre manter forte investimento na atenção à Saúde Mental.

As principais dificuldades encontradas focam-se em três aspectos: dificuldade pessoal do profissional, insegurança e por não se identificar com paciente em sofrimento psíquico ou usuário de drogas; falta de conhecimento técnico e falta de matriciamento entre os serviços (NASF com ESF ou CAPS com Atenção Básica, etc) e a falta de acolhimento e escuta do paciente em sofrimento, fornecimento apenas de receitas de psicotrópicos e psicoterapias intermináveis.

A escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho em saúde mental, faz com que acolhimento da demanda seja mais focado nos cuidados medicamentosos e encaminhamentos para outros serviços e consultas especializadas.

A Reforma Psiquiátrica estimula o desenvolvimento de articulações com outros profissionais de especialidades e isso deve ser estimulado por todos, principalmente pelo gestor em saúde e é importante ofertar treinamentos em relação a saúde mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO FEDERAL** (1988). In: CONASS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. LEIS, etc. **Lei 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”. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Legislação em saúde mental. 1990-2004. Série E. Legislação de Saúde. 5. ed. ampliada. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados** - 11, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2008, 28 (3), 632-645
<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n3/v28n3a15.pdf>

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em 08/09/2015.

CHIVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p.; 13x18 cm.

DAUMAS, Jane do Socorro Pantoja As dificuldades enfrentadas pela estratégia saúde da família no cuidado à saúde do dependente químico / Jane do Socorro Pantoja Daumas. – Rio de Janeiro, 2012. 78f.

DIMENSTEIN, Magda et al. **O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental**. *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, n.1, pp. 63-74. ISSN 0104-1290. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005. 187 p

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Manual de orientação para gestores municipais da saúde** [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde. – Florianópolis : IOESC, 2008. 79 p. ; il.

SANTIN, Gisele e KLAFKE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011. Acesso em: 18 de outubro de 2015. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/15>

SECRETARIA ESTADUAL PARANÁ. **Componentes da Rede de Atenção Psicossocial**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. **A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental**. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010;4(1):105-14. Acesso em: 18 de outubro de 2015. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

SILVEIRA, Daniele Pinto da and VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. **Saúde mental e Atenção Básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 139-148. ISSN 1678-4561. Acesso em 17/09/2015, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a19v14n1.pdf>

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. **Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica**. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 346-351. Acesso em 17/09/2015 <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a05.pdf>