

## ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL: OS DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO CUIDADO

### BASIC CARE AND MENTAL HEALTH: THE CHALLENGES IN EFFECTIVE CARE

Bárbara Domingues Nunes<sup>1</sup>  
Priscilla Coronel<sup>2</sup>  
Elisângela Carvalho<sup>3</sup>

Recebido em: 15/03/2021

Aceito em: 29/03/2021

**Resumo:** Pretende-se, com este artigo, desenvolver uma reflexão acerca dos desafios da efetivação do cuidado da saúde mental na atenção básica. Cuja problematização e reflexão teórico-prática inicia-se a partir da realidade de um município de pequeno porte da fronteira oeste. A metodologia utilizada é a revisão bibliográfica que ao longo do texto abordará questões relacionadas a Política Nacional de Atenção Básica, Rede de Atenção Psicossocial, os fluxos de cuidados e um relato de experiência. Não pretendemos encerrar a discussão, mas incitar para a reflexão sobre o cuidado na saúde mental, demanda que é e/ou deveria ser transversal em todas as políticas públicas presentes na rede de atendimento.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Saúde Mental; Rede; Cuidado;

**Abstract:** The aim of this article is to develop a reflection on the challenges of implementing mental health care in primary care. Whose theoretical-practical problematization and reflection starts from the reality of a small town on the western border. The methodology used is the literature review that throughout the text will address issues related to the National Policy on Primary Care, Psychosocial Care Network, care flows and an experience report. We do not intend to close the discussion, but encourage reflection on mental health care, a demand that is and/or should be transversal in all public policies present in the service network.

**Keywords:** Primary Care; Family Health Strategy; Mental health; Network; Caution;

## INTRODUÇÃO

Com base na proposição da Política Nacional de Saúde Mental de efetivar o cuidado psiquiátrico na esfera da Atenção Básica, e considerando que as ações de saúde mental estão cada vez mais fundamentadas no eixo territorial é que nos propusemos e escrever este ensaio, trazendo contribuições acerca da relevância da inclusão de práticas das equipes multiprofissionais de saúde da família para atendimento das demandas de saúde mental na atenção básica no contexto do Sistema

---

<sup>1</sup> Assistente Social especialista em Políticas e Intervenção em Violência Intrafamiliar e Gestão Social: Políticas Públicas, Redes e Defesa de Direitos. Graduada pela Universidade Federal do Pampa, campus São Borja/RS. Atua na gestão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no município de São Lourenço do Sul/RS. E-mail: nunesbarbara1@gmail.com.

<sup>2</sup> Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, pela Universidade Federal do Pampa – Unipampa, campus São Borja. Atua como Assistente Social da equipe multiprofissional da Atenção Básica em Saúde de Barra do Quaraí/RS. E-mail: priscilac.s@hotmail.com.

<sup>3</sup> Assistente Social, graduada pela UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul. Atua na Secretaria de Assistência Social e Habitação no Município de Candelária/RS. E-mail: socialelis@hotmail.com.

Único de Saúde (SUS). Essas práticas caracterizam a reorientação da atuação do SUS e representam a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Um exemplo da importância deste tema é o que se vivencia na atual conjuntura pandêmica. Com as mudanças nas metodologias de trabalho e o aumento expressivo das demandas na Política Pública de Saúde a qual, juntamente com a Política Pública de Assistência Social, passou a ser considerada como área essencial <sup>4</sup>para enfrentamento da COVID-19.

Portanto, o presente artigo inicia sua reflexão a partir da Política Nacional de Atenção Básica e a Saúde Mental. Ao longo do texto são abordadas as definições da política, suas diretrizes e reflexos no atendimento. Posteriormente, é mencionada a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, bem como Atenção Primária em Saúde. Tão logo, ressaltam-se os limites e os desafios da efetivação do cuidado da saúde mental na atenção básica com problematizações relacionadas aos recursos humanos, estruturação da rede e a sua interlocução no trabalho multiprofissional.

No segundo subitem abordam-se os fluxos de cuidado ao paciente de saúde mental, onde são abordados aspectos da Rede de Atenção Psicossocial (RAS) de demais redes de cuidado em relação aos pacientes com transtorno mental. O trabalho interdisciplinar e a noção de acolhimento são aprofundados considerando sua relevância na esfera do cuidado na atenção básica. Nesta segunda parte a reflexão finaliza-se abordando a mudança de paradigma em relação às demandas de saúde mental, as quais são observadas historicamente como atribuições dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No último e terceiro subitem são abordados os desafios de operacionalização dos fluxos de tratamento e encaminhamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família (ESF), com reflexões práticas trazendo à luz uma vasta contribuição para reflexão sobre a atenção básica a partir da visão de uma trabalhadora da base.

Na atual conjuntura mundial do ano de 2020, e o momento de pandemia covid-19, que afeta uma quantidade importante de pessoas e impõem novas regras e hábitos sociais no mundo. O isolamento social é a principal medida adotada no Brasil como alternativa de prevenção da

---

<sup>4</sup>Decreto Nº 10.282, de 20 de Março de 2020 que regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, define os serviços públicos e as atividades essenciais, sendo que uma das áreas principais no enfrentamento a pandemia é a Política de Assistência Social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm#:~:text=Objeto-rt,p%C3%BAblicos%20e%20as%20atividades%20essenciais](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10282.htm#:~:text=Objeto-rt,p%C3%BAblicos%20e%20as%20atividades%20essenciais). Acesso em: 20 Set.2020

disseminação do COVID-19, que pode ocasionar consequências significativas nas esferas econômicas e psicossociais.

No Brasil, o Ministério da Saúde divulgou resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental realizada a partir questionário online disponível entre 23 de abril a 15 de maio que revelou em sua primeira fase que a ansiedade é o transtorno mais presente no período. Na segunda fase da pesquisa realizada entre os dias 10 e 31 de agosto, o uso de álcool e outras drogas durante a pandemia também foi investigado, assim como a procura dos participantes por serviços de saúde mental. Os resultados dessa etapa ainda estão sendo levantados. Os dados do estudo completo serão divulgados após o final da terceira etapa, em meados de dezembro de 2020.

Um estudo realizado pelo Instituto de Psicologia da UFRGS e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) ligada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) verificou por meio de amostra os fatores associados aos indicadores de sintomas de transtornos mentais em residentes do Rio Grande do Sul, durante o período inicial da política de distanciamento social decorrente da pandemia da COVID-19, onde participaram 799 pessoas, com idades entre 18 e 75 anos, que responderam a um questionário sociodemográfico, no período de 8 a 23 de abril de 2020.,

O referido estudo apontou que embora o isolamento social seja apontado como uma condição de ansiedade e estresse na população há influência de outros fatores que permeiam esse contexto, tais como determinantes econômicos, fazer parte do grupo de risco, estar mais exposto a informações sobre óbitos e infectados, sendo que tais questões podem provocar maior prejuízo na saúde mental neste período de pandemia.

## **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE MENTAL**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) <sup>5</sup>estabelece que a Atenção Básica envolve um composto de intervenções relacionadas aos aspectos coletivos e individuais da sociedade, “abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde dos indivíduos” (CALVACANTI; NETO E SOUSA p.324, 2015) A

---

<sup>5</sup> 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 Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 25 out. 2020.

PNAB possui como diretriz o viés interdisciplinar para o fazer profissional das equipes de saúde, estimulando atividades conjuntas entre os saberes e especialidades. O que ocasiona uma relação com os usuários baseada no acolhimento das suas necessidades ultrapassando respostas meramente técnicas e mecanizadas (BRASIL, 2011).

As discussões realizadas na primeira década de execução dos serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica apontam também para indispensabilidade da atenção básica enquanto espaço de efetiva acolhida das demandas relacionadas à saúde mental. Fator propulsor para que o princípio da integralidade deixe de ser apenas um ensinamento presente nos livros dos estudantes da área (PAULON; NEVES, 2013).

Os autores destacam que no ponto de convergência entre Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária, destaca-se a capacidade da Atenção Primária à Saúde (APS) no atendimento das questões relacionadas a saúde mental constantes no território. Tal âmbito de atuação facilita a aproximação com as comunidades, suas realidades e conseqüentemente promove um maior contingente de pessoas, com transtorno mental, atendidas na atenção básica requerendo uma rede de cuidados articulada (PAULON; NEVES, 2013).

No contexto da APS o Programa Saúde da Família (PSF), implementado em 1994, converteu-se em planejamento para a reestruturação dos cuidados na atenção básica, uma vez que a inserção da saúde mental neste campo de atuação seria pertinente para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. A elucidação deste argumento relaciona-se a afirmativa de que 70% dos municípios brasileiros têm menos de vinte mil habitantes, não cumprindo as exigências populacionais para implantação dos CAPS que são fundamentais na rede de atendimento. Diante disto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias para que nestes municípios descobertos a rede de cuidados seja efetivada através da atenção básica preconizando os princípios de base territorial que objetivam constituir vínculos e acolhimento (BRASIL, 2005).

Ressalta-se que é significativa a amplitude epidemiológica dos transtornos mentais, visto que dados de 2003 da Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam que o índice de pessoas com tais demandas que não recebem atendimento necessário nos países em desenvolvimento é de 90% o que destaca o impacto dos transtornos mentais na população e na atenção básica (LYRA, 2007).

Conforme dados do Ministério da Saúde, 3% da população necessita de cuidados contínuos (casos graves) e 9% necessitam de atendimento esporádico (transtornos leves). Ademais, as questões relacionadas à saúde mental encontram-se nas cinco posições do ranking das dez principais causas de

incapacidade mundial, o que em suma condiz com 12% do total das doenças globais (OMS, 2003). Portanto, considerando a expressiva contingência das demandas relacionadas à saúde mental, observa-se que um dos seus desafios principais é efetivação dos cuidados na atenção básica. Cuidados estes que, entre outras ações, traduzem-se na efetivação dos encaminhamentos dos usuários que necessitam de atendimento especializado. Ao passo que a não existência de um serviço na rede local, também é uma transgressão ao princípio da integralidade e humanização no acolhimento, pois se o

usuário necessita peregrinar entre municípios e demais serviços especializados, não se observa a completude do atendimento.

Outra adversidade expressiva em relação a AB concerne na questão dos recursos humanos disponíveis para trabalhar na saúde da família, levando em conta que há carência e déficit de profissionais, além da inaptidão e insuficiente qualificação destes (CAETANO; DAIN, 2002). Considerando as expressivas demandas históricas somadas ao contexto pandêmico e a insuficiente rede de atenção psicossocial nos municípios de pequeno porte, tal realidade se faz presente. Este contexto apresenta-se como desafiador aos profissionais que devido aos seus frágeis vínculos empregatícios e acumulação de cargos, condições de trabalho/infraestrutura insuficientes e falta de espaço para qualificação permanente veem-se “sufocados” pelas demandas e pela pouca resolutividade dos problemas ora apresentados.

Conforme Gama e Onocko, se as políticas em relação à saúde mental estruturaram a atenção aos usuários com transtorno mental grave, a mesma afirmação não pode ser feita no que diz respeito à atenção básica cujo transcurso ainda é recente<sup>6</sup> e carece de expansão das ações (GAMA; ONOCKO, 2009). Sendo assim, a Atenção Básica redimensiona sua competência na resolução das demandas da saúde, promovendo o desenvolvimento de uma nova relação com a saúde mental, o que potencializa habilidades para realização das mudanças (SOUZA; RIVERA, 2010). Mudanças estas relacionadas à concepção de cuidado, atendimento, acolhimento e resolutividade das demandas, as quais não devem ser concebidas como responsabilidade do próximo nível de atenção, mas como integrantes da realidade de cada instituição e território referenciado.

---

<sup>6</sup> Em março de 2001 realizou-se a primeira oficina de trabalho para Discussão do Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica (PAULON; NEVES, 2013).

Observa-se que o movimento da instituição de saúde na atenção básica dá concretude às propostas do SUS e veio atender as demandas da população através do sistema territorializado e descentralizado, sendo também uma medida da Reforma Sanitária (TIETZMANN; COLS, 2004). As unidades básicas de saúde tornaram-se um mecanismo considerável para às demandas em saúde mental devido ao viés comunitário e territorializado. Fator fundamental para ampliação do cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, o que possibilita o emprego de instrumentos coletivos que potencializam a produção de saúde aliada aos princípios da Reforma Psiquiátrica, inserindo os sujeitos no convívio social (DEBASTIANI, 2008).

A rede básica considerada porta de entrada para o sistema de saúde no país, identifica-se como possibilidade de intervenção na garantia de acesso aos serviços a toda população considerando o aspecto universal do sistema de saúde. O qual converte o modelo médico-centrado pelo processo integralizante de acolhida, através da relação humanizada, com vínculo entre usuário e equipe o que promove a responsabilização técnica, conforme suas atribuições profissionais no serviço. Tal ação responsabiliza a equipe pelo usuário para além da acolhida, ou seja, na resolução da sua demanda, encaminhando quando houver necessidade para outras entidades ou serviços na própria rede de atenção do município (DEBASTINI, 2008).

Portanto, é através da rede básica que se pode ampliar a relação com a população, e identificar as reais necessidades em saúde de determinado território. Pois, conhecê-lo e trabalhar as suas implicações a partir dos indicadores de saúde, torna-se primordial aos profissionais, pois é na comunidade que se encontram vários condicionantes dos problemas de saúde (DEBASTINI, 2008).

A autora destaca que trabalhar nesta lógica reforça o comprometimento profissional dos trabalhadores de saúde na atenção básica, ao perceber os usuários e sua coletividade na sua integralidade considerando as particularidades territoriais e suas necessidades apresentadas. Contudo, observa-se certa resistência em trabalhar “saúde mental” na atenção básica, pois há uma predefinição de que este não é o espaço indicado para vinculação do usuário, o que acarreta uma intermitente referência para a atenção secundária que também está sofrendo desmonte na atualidade (DEBASTINI, 2008).

Percebe-se que a atenção primária é percebida como estratégia para atingir os objetivos preconizados na legislação. O que ocasiona intensificação das atividades através das unidades básicas de saúde, e do Programa de Saúde da Família – PSF. O diferencial deste último está na disponibilidade do seu quadro funcional de agentes comunitários de saúde, que são o elo entre comunidade e serviço.

Tal organização tem auxiliado a política de saúde mental, pois a partir da Reforma Psiquiátrica intensificou-se as ações para além do âmbito hospitalar. Surgindo os níveis primários e secundários como alternativas para um trabalho vinculado com a realidade do usuário, priorizando-se contato com os familiares, com a cidade, com a rede, caracterizando sua inclusão qualificada (DEBASTINI, 2008). Em relação à saúde mental na atenção básica tem-se o seguinte:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes, atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Neste sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (BRASIL, 2005, p. 33).

Compreende-se que a saúde mental é também produção de saúde e que deve ser atendida na atenção básica. Pois, não se pode atender os usuários e suas necessidades de forma fragmentada, desconsiderando suas diferentes implicações objetivas e subjetivas.

Um dos problemas da rede de atenção psicossocial é a precária comunicação entre os serviços, que interfere na fluidez das informações e no atendimento integral aos usuários. Os fluxos de atendimento funcionam insuficientemente em relação à saúde mental, e os indícios são ainda mais expressivos, considerando os fluxos e a garantia de atendimento aos usuários nos níveis secundário e terciário, onde a comunicação é mais efetiva. Diante de tal contexto, identifica-se a possibilidade de intervenção do assistente social, considerando o sofrimento psíquico como uma das expressões da questão social. Portanto, sua inserção nas equipes de atenção primária, compõe a construção de um trabalho envolvendo as redes sociais no trabalho interdisciplinar e intersetorial (DEBASTINI, 2008).

A atenção básica materializa seu comprometimento com os usuários quando se responsabiliza pelos mesmos e não destina suas demandas para outro setor pelo simples fato de serem situações relacionadas a saúde mental. Ao contrário disso, ao solicitar auxílio os profissionais instigam o trabalho multidisciplinar e intersetorial. A equipe multiprofissional que oferece assistência para a ESF passa a atender dois usuários: o público atendido pelo serviço e sua equipe de referência. Tal ação proporciona que as duas equipes tenham comprometimento com o público atendido e sejam incitadas para a corresponsabilização (PAULON; NEVES, 2013).

O trabalho com saúde mental, na atenção básica, é concebido como diferente na percepção da loucura, utilizando alternativas para trabalhar com demandas que eram excluídas, isoladas e diferentes na sociedade, ao invés de perceber e trabalhar com suas virtualidades. Os usuários com

sofrimento psíquico eram considerados incapazes e destinados ao esquecimento em manicômios o que tornava mais simples o atendimento a loucura. Trabalho este, direcionado aos especialistas que geralmente vinculava-se ao atendimento terciário relacionado à institucionalização (DEBASTINI, 2008).

Rotelli destaca que a Reforma Psiquiátrica refuta a lógica manicomial e preconiza amplo espaço de circularidade dos sujeitos no território, objetivando o envolvimento com estes e não tão somente com a sua doença (ROTELLI, 1990). Portanto, a Atenção Básica apresenta-se como um mecanismo possível para impulsionar novo trato com a loucura, desfazendo e construindo nas comunidades outras relações com as diferenças. O que possibilita que a loucura desempenhe e conquiste espaço de circulação que não aquele segregador. “Permitir-se-ia que a loucura e o sujeito em sofrimento coabitassem um espaço múltiplo, atravessado por singularidades, diferenças e conflitos, concedendo-se à loucura um lugar, de fato, na vida” (SOUZA; RIVERA, 2010).

## **ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE OS FLUXOS DE CUIDADO AO PACIENTE DE SAÚDE MENTAL**

A partir da RAPS, em 2011, o MS propõe uma estruturação do modelo de cuidados em saúde com ações da atenção básica em um desenho ampliado, convocando a participação de diferentes equipes para um trabalho articulado entre os seguintes equipamentos: atenção básica em saúde (unidades básicas de saúde, equipes consultório na rua), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Perpassando o processo de efetivação do atendimento ideal ao paciente de saúde mental, não se pode deixar de considerar fatores importantes no cuidado, seja ele ao paciente ou ao seu núcleo familiar. Logo, a troca de saberes, atrelada a troca de informações e experiências, as diferentes formas de escutar, mediar e acolher a demanda trazida pelo paciente oportunizam uma maior interação entre equipe e usuário. O cuidado ao paciente passa a ser formado por diferentes arranjos em rede, operando por uma diversidade de dispositivos.

Ainda neste contexto, observamos as demais formas de acesso do então paciente, mas também usuário das demais políticas públicas. Sejam elas no âmbito da saúde e ou assistência social, agregam-se como rede os profissionais atuantes nos CRAS e CREAS. O usuário destes serviços é o mesmo

que acessa a rede de atenção básica, logo, os serviços se tornam base fortalecedora no cuidado, atenção, e suporte ao paciente e seu núcleo familiar.

A família, um dos principais pilares no plano terapêutico do paciente, necessita de orientação e suporte constante, para que se sinta cada vez mais fortalecida nos cuidados ao paciente. O que envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência diária com o adoecimento mental. Saraceno acrescenta que a abordagem biopsicossocial aponta para o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental. Intervir, portanto, em saúde mental, não significa apenas prestar assistência. Intervir significa, sobretudo, estar atento à realidade social, econômica e cultural em que vivem as pessoas atendidas. Sabe-se que um dos maiores desafios reside em alcançar as ações que estão para além da saúde (LOBOSQUE, 2011). Saraceno ainda corrobora que "o muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos" (SARACENO, 1999 p. 98).

O acesso do paciente e a forma como é acolhido, seja na atenção básica ou nos serviços da rede, fazem toda a diferença no andamento do seu atendimento. Por ser o primeiro contato, o acolhimento passa a ser o primeiro e fundamental ato de cuidado. Ao discutir o lugar do apoio da equipe de saúde mental aos profissionais que se encontram na saúde coletiva (apoio matricial) novamente o acolhimento é compreendido na qualidade de uma prática que se volta à subjetividade, seja do usuário ou do trabalhador (FIGUEIREDO; ONOCKO CAMPOS, 2009). É certo que o acolhimento, dispositivo estratégico na garantia de direitos é figura central no processo de trabalho das equipes que atuam na atenção primária, sendo fundamental quando se pensa na atenção psicossocial e todos os desafios que envolvem a articulação entre saúde mental e saúde coletiva.

No contexto apresentado, outros princípios e dispositivos devem ser incluídos para nortear a ação da equipe na atenção primária, dentre eles o acolhimento, reconhecido como uma ferramenta estratégica de cuidado que imprime qualidade aos serviços de saúde. E mais, no acolhimento o trabalhador deve mobilizar seu saber no sentido de produzir respostas às demandas a ele trazidas (MALTA, 2001).

O acolhimento passa a ser a construção de um vínculo, a aproximação do paciente para com o serviço de saúde, e com o profissional que o recebe. Quanto melhor for esta aproximação, mais qualificado serão os próximos passos no plano terapêutico. Considerando a rede de cuidado, citada anteriormente, paralelamente, pondera-se ainda a atual situação de pandemia (resgate de março do

presente ano, e que ainda persiste). Situação que exige maior cuidado e definição de alternativas no cuidado ao paciente em saúde mental. A própria incerteza de não saber ao certo de quando a vida voltará ao “normal”, pode causar sofrimento e insegurança.

Tais consequências podem ser agravadas para pessoas que apresentam fragilidades emocionais, nas redes socioafetivas, e até mesmo na dificuldade de se manter em distanciamento social adequado, a exemplo de famílias numerosas, sem domicílio adequado para a quantidade de moradores, o que acaba ocasionando a falta de suprimentos, tais como: água, medicamentos, roupas, bem como a prevenção e/ou tratamento adequado de acordo com as recomendações do covid-19.

A estruturação de redes de cuidado se mostra como uma das mudanças primordiais para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, onde a rede de atenção à saúde mental é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais redes são sistematizadas por intervenções e sistemas públicos de saúde, instituídas no Brasil por legislação federal na década de 90 (CAVALCANTE, 2011).

Apesar de estratégico, o CAPS não deve ser a única unidade de atenção em saúde mental. A propósito, a atenção em saúde mental deve ser realizada no âmbito de uma rede de cuidados, abarcando a “atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros” (CAVALCANTE, p. 105, 2011).

Com isso, o novo modelo de saúde mental preconiza a constituição de redes de apoio social, visando o acolhimento das pessoas, e o auxílio ao expressar sua subjetividade educando para o exercício da cidadania. O que exige investimento nas pessoas com sofrimento psíquico para reinseri-las na sociedade proporcionando dignidade e respeito historicamente negados (CAVALCANTE, 2011).

Assim, além da parcialidade da APS nas atividades de saúde mental, as suas ações efetivas têm exigido um cuidado específico dos profissionais. Os quais não estão habituados com a saúde mental, seus fundamentos e as peculiaridades das adversidades vividas pelos usuários. Na inexistência desse cuidado específico, torna-se improvável que os profissionais incluam as pessoas com transtorno mental nas ações realizadas na unidade de saúde ou em grupos destinados a esta parcela populacional (Valentin; Jucá; Nunes, 2007). Portanto, o cuidado em saúde mental ainda ocorre de forma esporádica por parte de alguns serviços e trabalhadores na atenção básica.

Paulon e Neves corroborando com a reflexão relacionada às mudanças na atenção e cuidado da saúde mental na atenção básica afirmam que “existe uma resistência às mudanças de práticas, que

pode ser verificada tanto da parte dos profissionais da atenção básica quanto dos especialistas” (PAULON; NEVES, p. 26, 2013).

A reflexão supracitada sobre mudanças, remete a noção de exigência e aumento de tarefas para as equipes multiprofissionais. No entanto, a concepção de redes intersetoriais, seja entre as políticas públicas ou no interior das mesmas, com ações e conhecimentos profissionais distintos, possibilita ações mais abrangentes, não fragmentadas e setorializadas em resposta aos problemas sociais objetivando a articulação dos saberes e compartilhamento do cuidado (JUNQUEIRA, 2004).

Dito isto, pode-se visualizar que o conceito de saúde é ampliado para um contexto biopsicossocial, não se limitando apenas ao tratamento da doença.

A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe (PNAB, 2012, p. 22).

Esta ampliação da capacidade de cuidado ocorre através dos dispositivos de gestão em saúde na atenção básica, que desenvolvem na sua integralidade atendimentos que vão dos sinais, sintomas aos diagnósticos, podendo ainda direcionar os pacientes para os outros níveis de atenção. Essas ações incluem encaminhamentos como exames e médicos especialistas para manejo do problema, bem como internação e tratamento medicamentoso.

Ao mencionar a internação deve-se ressaltar o movimento da Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 1970, em consequência das denúncias de maus tratos e de violências contra as pessoas em sofrimento psíquicos além da falta de recursos. Este movimento emergiu para construir um novo manejo e tratamento às pessoas com transtorno mental, renovando os fluxos de atendimento (SPADINI E SOUZA, 2006).

A partir de 2001, com a Lei nº 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, a construção e resgate da cidadania dos usuários da saúde mental foi iniciado no Brasil (Medeiros e Guimarães, 2002). A referida lei federal regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Contudo, desde 1992, diversas leis estaduais, instigadas pelo projeto dessa lei, já anteviam a substituição progressiva da lógica hospitalocêntrica por outros serviços e práticas substitutivas, incitando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ao aproveitamento de leitos em hospitais gerais (Berlinck, Magtaz e Teixeira, 2008).

Conforme Lauermann e Borges as pessoas internadas não representam um risco para a sociedade. Mas, elas devem ser protegidas, visto que em alguns momentos, não possuem senso crítico e podem se autoagredir ou agredir terceiros de forma involuntária. Portanto, um dos objetivos principais da internação é a proteção do paciente. Considerando que os usuários com algum tipo de transtorno mental devem ser “protegidos” da sociedade por algum tempo, quer através da internação ou da medicação. Sendo assim, compreende-se que tal serviço tem por objetivo a proteção da saúde mental das pessoas que são atendidas por ele (LAUERMAN; BORGES, 2014).

O conhecimento sobre a saúde mental transforma-se e renova-se com o passar do tempo, delineando a relação entre os profissionais e destes com os pacientes, além do desenvolvimento da articulação entre os saberes e as práticas. Compreende-se que a forma como os profissionais dos serviços percebem as pessoas que chegam até o local pode dizer sobre a maneira como estas têm sido acolhidas e tratadas nos diferentes espaços. Dito isto, é de extrema relevância a reflexão teóricoprática sobre a atenção básica em um município do Rio Grande do Sul, como veremos a seguir.

### **DESAFIOS DE OPERACIONALIZAÇÃO DOS FLUXOS DE TRATAMENTO E REFERENCIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mencionada neste trabalho está localizada em Barra do Quaraí, município do Estado do Rio Grande do Sul que faz fronteira com dois importantes países (Uruguai e Argentina), com aproximadamente 4.227 habitantes, sua localização possui a distância de 717 quilômetros da capital Porto Alegre, sua principal via de comunicação e transporte do restante do país é a BR 472 e, através da Ponte Internacional "Rio Quaraí".

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) existente no município consiste no arranjo organizativo formado pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde para o atendimento/acompanhamentos psicossociais da população usuária, sendo constituída por 02 unidades de saúde da família, 01 Centro de saúde municipal, reabilitação psicossocial com abordagem coletiva por meio de oficinas terapêuticas com as famílias dos pacientes que realizam tratamento para a dependência de álcool e drogas, serviço de tratamento fora domicílio (TFD) para agendamento de consultas e exames, e referência regionalizada para internação hospitalar e comunidades terapêuticas via regulação da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde. A referência para Urgência e Emergência acontece pelo Pronto Socorro da Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, localizado a 74 km de distância.

No que se refere à intersectorialidade, a saúde da família articula um trabalho de rede intersectorial com a Assistência Social do município que oferta serviços de Proteção Social Básica e Especial, garantindo acesso aos benefícios socioassistenciais, através do CRAS, CREAS e Cadastro Único. A intersectorialidade com o Sistema de Justiça e Segurança Pública acontece quando há necessidade de judicialização dos serviços de saúde e com a Educação quando necessária a articulação com as escolas da rede de atenção estadual e municipal.

Cabe salientar que o referido município, análise desse relato, é considerado de pequeno porte e distante geograficamente das regiões onde estão localizadas suas referências especializadas no cuidado em saúde mental, os quais, são reguladas via coordenação de saúde mental 10ª CRS (Coordenadoria Regional de Saúde), localizada em Alegrete/RS. Considerando que o município possui em seu território somente os dispositivos de atenção primária em saúde, a unidade de saúde da família pressupõe uma estratégia em saúde que reorganiza o modelo assistencial inspirado pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS. Esse sistema local de saúde elege tem como premissa os vínculos, a o compartilhamento de cuidados e a corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Considerando as diretrizes destinadas em realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção, a abordagem deste relato se direciona em refletir como são operacionalizados os fluxos de tratamento e referenciamento da saúde mental. Essa atenção ocorre por meio de intervenções multidisciplinares relativas ao cuidado territorial e à prática da atenção psicossocial voltada às pessoas com sofrimento psíquico em decorrência de transtornos mentais ou dependência de álcool e múltiplas drogas.

O fluxo de atendimento ocorre quando o usuário de saúde mental chega ao serviço, pelas portas de entrada, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Centro de Saúde municipal, onde acolhimento e a vinculação são as primeiras abordagens realizadas pela equipe multiprofissional que realiza a escuta e o acolhimento das demandas dos usuários e seus familiares.

Posteriormente, a oferta de atenção em saúde mental o apoio psicossocial vai ocorrer através do encaminhamento para as diversas formas terapêuticas previstas no plano municipal de ação de

cuidados em saúde mental e apoio psicossocial<sup>7</sup> ou sugerida alta com orientações para possível retorno, se resolvida a sua demanda.

Em que pese, após a identificação, a demanda é encaminhada para a unidade de referência ESF 02, constituída de equipe multidisciplinar, que avalia conforme a sua especificidade, as possíveis intervenções terapêuticas: atendimento psicológico, atendimento social, atendimento compartilhado, atendimento de urgência e emergência, consultas especializadas, atendimento em PIC's (Práticas Integrativas complementares no SUS); e grupos terapêuticos. Cabe salientar que a atenção ao usuário é realizada não apenas no âmbito da unidade de saúde, mas também em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado.

A partir desse fluxo é construído o Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente, momento em que são elaboradas e discutidas propostas coletivas de condutas terapêuticas articuladas para o indivíduo e/ou família, com o objetivo de falar do diagnóstico, definir metas, compartilhar o cuidado e reavaliar a situação quando necessário. Para isso, é necessária a interdisciplinaridade entre os profissionais, é nesse momento que ocorre às dificuldades.

A produção destas redes de cuidado se configura o maior desafio dentro da rede de saúde mental na atenção primária, uma vez que as práticas e concepções profissionais, muitas vezes, atuam de maneira isolada, individual e centralizada, o que acaba reproduzindo uma atenção à saúde fragmentada e voltada ao controle em relação ao outro, privando as possibilidade de uma construção compartilhada entre profissionais, indivíduo e família. Essa visão na maior parte das vezes centraliza o poder de avaliação no modelo médico assistencial, levando em consideração apenas fatores biológicos, excluindo as influências psicológicas, ambientais e sociais presentes na demanda.

Outro impasse é a organização e planejamento continuado e programado de reuniões de equipe e de rede para planejar os projetos de vida dos usuários, uma vez que os profissionais demonstram falta de interesse e apropriação teórica para discutir os casos que demandam cuidado em saúde mental em seu território, por vezes, por considerarem repetitivo e desnecessário.

Essa ferramenta se configura o processo de matriciamento em saúde mental, que tem a função de ser uma importante estratégia para fazer valer a articulação do cuidado ampliado à saúde, por meio da das discussões de caso e observações do cotidiano. Segundo o Ministério da Saúde (2003), o

---

<sup>7</sup> Elaborado conforme orientações do modelo de Plano de Contingência e Ação Estadual do Rio Grande do Sul para Infecção Humana COVID-19, disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202006/25174120-plano-de-acao-corona-2020-rsversao-12.pdf>

matriciamento consiste em um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

A partir da vivência nesse espaço sócio-ocupacional, é possível perceber como ainda ocorre a visão carregada de estigmas e segregação para com as singularidades dos sujeitos com necessidade de atendimento em saúde mental, uma vez que os profissionais atendem a demanda através de procedimentos e centralização do cuidado somente nas especialidades, utilizando práticas de medicalização e controle da vida como formas de assistência às pessoas com transtornos mentais. As autoras Lauerman e Borges (2014) ancoradas na obra de Foucault refletem que:

Frente a esse apanhado histórico e social, percebe-se que a loucura foi historicamente “construída” enquanto categoria médica e social. Diferentes épocas produziram distintos saberes sobre ela, o que evidencia a impossibilidade de se pensar a doença mental como naturalizada no corpo, pois ela foi histórica e socialmente produzida por um saber médico psiquiátrico, o qual adquiriu o monopólio sobre a “verdade” da loucura. (LAUERMAN, BORGES, 2014, p.03, apud FOUCAULT, 1988).

É imprescindível romper com a visão centralizadora de abordagens em usuários de saúde mental somente com medicamentos e procedimentos, sem levar em consideração a integralidade do cuidado em saúde que compõem as diretrizes da atenção básica.

Ferreira et al. (2016 apud Foucault 1984) reflete que a medicalização é utilizada como dispositivo de controle dos corpos e da vida. De um modo geral, essa é uma alternativa de cunho imediatista, ficando o ato de cuidado atrelado apenas em medicalização e procedimentos, tais como atendimentos de urgência e emergência, internação hospitalar, e institucionalização.

Assim, esse contexto, pressupõe a construção de novas alternativas de cuidado em saúde mental que visem à autonomia dos usuários sob suas próprias vidas, em prol do protagonismo social. As mudanças dessas práticas de cuidado consistem em ações de agenciamento com o território, identificando as pessoas que nele habitam. Para isso é fundamental vincular essa noção de território às práticas cotidianas dos serviços.

Os princípios, diretrizes e dispositivos da abordagem territorial consistem em vínculo, ação territorial, responsabilização, projeto terapêutico singular, matriciamento, construção de projetos de vida, redução de danos, gestão do cuidado. Essas são importantes estratégias para superação dos desafios e elas devem ocorrer através da produção de cuidado compartilhado a partir do matriciamento como articulador das ações nas RAS. Campos (2007) pontua que o apoio matricial em

saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde.

Conforme pontua, Figueiredo e Onocko Campos (2009) todas essas questões, que foram mencionadas anteriormente, podem dificultar o trabalho do apoio matricial, se os profissionais não tiverem espaços de reflexão e formação permanentes para processá-las, que sejam capazes de realimentar constantemente a potencialidade do apoio matricial, essa medida é fundamental para que as práticas não fiquem fadas em processos de hierarquização e especialidades baseados somente em procedimentos.

Como é possível perceber, é desafiador operacionalizar os fluxos de tratamento e referenciamento de saúde mental em uma unidade de saúde da família. Mais desafiador ainda, quando se trata de um município de pequeno porte e distante geograficamente das regiões onde estão localizadas as referências especializadas no cuidado em saúde mental. Assim para que o trabalho seja realizado é imprescindível fortalecimento de espaços de diálogo entre equipes de referência e partes envolvidas no processo de cuidado compartilhado. Uma importante estratégia é a consolidação periódica do matriciamento, visando tratar dos projetos de vida dos usuários de saúde mental e dos processos de trabalho dos serviços que compõem a rede de atenção primária em saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A atenção Psicossocial na rede de cuidados em saúde é uma realidade ainda inicial, com necessidade de mudanças, sociais e institucionais. O desafio exige um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico, de forma a abranger as demandas trazidas pelo paciente e sua família. A realidade de hoje, mostra que muitos municípios ainda não dispõem de uma rede de atenção mental própria ou pactuada. Além disso, o simples fato de possuir um serviço substitutivo, um CAPS, não implica o funcionamento de uma rede que se pretende também substitutiva. O círculo de cuidado, neste ano de 2020, mostra-se ainda mais desafiador em tempos de pandemia, onde o paciente regressa para a necessidade de reclusão e pouco contato social.

Destaca-se no decorrer do texto o viés interdisciplinar das equipes de saúde, estimulando atividades conjuntas entre os saberes e especialidades, superando respostas meramente técnicas e mecanizadas, mesmo para aqueles municípios que não possuem uma rede de cobertura completa.

Ao mencionar as atividades conjuntas na rede de atendimento remete-se para a lógica de mudanças relacionadas à concepção de cuidado e a corresponsabilização. Portanto, a Atenção Básica

se apresenta como um mecanismo possível para impulsionar novo trato com a loucura, desfazendo e construindo nas comunidades propostas de trabalho criativas, propositivas e acolhedoras diante do contexto pandêmico.

Assim, a necessidade da discussão de casos entre a equipe multidisciplinar torna-se imprescindível, não somente tratar a questão medicamentosa do paciente, mas também, se ater aos cuidados demandados com o olhar de cada profissional que faz parte da equipe. Logo, o plano terapêutico deve ser construído, analisado, repensado e posto em prática em um conjunto de ações, saberes. Não desconsiderar que cada paciente é singular, cada família, cada agente social que faz parte da vida social deste paciente pode sim ser uma peça importante no andar do tratamento.

Diante do exposto, compreende-se que um dos principais desafios do cuidado da saúde mental na atenção básica deve ser uma construção coletiva, com base no trabalho multidisciplinar e intersetorial entre as redes de atenção à saúde mental. Superando a lógica de cuidado centralizada no modelo médico assistencial, baseada na medicalização e procedimentos, sem levar em consideração a integralidade do cuidado em saúde, que compõem as diretrizes da atenção básica. É necessário romper com as visões centralizadoras, e segregadoras das singularidades dos usuários com respostas superficiais e fragmentadas em prol da garantia do cuidado integral dos usuários da saúde mental nos diversos níveis de atenção.

## **REFERÊNCIAS**

BERLINCK, M. T.; Magtaz, A. C. & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 11, 21-27. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142008000100003&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 31 Out. 2020.

BRASIL. Casa Civil. Resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental são divulgados. Brasília, DF, Set.2020. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/setembro/resultados-preliminares-de-pesquisa-sobre-saude-mental-saodivulgados> . Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: MS; 2003. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>. Acesso em: nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas.

Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 29.Out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAETANO, S.; DAIN, S. O Programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1. 2002, p. 11-21. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312002000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312002000100002&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 28 Out.2020.

CAMPOS, G.W.S; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):399-407. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext). Acesso em: 08 Nov 2020.

CAVALCANTE, C.M, Pinto DM, Carvalho AZT, Jorge MSB, Freitas CHA. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Rev Brasileira em Promoção da Saúde* 2011; 24(2):102- 108.

CAVALCANTI, P.C. et al. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na Visão dos Gestores Municipais? *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 323-336, jun. 2015. Acesso em: 30 Out. 2020.

DOBIAS, D.V; Fioroni, L.N. **A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: Considerações sobre a história e a atualidade**. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.*, p. 285-299. São Paulo, 2010.

DUARTE. M. Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** vol.25 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2020 Epub Aug 28, 2020.

FERREIRA, T.P.S, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):373-84.

FIGUEIREDO MD, Campos R.O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o Apoio Matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde Debate** 2009; 32(79):143-149.

JUNQUEIRA, L. A. P. (2004). Descentralização, intersetorialidade e rede na gestão da cidade. **Organizações & Sociedade**, 11. Recuperado de [//periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/12639](http://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/12639) Acesso em: 29 Out. 2020.

LAUERMANN,J.D; Borges, Z.N. Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais da saúde?. **Revista de Psicologia da UNESP**, p. 11-20, Jun.2014.Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v13n1/a02.pdf> . Acesso em: 01 Nov.2020.

LOBOSQUE, A.M. (2011). Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (12),4590-4602. LYRA, M.A.A. Desafios da Saúde Mental na Atenção Básica. Cadernos IPUB, Rio de Janeiro, v.13, n.24, p.57-66, mar-abr 2007.

MALTA, D.C. (2001). Buscando novas modelagens em saúde: Projeto Vida e do Acolhimento para mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. (Doutorado). Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/313169>. Acesso em: 25 out. 2020.

MEDEIROS, S. M. & Guimarães, J. (2002). Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Ciênc. Saúde Colet.**, 7, 571-579.

MUCCI, Samantha et al . Saúde mental nas práticas em saúde: a experiência do PROLIG. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 646-659, set. 2008 .

NOAL, D.S et.al. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID19** - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342p.

ONOCKO, D; R.T. & Furtado, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, 22 (5),1053-1062. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação- relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

PAGNO, Marina. **Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia**. Brasília, DF, out. 2020.

PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto alegre: Sulina, 2013. 151 p.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte: Te Cora. 1999.

SCHNEIDER, A.R. **A construção da rede de saúde mental de um município do sul do Brasil**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, 28. 2008.

SPADINI, L. S. & Souza, M. C. B. de M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 40, 123-127. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100018&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acesso em: 30 Out. 2020.

SPADINI, L. S. & Souza, M. C. B. de M. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 40, 123-127.



VALENTIN C.P.B, Jucá VJ, Nunes M. 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**. 2007; 23(10):2375-84.