

Saúde mental brasileira - experiências, avanços e desafios

Brazilian mental health - experiences, advances and challenges

Salud mental brasileña - experiencias, avances y desafíos

Recebido: 13/10/2022 | Revisado: 23/10/2022 | Aceitado: 24/10/2022 | Publicado: 29/10/2022

Paloma Gomes de Araújo Magalhães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3280-4236>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: palomaen07@gmail.com

Maria Esméria Neta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8003-4865>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: mariaesmerianeta@yahoo.com.br

Emmilly Lucciane Alves Maria

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9237-1172>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: luccianemmilly@gmail.com

Émile Lílian Pereira de Oliveira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0993-9685>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: emilelilian@gmail.com

Aline Gonçalves Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5068-8075>
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil
E-mail: alinegoncalvesferreira@gmail.com

Lais Lopes Amaral

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3273-6835>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: laislamaral.enf@gmail.com

Greicy Kelly Duarte de Oliveira Lopes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6438-5048>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: greicyduarte078@gmail.com

Eduardo Ferreira Moura Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1215-5731>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: enferedu07@gmail.com

Janine Pereira Meira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1539-9651>
Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais, Brasil
E-mail: janinemeira2021@gmail.com

Leydiane Martins Souza Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1628-7734>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: leydianemartinsenf@gmail.com

Marlete Scremin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1139-7501>
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina, Brasil
E-mail: marlete@ifsc.edu.br

Livia Alves Lacerda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7032-1905>
Faculdade de Saúde e Humanidades Ibituruna, Brasil
E-mail: livialalveslacerda@gmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer os avanços descritos na literatura referente aos avanços no campo da saúde mental brasileira. **Materiais e Métodos:** A temática foi abordada por meio de revisão integrativa da literatura. Realizou-se um levantamento nas bases de dados BDENF, LILACS e SciELO. Os seguintes descritores foram utilizados combinados de dois a dois: saúde mental, enfermagem e desinstitucionalização. Fizeram parte do estudo artigos científicos em português que disponibilizassem o resumo nas respectivas bases de dados e com corte temporal nos últimos 21 anos. **Resultados e Discussão:** Após a análise dos dados identificaram-se quatro categorias: Saúde mental historicamente construída, Avanços na saúde mental brasileira, Saúde mental e atenção primária à saúde. **Considerações Finais:** A

busca de apoio na atenção primária, bem como os Centros de Atenção Psicossocial, os Centro de Convivência, grupo de produção, moradias, retaguarda (noturna/feriados/finais de semana) representam conjuntamente avanços no campo da saúde mental brasileira, repercutindo diretamente no cuidado dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde mental; Política pública; Desinstitucionalização.

Abstract

Objective: To know the advances described in the literature regarding advances in the field of Brazilian mental health. *Materials and Methods:* The theme was addressed through an integrative literature review. A survey was carried out in the BDENF, LILACS and SciELO databases. The following descriptors were used combined from two to two: mental health, nursing and desinstitutionalization. Scientific articles in the study were Portuguese that made the abstract available in the respective databases and with temporal cut in the last 21 years. *Results and Discussion:* After data analysis, four categories were identified: Historically constructed mental health, Advances in Brazilian mental health, mental health and primary health care. *Final Considerations:* The search for support in primary care, as well as psychosocial care centers, the Community Centers, production group, housing, rear (night/holidays/weekends) jointly represent advances in the field of Brazilian mental health, directly reflecting on the care of health professionals.

Keywords: Mental health; Public policy; Deinstitutionalisation.

Resumen

Objetivo: Conocer los avances descritos en la literatura sobre los avances en el campo de la salud mental brasileña. *Materiales y métodos:* El tema fue abordado a través de una revisión integradora de la literatura. Se realizó una encuesta en las bases de datos BDENF, LILACS y SciELO. Se utilizaron los siguientes descriptores combinados de dos a dos: salud mental, enfermería y desinstitucionalización. Los artículos científicos en el estudio fueron portugueses que pusieron el resumen a disposición en las respectivas bases de datos y con corte temporal en los últimos 21 años. *Resultados y Discusión:* Después del análisis de los datos, se identificaron cuatro categorías: Salud mental construida históricamente, Avances en la salud mental brasileña, salud mental y atención primaria de salud. *Consideraciones finales:* La búsqueda de apoyo en la atención primaria, así como en los centros de atención psicossocial, los Centros Comunitarios, el grupo de producción, la vivienda, la retaguarda (noches / días festivos / fines de semana) representan conjuntamente avances en el campo de la salud mental brasileña, reflexionando directamente sobre la atención de los profesionales de la salud.

Palabras clave: Salud mental; Políticas públicas; Desinstitucionalización.

1. Introdução

A partir do nascimento da sociedade moderna, a loucura passou a ser enxergada de uma forma muito diferente. Na Antiguidade e na Idade Média, os chamados loucos gozavam de certo grau de liberdade, muitas vezes circulando e compondo o cenário das linguagens sociais. É verdade que sempre existiram maneiras de encarceramento dos loucos; igualmente, desde a Antiguidade, a Medicina se ocupava deles; eram também abordados por práticas mágicas e religiosas; muitos, ainda, vagavam pelos campos e pelas cidades. Contudo, nenhuma dessas formas de relação da sociedade com a loucura prevalecia, variando sua predominância consoante as épocas e os lugares (Minas Gerais, 2006).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como característica, tentar superar o cenário histórico de assistência e maus-tratos e a construção de novos espaços de intervenção assistencial. Atualmente, o Ministério da Saúde vê a Reforma Psiquiátrica como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais em torno do “louco” e da “loucura”, mas especialmente em torno de novas políticas públicas para lidar com a questão. Trata-se de um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública (Mendes, et al., 2021; Brasil, 2005).

Esta nova proposta de atenção à saúde mental, tem como princípios fundamentais: organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção a cidadania e construção de autonomia para pacientes e familiares (Jafelice, et al., 2020; Brasil, 2003).

O acesso à atenção em saúde mental aumentou, chegando a 63% de cobertura, com forte participação da atenção

básica e de ações intersetoriais como inclusão social pelo trabalho, assistência social e promoção de direitos. Cerca de 16.000 leitos com baixa qualidade assistencial foram fechados de forma pactuada e programada. Os hospitais psiquiátricos ficaram menores, e 44% dos leitos de psiquiatria estão situados em hospitais de pequeno porte. Pessoas com longo histórico de internação foram desinstitucionalizadas. Desde 2006, os gastos federais com ações extra-hospitalares nessa área aumentaram em relação aos gastos hospitalares. No ano de 2009, por exemplo, 67,7% dos recursos federais para a saúde mental foram gastos com ações comunitárias (Moraes, et al., 2020; Brasil, 2010).

A experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente e traz em si a conformação dos valores e normas de uma determinada sociedade e época histórica. Em outras palavras, aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social (Faria, et al., 2021; Santos, 2009).

É estimado para a próxima década um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (Moraes, et al., 2020; OMS, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) 2001 estima que para a próxima década haverá um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade. A legislação configura-se como um instrumento importante para garantir a atenção e o tratamento adequados e apropriados, a proteção dos direitos humanos de pessoas portadoras de sofrimento mental e a promoção da saúde mental das populações. Interessante destacar que esse processo de reforma no Brasil, hoje, é amparado pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (Caldas, et al., 2021; Brasil, 2001).

Deve-se redefinir a atenção à saúde mental, colocando um novo paradigma de saúde colocando a assistência como algo prazeroso para o profissional e para o cliente e não como uma mera obrigação. E há necessidade de reinserção do doente mental em um contexto onde devemos não só incluí-lo na sociedade, mas permitir a sua autonomia para realizar tarefas e estruturar vínculos afetivos (Faria, et al., 2021; Neves, et al., 2010).

Na prática cotidiana, o acolhimento não está colocado como uma ferramenta do cuidado, o que dificulta o tratamento das principais demandas de saúde mental. As facilidades com relação às ações de saúde mental pressupõem a possibilidade de disponibilizar a medicação, como a maior atividade de saúde mental. Outra dificuldade relaciona-se à resistência da equipe na abordagem de tais casos (Caixeta & Moreno, 2008). Nesse sentido, esse estudo buscou conhecer os avanços descritos na literatura referente aos avanços no campo da saúde mental brasileira.

2. Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa sobre os avanços no campo da saúde mental brasileira. A revisão integrativa, é a mais abrangente abordagem metodológica das revisões, possibilitando a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para um entendimento completo do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um grandioso leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. A ampla amostra, juntamente com a multiplicidade de propostas, deve gerar um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos, teorias ou problemas de saúde relevantes para a enfermagem (Whittemore & Knaf, 2005).

Os critérios de inclusão definidos foram (1) artigos disponibilizados nos respectivos bancos eletrônicos, (2) artigos compreendidos em um corte temporal de 21 anos em razão de ser um marco temporal da assistência à saúde mental no Brasil com a publicação da lei nº10.216 de 2001, (3) trabalhos originalmente na língua portuguesa, inglesa ou espanhola e (4) materiais e publicações do ministério da saúde do Brasil, disponível online, consoante ao propósito do presente estudo de conhecer a evolução da saúde mental no decorrer do referido corte temporal e em ordem nacional e que se firmam como

importantes referências na conduta profissional no âmbito coletivo e individual.

A busca pelos artigos ocorreu em quatro etapas. Na primeira etapa, foram definidas as bases de dados para identificar e selecionar os artigos, sendo essas representadas pelas bases BDEF, Scielo e LILACS. A segunda consistiu na definição dos descritores inseridos na busca e nos critérios de inclusão. Os termos utilizados na seleção foram delimitados, a partir das palavras-chave presentes em artigos adequados ao tema, lidos previamente de forma não sistemática e por meio de consulta às coleções de termos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), os descritores utilizados foram: Na terceira etapa, realizou-se uma leitura dos artigos selecionados, a fim de se identificarem os trabalhos que se relacionavam com o tema proposto e que se adequaram aos critérios de inclusão. A quarta etapa refere-se à análise e ao estabelecimento das categorias.

3. Resultados e Discussão

Partiu-se da sistematização de quatro categorias que representam o eixo em torno do qual o produto da dinâmica realizada se articula, a saber: Saúde mental historicamente construída, Avanços na saúde mental brasileira, Saúde mental e atenção primária à saúde.

Saúde mental historicamente construída

A abordagem da loucura, ao longo da história, aponta para a constatação de que à medida que a sociedade se desenvolve, muda-se a compreensão de causalidade e intervenção no processo saúde-doença. Assim, na antiguidade, os chamados loucos gozavam de certo grau de liberdade, muitas vezes circulando e fazendo parte do cenário e das linguagens sociais. No entanto, sempre existiram os encarceramentos de loucos e convivência entre práticas médicas, a magia e o misticismo (Minas Gerais, 2006).

Apenas a partir do século XIII, com as exigências de uma sociedade cada vez mais industrial, o hospital psiquiátrico passa a ser o local escolhido para internação de pessoas que não encontravam lugar nessa nova ordem: os mendigos, os desocupados, os loucos e outros. Assim, com a Revolução Francesa, a loucura passa a ter forte abordagem médica com a reclusão dos loucos em manicômios, no intuito de isolá-los para observá-los e curá-los através da observação contínua e tratamento moral, possibilitando assim, o nascimento da psiquiatria (Desviat, 2010; Bezerra, 2022).

Assim esse modelo asilar de abordagem à loucura passa a ser questionado veementemente no final da II Guerra mundial devido ao agravamento das situações de abandono, isolamento e maus-tratos, em seus interiores, surgindo, então, os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo (Giovanela, 2008).

No Brasil, ao final dos anos 50, a situação era grave nos hospitais psiquiátricos: superlotação, recursos humanos insuficientes, maus tratos, péssimas condições físicas, cuidados técnicos escassos e automatizados. No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. Eram raras outras alternativas de assistência, mesmo a ambulatorial (Minas Gerais, 2006).

Nesse contexto, surgem várias denúncias e críticas que apontavam os graves problemas da assistência psiquiátrica no país e propunha formas de trabalho que pudessem romper com esse modelo. Neste sentido, têm-se como marcos históricos, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, em que foi possível a interlocução com a importante experiência italiana da psiquiatria democrática, e o II encontro do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru- São Paulo, 1987, que defendeu o lema “por uma sociedade sem manicômios”, ampliando a discussão para todo o país (Amarante, 2021).

Uma atenção integral, conforme preconiza o SUS, só será possível através da troca de saberes e profundas alterações nas estruturas de poderes estabelecidos pelos serviços de saúde. Dessa forma, faz-se necessário instituir um trabalho

interdisciplinar, fazendo uso de uma rede de cuidados, permitindo uma articulação entre as ações (Bezerra, 2022; Figueiredo & Campos, 2008).

Avanços na saúde mental brasileira

No Brasil, a partir da década de 70, diante das políticas de cunho racionalista adotadas pelo setor de saúde, os serviços de saúde ganham destaque como forma de alcançar os objetivos propostos. Através da Reforma Sanitária e das propostas de mudança do modelo assistencial, que se processaram no fim dos anos 80 e têm tentado se efetivar desde a década de 90, as equipes de saúde ganharam relevância pelo comprometimento com a integralidade das ações e com a melhoria da qualidade dos serviços prestados. O campo da saúde pública se torna interdisciplinar, em meados do século XX, quando a crise político-ideológica, que imperava no setor, impulsionou modificações no conceito de saúde e foram introduzidos, gradualmente, outros saberes para a reflexão do campo da saúde. A introdução de disciplinas como Direito, Ética e Ciências Sociais reforça o apoio às ciências biológicas, até então sufocadas por disciplinas biologicistas, ligadas somente à preservação da vida (Costa, 2012).

Para o Ministério da Saúde a rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial aos usuários com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com o Programa de Volta para Casa. De uma forma mais abrangente, a Circular Conjunta n. 01/03 do Ministério da saúde coloca que a rede em saúde mental deve fazer uso de outros setores que possibilitem o cuidado, como a saúde, a educação, o esporte e o lazer (Brasil, 2003).

A expansão da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos serviços substitutivos em saúde mental, com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), são compreendidos como avanços na saúde pública do Brasil. Contudo, apesar de uma melhoria da assistência e de uma maior resolatividade dos problemas de saúde em níveis primários da assistência, isso não significa que se atingiu no país uma situação ideal (Brasil, 2003).

Os CAPS são considerados dispositivos estratégicos nas políticas de saúde mental do Ministério da Saúde. Pois, organizam-se pelo princípio da territorialização com resgate dos recursos comunitários no desenvolvimento de ações nos espaços de convívio social de seus usuários. Dessa forma, a reinserção social pode acontecer a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. A interlocução entre a atenção básica e os serviços de saúde mental, em especial os CAPS, faz-se, portanto, imprescindível (Dimenstein, et al., 2009).

A Reforma Psiquiátrica aponta para superação do modelo psiquiátrico, segregador e hospitalocêntrico de assistência ao portador de sofrimento mental, através de um cuidado no seu espaço social de convívio. Portanto, a atenção básica, no campo da saúde pública no Brasil, pode ser compreendida como um espaço fundamental para instituir ações de reabilitação psicossocial de base territorial. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada no Brasil em 1994, destaca-se neste cenário como prioridade nas atuais políticas de saúde, devendo esta concepção substituir a lógica assistencial centrada na doença (Dimenstein, 2009).

Há obstáculos na própria estrutura organizacional dos serviços de saúde e isso deve ser superado criando-se um ambiente onde seja facilitada a comunicação entre distintos especialistas e profissionais. É favorável, igualmente, montar-se um sistema que produza sincronia de responsabilidade pelos casos conforme a construção dos projetos terapêuticos (Figueiredo & Campos, 2008).

Nesta linha de pensamento, as práticas no modelo de saúde passaram a ser adotadas em diversas metodologias de trabalho. Conceitos de apoio matricial e de equipe de referência foram propostos dentro da linha de pesquisa voltada para a reforma das organizações e do trabalho em saúde. Posteriormente, essa metodologia de gestão do cuidado foi adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Algum tempo depois,

alguns programas do Ministério da Saúde, como o Humaniza - SUS, o programa de Saúde Mental e o de Atenção Básica/Saúde da Família, também incorporaram essa perspectiva (Campos & Domitti, 2007).

A clínica ampliada pressupõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade para ajudar as pessoas, não somente combatendo as doenças, mas ajudando-lhes na auto-compreensão integrada, que leve à transformação, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não seja um empecilho para se viver novas experiências (Brasil, 2004). A clínica foi ampliada com o método de compreensão do sujeito como biopsicossocial, com demandas particulares que se modificam com o tempo e com o contexto histórico. Em contrapartida estão os conceitos de clínica degradada e tradicional. Campos e Amaral (2007) afirma que descrever não é avaliação de risco, pois não é tratamento da doença, mas do sintoma; ao contrário disso, o tratamento das doenças, enquanto ontologia, é focado no curar, não na prevenção.

A rede de saúde mental preconizada pelo Ministério da Saúde também deve constituir-se como mecanismo assistencial que possibilita a atenção psicossocial de pessoas acometidas de transtornos mentais, através de vários dispositivos assistenciais como: Estratégia Saúde da Família (ESF), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Convivência, grupo de produção, moradias, retaguarda (noturna/ feriados/ finais de semana), Programa de Volta para Casa, ações interceptoras, mobilização e controle social. Estes projetos têm o objetivo de orientar o modelo da assistência baseado em diferentes ações de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2004).

O modelo da saúde mental e da atenção psicossocial deve realizar-se como um processo complexo, baseado em algo que caminha e se transforma permanentemente, onde surgem novos elementos e novas situações a serem enfrentadas. Isso implica em novos atores sociais, novos interesses ideológicos, novas visões de mundo, novas concepções teóricas – religiosas, éticas, etnias, onde tudo se constitui em dimensões simultâneas que, ora se conjugam, ora conflitam, produzindo, constantemente, paradoxos, contradições, consensos e tensões (Amarante, 2021).

Cite por fim como avanço no campo da saúde mental a Estratégia Saúde da Família, que se coloca como principal dispositivo para o exercício de uma nova forma de assistência em Saúde Mental. Também reforça-se mais uma vez, os CAPS que são considerados os organizadores da rede e como tal devem buscar o estreitamento de laços entre o campo da Saúde Mental e da ESF. Para tanto, será necessário solidificar seus princípios fundamentais para agenciar o processo de reconstrução das práticas, no entanto, sem incorrer no erro de reproduzir as técnicas tão questionadas do modelo hospitalocêntrico ao se aproximar das comunidades (Consoli, et al., 2009).

Saúde mental e atenção primária à saúde

Apresenta-se como um desafio a reinserção do portador de sofrimento mental na sociedade e esse deve ser apoiado e auxiliado pela ESF (Ribeiro, *et al.*, 2010). O princípio da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e pressupõe a manutenção do doente mental em seu território, no seu cotidiano, evitando a internação e, se for necessária, que seja de curta duração e preferencialmente em emergência psiquiátrica, possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com seus familiares e seus amigos (Correia, *et al.*, 2011).

As ações de saúde mental na atenção primária devem seguir o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outros níveis de assistência, visando o estabelecimento de vínculos e acolhimento adequado (Cruz, et al., 2020; Brasil, 2003).

As atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde da família não possibilitam a identificação e a descrição da demanda, e o envolvimento com a área da saúde mental não é, portanto, sistemático e planejado. Dessa forma, a assistência é realizada de forma improvisada, e tudo é feito informalmente ao se estabelecer contato com a pessoa em sofrimento psíquico que se apresenta no serviço (Luchesseet, *et al.*, 2009).

É citado na literatura existem oficinas desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família sendo realizadas ações que visem ao indivíduo com transtorno mental uma distração, como caminhadas, oficinas de artesanato e por vezes até ganho financeiro (Cruz, et al., 2020; Correia, *et al.*, 2011).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (Rocha, et al., 2021; Brasil, 2003)

Não basta inserir profissionais de saúde mental na atenção básica; e nem é suficiente planejar ações de supervisão às equipes da ESF. É necessário ter profissionais capacitados e habilitados para detectar problemas de saúde mental em seu território e propor formas de intervenção adequadas, além de criar redes de cooperação e coordenação entre os dois níveis, com a participação dos trabalhadores e com mecanismos institucionais claros que articulem essas equipes cotidianamente em relação à organização do trabalho (Rocha, et al., 2021; Camuri & Dimenstein, 2013).

Procurando amenizar esta dificuldade de manejo de portadores de transtornos mentais na Atenção Básica, o Ministério da Saúde, através da portaria 154/2008, recomenda a contratação um profissional da área de saúde mental para cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2008). Depreende-se que de uma forma geral, há uma reorganização no âmbito da atenção primária para os cuidados aos pacientes com sofrimento mental.

4. Considerações Finais

Os estudos aqui analisados são unânimes em afirmar que ocorreram transformações no campo da saúde mental brasileira, no conceito e viabilidade da atenção básica, na valorização da autonomia e proximidade do paciente com sofrimento mental, entre outras estratégias como os centros de Atenção Psicossocial, os Centro de Convivência, grupo de produção, moradias, retaguarda (noturna/ feriados/ finais de semana) e alinhado a todo esse processo deve haver uma reorganização na práxis dos profissionais de saúde para atender a demanda ao paciente, tão peculiar, da saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica contextualizada com a Reforma Sanitária no Brasil propõem ambas, uma superação do modelo assistencial de saúde hegemônico que deflagrou hoje o que pode-se chamar de crise na saúde. Na saúde mental, isso é percebido pela presença de uma assistência que privilegia os elementos psiquiátricos e medicalizadores não assegurando, muitas vezes, o incremento da dimensão social, subjetiva e psíquica do portador de sofrimento mental e fazendo o uso de forma prevalente do dispositivo da internação psiquiátrica.

Nesse sentido, como o enfermeiro é o profissional que conduz as ações da equipe da ESF, é importante que ele esteja habilitado para o desenvolvimento de atividades e cuidados na atenção à saúde mental que visem reforçar o cuidado, já que muitas vezes, como verificado neste estudo, nem a família, nem o portador de sofrimento mental são atendidos em todas as suas necessidades.

As mudanças decorrentes da reforma psiquiátrica e a necessidade de sua implementação pelos profissionais de saúde tornam-se desafiadoras. Outro resultado verificado é a necessidade constante de reflexão sobre a formação dos profissionais de enfermagem que deve estar atrelada às políticas públicas e princípios do SUS. Sugere-se a realização de pesquisas de campo para compreender na prática as transformações que ocorreram no campo da saúde mental brasileira.

Referências

- Amarante, P. (2021). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. FIOCRUZ.
- Brasil (2003). *Saúde Mental e atenção Básica: vínculo e o diálogo necessários. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). *Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). *Humaniza SUS: equipe de referência e apoio matricial*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Saúde mental em dados*. 7, ano V, nº 7 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2022 Jun. 12]. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>.
- Bezerra, E. N. R. (2022). Atenção psicossocial: ampliando o cuidado na construção de uma rede articulada em saúde mental. *Research, Society and Development*, 11(3), 1-8.
- Caixeta, C. C., & Moreno, V. (2008). O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 179-188.
- Caldas, G. R. F., Silva, J. W. L., Rodrigues, V. R. F., Santos, L. L., Nunes, L. S., Nunes, M. Z. S., & Rocha, S. A. (2021). Enfermagem e Psiquiatria – Enfermagem e Evolução: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(2), 1-8.
- Camuri, D., & Dimenstein, M. (2013). Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc*, 19(4), 803-813.
- Campos, G. W. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 23(2), 399-407.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859.
- Correia, V. R., Barros, S., & Colvero, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP*, 45(6), 1501-1506.
- Costa, R. P. (2012). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(8), 107-112.
- Consoli, G. L., Hirdes, A., & Costa, J. S. D. (2009). Saúde mental nos municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da reforma psiquiátrica. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(1), 117-128.
- Cruz, D. D., Carvalho, M. F. A. A., & Freire, A. K. S. (2020). A enfermagem no contexto da atenção psicossocial: imbricações manicomial. *Research, Society and Development*, 9(9), 1-17.
- Desviat, M. A. (2010). *Reforma Psiquiátrica*. Fiocruz.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saude soc*, 18(1), 63-74.
- Faria, E. L., Paula, J. C., Moreira, J. A. M., Gontijo, L. A., Silva, T. C., & Silveira, E. A. A. (2021). Cuidado em saúde mental: uma reflexão da assistência às pessoas em sofrimento psíquico na atualidade. *Research, Society and Development*, 10(14), 1-10.
- Figueiredo, M. D., & Campos, R. O. (2008). Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. *Saúde em Debate*, 32(78), 143-149.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. (2008). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Fiocruz.
- Jafelice, G. T., Ziliotto, G. C., & Marcolan, J. F. (2020). Concepção dos profissionais de centro de atenção psicossocial sobre as políticas públicas de saúde mental. *Research, Society and Development*, 9(5), 1-15.
- Lucchese, R., Oliveira, A. G. B., Conciani, M. E., & Marcon, S. R. (2009). Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. *Cad Saúde Pública*, 25(9), 2033-2042.
- Mendes, D. C. O., Lucietto, G. C., Reis, J. B., Ferreira, L. F. V. C., Queirós, P. S., & Fiorati, R. C. (2021). Reforma psiquiátrica: Percursos, realidades e desafios. *Research, Society and Development*, 10(7), 1-10.
- Minas Gerais. (2006). *Atenção em Saúde Mental*. Secretaria de Estado de Saúde.
- Moraes, P. L. M., Pereira, E. R., Silva, R. M. C. R. A., & Medeiros, A. Y. B. B. V. (2020). A percepção da desinstitucionalização pelos profissionais da saúde mental na práxis no Centro de Atenção Psicossocial no contexto brasileiro. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-19.
- Neves, H. G., Lucchese, R., & Munari, D. B. (2010). Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev. Bras. Enferm*, 63(4), 666-670.
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Organização Mundial da Saúde.

Ribeiro, L. M., Medeiros, S. M., Albuquerque, J. S., & Fernandes, S. M. B. A. (2010). Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? *Rev. Esc. enferm. USP*, 44(2), 376-382.

Rocha, A. S., Gomes, B. M. G., Meneses, R. S., Batista, M. A. S., Gonçalves, R. C. M., Batista, T. S., & Ferreira, S.L. (2021). Atuação do enfermeiro ao paciente portador de transtorno mental. *Research, Society and Development*, 10(1), 1-8.

Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.

Whittemore, R. K., & Nafil, K. (2005). The integrative review: update methodology. *J Adv Nurs*, 52(5), 546-553.