

ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL: UM DIÁLOGO E ARTICULAÇÃO NECESSÁRIOS**Basic Care and Mental Health: dialogue and development required**

Dulcian Medeiros de Azevedo¹, Fernanda Jorge Guimarães²,
Jeane Félix Dantas³, Talita Mariz Rocha⁴

RESUMO

O estudo objetivou refletir sobre o cuidado em saúde mental na rede de cuidados primários em saúde, tendo por base o trabalho de apoio matricial na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é um espaço privilegiado de intervenção em saúde mental, desempenhando um papel importante na assistência aos portadores de transtorno mental. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é uma forma de matriciamento que objetiva ampliar a abrangência e as ações da ESF, não apenas no campo da saúde mental. Precarização do trabalho em saúde, formação acadêmica insuficiente e ausência de educação permanente em saúde são elementos que dificultam a assistência em saúde mental na ESF.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study aimed to reflect on mental health care in the primary health care network, based on the matricial supporting work of the Family Health Strategy (FHS). The FHS is a special area for mental health intervention, playing an important role in assisting individuals with mental disorders. The Family Health Support Center (NASF) is a form of matrixing that aims to expand the scope and actions of the FHS, not only in the mental health field. The precarious situation in the health workplace, insufficient academic training, and lack of continuing education in health are factors that hinder mental health care in the FHS.

KEYWORDS: Mental Health; Primary Health Care; Family Health Program; Psychiatric Nursing.

INTRODUÇÃO

Durante muitos séculos, o modelo asilar/manicomial foi o centro da assistência ao portador de transtorno mental, por meio de norma, imposição e tratamentos inadequados, não enxergando o indivíduo como um ser integral, pois a doença e os sintomas eram o foco de intervenção.

Essa concepção passou a ser questionada pelos profissionais de saúde mental e pelos familiares, que começaram a reivindicar uma assistência diferente daquela existente (modelo asilar – a partir do século XVIII), influenciada pelas experiências da Psiquiatria Democrática (modelo psicossocial – século XIX) defendida por Franco Basaglia.

O movimento da Reforma Psiquiátrica (RP) surge no

¹ Enfermeiro, Professor Assistente III, Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Doutorando em Ciências da Saúde (PPGCSa/UFRN). E-mail: professordulcian@gmail.com.

² Enfermeira. Professora do Núcleo de Enfermagem do Centro Acadêmico de Vitória (UFPE). Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará (UFC).

³ Enfermeira Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó, UERN.

⁴ Enfermeira Egressa do Curso de Graduação em Enfermagem, Campus Caicó, UERN.

Brasil na década de 1970, apresentando críticas ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico, buscando a transformação de práticas e saberes na assistência ao portador de transtorno mental, além de implicações nos campos legal, cultural e social.¹

Na pretensão de modificar o sistema de tratamento até então utilizado, a RP brasileira propõe a construção de uma rede de cuidados substitutiva ao hospital psiquiátrico, buscando eliminar gradualmente a internação manicomial e a exclusão social, além de promover reinserção social do sujeito.²

Embora esse movimento venha ocorrendo de forma importante e significativa, com a ruptura gradativa do modelo asilar/manicomial, a partir da reorganização da rede em saúde mental e dos serviços substitutivos (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Serviço Residencial Terapêutico – SRT; Ambulatório e Urgência Psiquiátrica, entre outros), ainda existem entraves no contexto das práticas de saúde mental, especialmente no tocante à assistência na atenção básica.

A inclusão de ações de saúde mental na atenção básica deve seguir o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que permitam o acolhimento e o estabelecimento de vínculos. Uma vez incluídas, essas ações devem estar firmadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da RP.

Embora a inserção das práticas de saúde mental na atenção básica possua suas características peculiares, como promover o bem-estar e realizar ações preventivas em âmbito coletivo e individual, além de estabelecer um cuidado mais humanizado na área da saúde mental, fazem-se presentes as dificuldades na implementação dessas práticas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isso se mostra na viabilidade dos programas, na imprecisão dos limites da saúde mental na atenção básica e na limitação de saberes dos profissionais envolvidos, necessitando, assim, de Educação Permanente em Saúde (EPS), dentre outras estratégias.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) admite que os transtornos mentais representam um problema de saúde pública de expansão mundial. Um em cada três usuários atendidos na ESF apresenta algum tipo de transtorno mental de grau variável e, no caso do Brasil, 90% dessas pessoas não recebem tratamento adequado.^{3,4}

Dada a magnitude dessa problemática, surge a inquietação dos autores em refletir sobre as dificuldades e fatores advindos da assistência prestada ao portador de transtorno mental no contexto da atenção básica, e que caminhos necessitam ser trilhados para a superação desses obstáculos. Dessa forma, objetivou-se refletir sobre o papel da atenção básica no cuidado em saúde mental, tendo

por base o trabalho de apoio matricial na ESF, a partir do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF).

A saúde mental na atenção básica

O cuidado em saúde realizado na atenção básica e implementado por meio da ESF é considerado o eixo estruturante do sistema de saúde do país, pois, além de ser a porta de entrada do SUS, gerencia os encaminhamentos, coordena e integra o trabalho realizado por outros níveis de atenção e acompanha, de maneira longitudinal, a saúde do sujeito durante a vida.⁵ A atenção básica representa o ponto de referência para a saúde do sujeito, pois é responsável pelo acolhimento das necessidades de saúde e manutenção de referência com outros níveis de atenção.

A ESF tem como proposta reordenar e promover a transformação do modelo tradicional de atenção à saúde. Aposta na aproximação do serviço de saúde com a comunidade e destaca a importância do vínculo nas ações de saúde.⁵ Sua marca é exatamente a proximidade do serviço de saúde com a comunidade e, conseqüentemente, com o estilo de vida dos sujeitos, dando a oportunidade de identificar e atuar diretamente nos perfis epidemiológicos segundo o território.

É formada por uma equipe mínima de trabalho, com médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Apresenta como espaços de atuação o domicílio, a comunidade, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e ainda o acompanhamento dos serviços de referência. As famílias são cadastradas e, posteriormente, atendidas conforme as necessidades levantadas, com vistas a uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva.⁶

Dadas essas características, pode-se afirmar que a ESF se configura como um espaço privilegiado de intervenção em saúde mental, desempenhando um papel importante na assistência aos portadores de transtorno mental e suas famílias. Ela contempla a territorialidade, o estabelecimento de vínculos, além de outros princípios e diretrizes que se aproximam da atenção psicossocial requerida pela RP.

A ESF tem o potencial de contribuir para a desmistificação da loucura no cotidiano de vida dos sujeitos, o que permite ao portador de transtorno mental inserir-se na comunidade e compartilhar o mesmo espaço na vida social que as demais pessoas.⁷

No plano internacional, a Declaração de Caracas (1990) é um dos documentos que trata dessa relação. Esse documento defende a permanência do usuário no território de origem, por meio de equipamentos substitutivos descentralizados, territorializados e integrados com as redes sociais. Propõe, ainda, a reestruturação da atenção

psiquiátrica e sua vinculação à atenção básica.⁵

No Brasil, a partir de 2001, o Ministério da Saúde vem estimulando essa discussão, por meio de vários eventos que tratam dessa articulação. Em abril de 2002, ocorreu o Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Básica e, em julho de 2003, a Oficina de Saúde Mental, no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.⁵ Paulatinamente, surgem no país momentos de discussões sobre a questão da inclusão da saúde mental na atenção básica, construindo os primeiros passos para a mudança no saber/fazer dos profissionais de saúde que atuam nesse espaço.

Em 2003, ainda ocorre a publicação de uma Circular Conjunta da Coordenação de Saúde Mental e a Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, intitulada “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários”. Essa propôs a inclusão das ações de saúde mental nesse nível de atenção, delineando algumas diretrizes para tal aproximação, como o apoio matricial em saúde mental às equipes de atenção básica, a formação como estratégia prioritária e a inclusão da saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).⁵

Enquanto estratégia do SUS, a atenção básica não pode negligenciar o cuidado em saúde mental como uma das necessidades de saúde dos sujeitos, sendo necessária a devida preparação para assumir, também, essa demanda. Nessa perspectiva, será sempre importante e necessária a articulação dos serviços especializados em saúde mental com as equipes de atenção básica, para oferecer-lhes o apoio necessário.

Dessa forma, uma das estratégias de inclusão das ações de saúde mental nesse nível de atenção à saúde se refere ao apoio matricial, sendo uma metodologia de trabalho que pretende oferecer retaguarda assistencial com suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. O modelo proposto pressupõe uma rede de cuidados de base territorial e a possibilidade de intervenções transversais de outras políticas. Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos, como forma de combater a lógica do encaminhamento.⁴

Além de combater a lógica do encaminhamento, são objetivos do apoio matricial o favorecimento do exercício interdisciplinar e o cuidado integral em saúde, o fortalecimento da capacidade resolutiva das equipes locais de saúde, a racionalização do acesso e o uso de recursos especializados.⁸ O apoio matricial viabiliza suporte técnico às equipes da ESF, pautado no compartilhamento e corresponsabilização do cuidado, discussão de casos, atividades educativas, intervenção junto às famílias, supervisão e EPS nessas equipes.

O matriciamento é uma ferramenta capaz de qualificar a assistência oferecida pela ESF aos portadores de transtornos mentais, em que os serviços especializados em saúde mental, especialmente o CAPS, buscam estabelecer uma articulação com a ESF, capacitando-a para assumir essa demanda. Entretanto, ainda existe certo receio e despreparo dos profissionais de saúde da rede básica para receber e cuidar dos portadores de transtorno mental.⁹

As ações de apoio matricial propiciam a minimização dos encaminhamentos desnecessários ao CAPS e ambulatórios de saúde mental, a partir do momento em que se torna possível distinguir as situações individuais e sociais comuns à vida cotidiana, acolhidas pela equipe de referência, favorecendo a resolutividade da rede de cuidados primários à saúde.

Os CAPS, enquanto organizadores da rede de atenção em saúde mental, devem buscar o estreitamento de laços entre o campo da saúde mental e a comunidade. Constitui sua função oferecer suporte em saúde mental às equipes de atenção básica, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, supervisionar e capacitar as equipes.

Nos municípios que dispõem de CAPS e outros equipamentos de saúde mental, o apoio matricial deve ser programado com carga horária para encontros semanais ou extraordinários, conforme a necessidade.¹

Em municípios que não dispõem de serviços de saúde mental, criam-se equipes de apoio matricial compostas, no mínimo, por um médico psiquiatra (ou generalista, com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social) e auxiliares de enfermagem para, no mínimo, seis e, no máximo, nove equipes da ESF, ou população entre 15 a 30 mil habitantes. Quando a população for inferior a 20 mil habitantes, é possível pensar em equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior.¹⁰

Atualmente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é o modelo de matriciamento desenvolvido pelo SUS na ESF, sendo implementado na realidade dos serviços de atenção básica. Sua atuação não se restringe apenas ao cuidado em saúde mental, mas abrange diversas áreas, como fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia, educação física.¹¹

Criado pelo Ministério da Saúde, em 2008, o NASF tem como objetivo ampliar a abrangência e as ações da ESF, bem como sua resolutividade. É constituído por equipes profissionais de diferentes áreas de conhecimento em parceria com a ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, com atuação direta no apoio às equipes.¹¹

A proposta do NASF é ressignificar a prática do encaminhamento com base na referência/contrarreferência, objetivando um acompanhamento longitudinal. Cada equipe NASF é responsável por um número determinado de unidades da ESF, realizando apoio matricial e construindo articulações com os serviços de referência existentes, tais como CAPS, Centros de Reabilitação, Centros de Lazer/Esporte e com profissionais de outros serviços especializados.⁵

Inicialmente, foram criadas duas modalidades de NASF, classificadas de acordo com sua área de abrangência. O NASF I, com atuação num território de oito a 20 equipes da ESF, composto por, no mínimo, cinco profissionais de nível superior de diferentes ocupações (assistente social, educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, entre outros). Por sua vez, o NASF II é constituído por, no mínimo, três profissionais de nível superior, e pode estar vinculado a três equipes da ESF.¹¹

Com ênfase ao trabalho em apoio matricial, o Ministério da Saúde criou a modalidade de NASF III (Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010), como uma ação de apoio ao Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas e à Política Nacional sobre Drogas (PNAD). O NASF III objetiva promover a atenção integral em saúde, prioritariamente para usuários de crack, álcool e outras drogas, na atenção básica, em municípios com porte populacional menor que 20 mil habitantes.¹²

O NASF III deve trabalhar em parceria com a ESF, por meio de ações individuais e coletivas, de cuidados clínicos em álcool e outras drogas, redução de danos e prevenção de recaídas, detecção precoce, realização de visitas domiciliares, criação de grupos e intervenções junto às famílias. Além da ênfase na EPS na comunidade, deve propor ações intersetoriais, construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) e articulação com os CAPS.¹² Assim, reconhece-se a necessidade de implantação de equipe do NASF como estratégia para o fortalecimento da rede de atenção à saúde.¹³

O trabalho desenvolvido pela equipe matricial de saúde mental na ESF deve estimular a visão de saúde mental integrada às várias dimensões da vida educativa, cultural, política, econômica, social, psicológica e orgânica na comunidade; criar formas de monitoração de clientes psicóticos, usuários de drogas, crianças e adolescentes em situação de risco, auxiliando seus familiares e articuladas aos serviços de atenção secundária, terciária e à intersetorialidade; auxiliar na detecção de risco para o transtorno mental; formular ações de prevenção junto à comunidade.³

O matriciamento em saúde mental possibilita a ampliação de acesso, atenção à saúde direcionada para a integralidade e busca a superação de práticas medicamentali-

zadas de saúde.¹⁴ O suporte fornecido às equipes de saúde da família em saúde mental por meio do matriciamento instrumentaliza para ações integrais aos usuários do serviço de saúde, especialmente usuários portadores de transtorno mental.

Estudo realizado com profissionais da ESF e CAPS evidenciou o apoio matricial como uma importante estratégia, pois possibilita a construção dos cuidados em saúde mental em rede.¹⁵ Experiência realizada na Bahia também destacou a construção de redes entre a ESF e saúde mental, por meio do apoio matricial. O matriciamento estimulou a construção coletiva de saberes entre os atores envolvidos nesse processo, favoreceu o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde.¹⁶

Ademais, o apoio matricial colabora para qualificar as equipes, desenhar fluxos e estimular um cuidado conjunto e compartilhado.¹⁷ Nesse contexto, destaca-se a responsabilização pelo cuidado em saúde mental. Busca-se superar a lógica dos encaminhamentos, em que se responsabilizam pelo cuidado apenas os especialistas. O cuidado em saúde mental passa, então, a ser compartilhado pela equipe de saúde da família e de apoio matricial.

Por outro lado, o apoio matricial se revela como um desafio para as equipes de saúde mental, pois se evidenciam os reduzidos recursos humanos e a amplitude das ações, que devem estar presentes em todas as unidades de saúde do município.¹³

Desse modo, as ações de matriciamento em saúde mental na atenção básica não devem restringir-se apenas ao cuidado clínico dos sujeitos, mas, principalmente, à percepção das necessidades de saúde como algo inerente ao contexto do processo saúde-doença, estimulando ações que busquem a prevenção e promoção da saúde mental na comunidade.

Atenção básica e saúde mental: desafios que permeiam essa relação

Alguns obstáculos e limitações são encontrados na realidade da ESF, no que se refere à assistência ao portador de transtorno mental. Inicialmente, pode-se elencar a “Ficha A” do cadastro familiar, que não possibilita à equipe realizar, de forma específica, o levantamento do número de famílias de usuários com essa característica.

O próprio SIAB não possui um espaço específico para a notificação dos transtornos mentais, dificultando o levantamento do número de famílias com pessoas portadoras de transtorno mental atendidas nas áreas de cobertura da ESF.⁶

Dessa forma, apesar de o SUS propor e desenvolver um novo modelo de saúde com a implantação da ESF,

ainda persistem dificuldades na superação do modelo tradicional de assistência à saúde, baseado na doença, a exemplo da não inclusão de procedimentos e assistência em saúde mental na ESF. Tal problema se apresenta como um obstáculo no reconhecimento da realidade epidemiológica e social do portador de transtorno mental, tornando mais difícil a elaboração de estratégias de intervenção para esse público e sua família.

Outro desafio se refere à formação dos recursos humanos para a ESF, em que essa deve contar com profissionais de formação generalista, proporcionando uma visão integral do indivíduo, com acolhimento e atividades de reabilitação psicossocial.⁶ O que se observa em algumas realidades é o despreparo na formação dos profissionais, além de muitos não possuírem o perfil desejado para a filosofia da ESF, o que resulta numa assistência curativista, desvirtuando a proposta de cuidado familiar e promocional, enfocando somente a patologia psiquiátrica.

A problemática da precarização no cenário do processo de trabalho em saúde do SUS também é uma das dificuldades relacionadas à efetivação da política de saúde nacional e melhoria na qualidade da assistência em saúde prestada.

Uma parte expressiva de profissionais que atuam na ESF ainda não visualiza o portador de transtorno mental enquanto parte de sua demanda, representado por um elemento estranho e desestabilizador da rotina assistencial do serviço de saúde.⁹ Em muitos casos, o atendimento se baseia na lógica do encaminhamento, sendo uma oportunidade da ESF se desresponsabilizar por esse sujeito e sua família.

A mudança de lógica de tratamento direcionado ao portador de transtorno mental e sua família também representa uma mudança de paradigma importante no processo de trabalho em saúde. Muitos profissionais ainda desconhecem os ideais e diretrizes da RP (desinstitucionalização e atenção psicossocial), desenvolvendo ações e olhares manicomialistas, baseados exclusivamente na psicofarmacologia, negação da subjetividade e desprezo. Esse desconhecimento pode ser reflexo de uma formação acadêmica insuficiente ou da ausência de atividades de EPS, com foco na área de saúde mental.

Nessa perspectiva, a formação dos profissionais em saúde deve estar pautada no referencial que atenda aos princípios da RP e do SUS, uma vez que a persistência do modelo flexneriano relaciona-se com os resquícios de uma formação biologicista, centrada na doença e no processo, sem a devida valorização dos saberes e das habilidades inerentes a cada sujeito em situação de transtorno ou sofrimento psíquico.¹⁸

Apesar de a ESF ter um grande potencial para pro-

vocar mudanças na assistência ao portador de transtorno mental, é necessário que haja a mobilização e compromisso ético-político dos gestores e trabalhadores sobre essa inversão do modelo assistencial. Corre-se o risco de que experiências promissoras, como a da saúde mental na atenção básica, reproduzam a lógica de um cuidado medicalizante, com exames, padrões diagnósticos e encaminhamentos pouco resolutivos.⁷

No contexto da ESF, o enfermeiro tem sido o responsável por estruturar a proposta da estratégia, participar da territorialização, fornecendo sustentação à integração e articulação entre comunidade e serviço e ainda identificando os principais problemas de saúde e seus determinantes. Ademais, desenvolve ações de educação em saúde e prepara os agentes comunitários para o trabalho com as famílias.¹⁹

Devido à peculiaridade do trabalho na ESF, de base comunitária e participativa, o serviço se mostra potencialmente capaz para contribuir na mudança do modelo assistencial e proporcionar uma assistência integral que possa incluir o cuidado em saúde mental como uma necessidade de saúde, desenvolvida pelo enfermeiro e demais profissionais da equipe.

O enfermeiro que atua na ESF, por conhecer a realidade dos usuários da sua área adscrita, suas relações de vida, seu contexto familiar e social, encontra um vasto campo para atuar no cuidado ao usuário portador de transtorno mental, seja na assistência clínica direta, seja nas visitas domiciliares, ou promovendo atividades de educação em saúde.

A visita domiciliar representa um momento valioso para o estabelecimento de vínculos e parcerias, permitindo a aproximação com o universo cultural, social e familiar do portador de transtorno mental e possibilitando a intervenção precoce em situações de crises.²⁰

No entanto, assim como os demais profissionais da ESF, muitos enfermeiros não se sentem aptos a ofertar cuidados ao portador de transtorno mental. Estudo realizado com enfermeiras que trabalhavam na ESF apontou que, apesar de terem abordado o conteúdo de saúde mental na graduação, não se sentiam preparadas para lidar com a demanda de saúde mental. Daí surge a importância do apoio matricial em saúde mental junto às equipes da ESF.^{21,22}

Pesquisa realizada com profissionais da ESF e apoio matricial revelou muitas dúvidas dos profissionais de saúde sobre o matriciamento, relacionadas à falta de suporte técnico especializado para lidar com as demandas em saúde mental, principalmente aquelas relacionadas a casos crônicos ou a situações de crise.¹³

Acrescenta-se como fragilidade para o cuidado em

saúde mental o modelo de assistência à saúde. Em alguns cenários, o cuidado em saúde mental ainda é realizado de maneira não integral, fragmentada. As práticas têm como base sustentativa a medicalização e, em muitos casos, a referência é a internação do usuário. O modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, ainda permeia a rede de cuidados em saúde mental, apesar dos avanços e esforços na RP nacional.

Estudo realizado com profissionais de serviços de saúde, usuários e familiares destacou a dificuldade de superação do modelo hegemônico da prática assistencial voltado para a cura e reabilitação, ressaltando que o modelo baseado na promoção da saúde contrasta com a realidade das práticas terapêuticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde.¹⁴

Os profissionais da ESF, geralmente, possuem dificuldades para promover ações de promoção da saúde no contexto da saúde mental. As equipes necessitam atender às demandas de programas estabelecidos e alcançar metas propostas pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de incrementar a qualidade de vida da população atendida.

Nesse contexto, destaca-se o trabalho do enfermeiro na ESF, no atendimento às demandas citadas, em que o foco na saúde mental deve transcender o diagnóstico clínico e procedimentos técnicos, indo ao encontro das necessidades sociais e de saúde do sujeito e sua família.

CONCLUSÃO

Apesar de a RP ser uma realidade concreta no país, com resultados e ganhos inestimáveis, é fato que o rompimento com o modelo manicomial não foi totalmente superado, pois muitos profissionais não acompanharam a evolução desse processo ou não tiveram uma formação que a contemplasse.

A reestruturação dos serviços e do cuidado em saúde mental tem sido uma realidade, especialmente alcançada pelo CAPS e demais serviços substitutivos. No entanto, sua efetivação no contexto da atenção básica tem encontrado alguns obstáculos na produção dos serviços de saúde. A leitura que se faz em algumas realidades é a de que a equipe da ESF está empenhada e preparada para desenvolver as políticas ministeriais referentes à saúde da mulher, da criança, dos portadores de doenças crônicas, e despreparada para atender ao portador de transtorno mental e sua família.

Por outro lado, é necessário destacar a complexidade do processo de trabalho em saúde no contexto da ESF e dificuldades diversas, tais como: profissionais de saúde responsáveis por um cuidado e território específicos, com problemas sociais e de saúde multivariados; atividades e

procedimentos de saúde diversos; enfrentamento da precarização trabalhista; falta de recursos financeiros e humanos; problemas estruturais; ausência de controle social; interferências 'políticas' na organização e ações da UBSF.

É preciso solidarizar-se com esses profissionais e reconhecer a influência dessas dificuldades na relação entre atenção básica e saúde mental, além de esclarecimento e melhor definição acerca do papel de cada membro da equipe (ESF e apoio matricial/NASF), seja no desenvolvimento de atividades individuais ou coletivas.

A razão de tudo isso é a percepção do portador de transtorno mental e sua família enquanto uma demanda de saúde na atenção básica, na perspectiva de contribuição para a implementação e fortalecimento da RP nesse cenário.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
3. Barban EG, Oliveira AA. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. Arq Ciênc Saúde. 2007; 1(14):52-63.
4. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães PO. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc Saúde Coletiva. 2009; 1(14):1483-92.
5. Gama CAP, Campos RO. Saúde mental na atenção básica – uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). Cad Saúde Pública. 2009; 1(2):112-31.
6. Cury CFM, Galera SAF. O PSF como ideal para a atenção às famílias de doentes mentais. Fam Saúde Desenv. 2006; 3(8):273-8.
7. Souza AC. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. Esc Anna Nery. 2006; 4(10):703-10.
8. Penido CMF, Alves M, Sena RR, Freitas MIF. Apoio matricial como tecnologia em saúde. Saúde em Debate. 2010; 34(86):467-74.

9. Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 1(14):139-48.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
13. Prestes LIN, Araújo AC, Costa CS, Nascimento MDW, Oliveira DA. Apoio matricial: um caminho de fortalecimento das redes de atenção à saúde em Palmas – TO. *Rev Bras Ciênc Saúde*. [Internet] 2011[Cited 2012 out 28]; 15(2): 215-8. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10536/6050>>.
14. Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):653-60.
15. Sousa FSP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Barros MMM, Quinderé PHD, Godim LGF. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. *Physis*. 2011; 21(4): 1579-99.
16. Silva CB, Santos JE, Souza RC. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador – BA. *Saúde Soc*. 2012; 21(1):153-60.
17. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011; 16(12):4643-52.
18. Marinho AM, Martins AKL, Lima HP, Souza AMA, Braga VAB. Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re) construção de políticas públicas. *REME Rev Min Enferm*. 2011; 1(15):141-7.
19. Costa RKS, Miranda FAN. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. *Rev RENE*. 2009; 2(9):120-8.
20. Tesser C D, Teixeira B C. Saúde mental na atenção básica: estratégias de implantação a partir de uma experiência. *Saúde em Debate*. 2011; 35(88):83-95.
21. 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; 1(20):85-93.
22. Lemos SS, Lemos M, Souza MGG. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. *Arq Ciênc Saúde*. 2007; 4(14):198-202.

Submissão: outubro/2012

Aprovação: janeiro/2014
