

Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações

Marcelo Dalla Vecchia¹
Sueli Terezinha Ferreira Martins²

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. De-institutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings: contributions towards implementation of actions. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

This paper starts from current interest in linkages between mental healthcare and primary care. After a brief historical and conceptual synthesis of this field, operational issues relating to de-institutionalization of care for people with mental disorders within primary healthcare settings are discussed. From analysis of some studies and experiences, the fundamental components for advancing in this direction are then highlighted: (1) development of communication processes that aim towards enhancing professional skills; (2) overcoming of the centralization around actions restricted to traditional settings; (3) maintenance of continual questioning regarding the risk of psychiatrization of mental healthcare; (4) overcoming of conceptions that place blame on family groups; and (5) investment in training for primary healthcare teams for the multiple dimensions of mental healthcare. Thus, some possible paths and directions for designing mental healthcare actions within primary care from a perspective away from the loony bin approach are pointed out.

Key words: Primary care. Psychiatric reform. Anti-loony bin movement. Family health. Mental health.

Parte-se do interesse dispensado contemporaneamente às articulações entre saúde mental e atenção básica. Após uma breve síntese histórica e conceitual neste campo, discutem-se aspectos operativos da desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica. Com a análise de alguns estudos e experiências são destacados, a seguir, componentes fundamentais para avançar neste sentido: (1) desenvolver processos de comunicação que visem ampliar a legibilidade profissional, (2) superar a centralização em ações restritas aos enquadres tradicionais, (3) manter questionamento permanente com relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental, (4) superar concepções culpabilizantes do grupo familiar, e (5) investir na formação das equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental. Apontam-se, desta forma, alguns caminhos e direções possíveis para o desenho de ações de saúde mental na atenção básica que tenham, no horizonte, a perspectiva antimanicomial.

Palavras-chave: Atenção básica. Reforma psiquiátrica. Luta antimanicomial. Saúde da família. Saúde mental.

¹ Psicólogo. Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, Chanadour, Divinópolis, MG, Brasil. 35.501-296 mdvecchia@yahoo.com.br

² Psicóloga. Departamento de Neurologia, Psicologia e Psiquiatria, FMB/Unesp.

Introdução

Contemporaneamente, vem sendo concedida relevante atenção, no âmbito das políticas públicas de saúde brasileiras, no interior do Sistema Único de Saúde (SUS), para a articulação entre: (1) serviços que dispensam cuidados a pessoas com transtornos mentais substitutivos ao hospital psiquiátrico – no interior dos quais se busca espaço para implementar processos de transformação no sentido da superação da lógica manicomial (centros de atenção integral à saúde, centros regionais de saúde mental, centros de atenção psicossocial, centros de convivência, serviços residenciais terapêuticos etc.) – e (2) a ampla rede assistencial de atenção básica, cujas ações estruturam-se em unidades básicas de saúde (UBS), com ou sem equipes de saúde da família, e que também vêm enfrentando um processo de reorganização na direção da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entende-se que há uma dimensão fértil, produtiva na referida articulação, sendo demarcados, por um lado, os princípios da reforma psiquiátrica brasileira e, por outro, os princípios do movimento da reforma sanitária.

Do ponto de vista conceitual, a ESF é atualmente adotada como estratégia privilegiada para a reorganização da atenção básica em saúde, reafirmando os princípios do SUS (Brasil, 2006). Imediatamente, ressoam os seguintes princípios nas propostas de desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais: atenção à saúde em equipe multiprofissional, integralidade (das profissionalidades, das disciplinas e do cuidado), responsabilidade da equipe vinculada a um território de base comunitária, intersetorialidade e integração em rede do nível primário ao especializado com enfoque interinstitucional (Nunes, Jucá, Valentim, 2007).

Vale ressaltar, porém, que a “materialização” destes princípios se apresenta sob um aspecto objetivo, operacional, requerendo uma análise a respeito da medida em que esta articulação favorece, potencializa ou amplia a reorganização do processo de trabalho das equipes de atenção básica na produção de cuidado antimanicomial. Ainda que não seja este o objetivo deste trabalho, pesquisas e relatos de experiência vêm mostrando que, dentre outros efeitos, investir nesta reorganização amplia a resolubilidade da atenção (Franco, Bueno, Mehry, 1999), favorece a integralidade do cuidado (Albuquerque, Stotz, 1999) e autoriza o estabelecimento de relações entre acolhimento e processo de trabalho em saúde (Schimith, Lima, 2004). O dado de que o alcance da ESF tem se mostrado restrito em regiões metropolitanas (meta de cobertura de até 30% da população) sugere que processos de reorganização da atenção básica não devam ser atrelados isoladamente à implementação da ESF, especialmente nestas regiões (Vianna, Fausto, 2005, apud Pedrosa, Pereira, 2007).

Em relatório de gestão do período de 2003 a 2006, da Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, fica evidente o esforço que vem sendo empreendido no sentido de não reduzir a reforma psiquiátrica à desospitalização, colocando em pauta ações na atenção básica como componente fundamental da desinstitucionalização do cuidado a pessoas com transtornos mentais, nos últimos anos.

Neste período, a estratégia de implementação de equipes matriciais de referência em saúde mental tem sido articulada e ampliada junto aos gestores municipais (Brasil, 2007). Este processo culminou na edição da Portaria 154/2008, a partir da qual ficam criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF), incluindo a recomendação expressa de que os NASF contem com, pelo menos, um profissional de saúde mental encarregado de fazer apoio matricial (Brasil, 2008). É importante indicar que o destaque que vem sendo dado mais recentemente a esta articulação não implica que a questão seja propriamente inovadora (Dimenstein, 1998; Martins, 1993; Silva, 1988).

Internacionalmente, relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca que “muitas vezes os profissionais de atenção primária de saúde vêm (mas nem sempre reconhecem) angústia emocional”, e que o “reconhecimento e manejo precoce de transtornos mentais podem reduzir a institucionalização e melhorar a saúde mental dos usuários” (OMS/OPAS, 2001, p.90). O destaque dado, aqui, à questão da formação dos profissionais de saúde atuantes na atenção básica, bem como da promoção e prevenção da saúde mental indica, porém, que há muitos desafios neste campo, os quais exigem esforços de diversas ordens, dentre os quais: a reflexão a respeito das possibilidades e limites concretos da articulação em questão.

Focalizando o processo da reforma psiquiátrica brasileira, o presente trabalho propõe estabelecer componentes fundamentais para a implementação de ações de cuidado a pessoas com transtornos

mentais na atenção básica, por meio da análise de algumas experiências que expressam esta articulação, considerando a complexa e relativamente difusa fronteira entre as ações de cuidado em saúde mental desenvolvidas em serviços substitutivos e as ações de atenção básica. Indiretamente, por meio da discussão destes componentes, também são avaliados criticamente avanços e percalços históricos da reforma psiquiátrica brasileira.

De modo a perseguir o objeto de preocupação deste artigo, é realizado o seguinte percurso: indica-se, inicialmente, a importância do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) na demarcação de uma perspectiva de desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica, acenando positivamente para as possibilidades da articulação, no aspecto conceitual, dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reforma psiquiátrica brasileira. Na sequência, são apresentados e debatidos componentes considerados fundamentais para operacionalizar esta articulação no próprio processo de trabalho em saúde, no cotidiano da organização dos serviços de atenção básica, por meio da análise dos principais aspectos de estudos e experiências que retratam propostas concretas de articulação entre ações de saúde mental e ações de atenção básica desenvolvidas no âmbito do SUS. Finalmente, à luz dos desafios históricos colocados para o avanço da reforma psiquiátrica brasileira, discute-se a propósito dos componentes elencados, buscando apontar caminhos e direções possíveis para o desenho de políticas de atenção à saúde mental que tenham, no horizonte, a perspectiva antimanicomial, e que considerem a atenção básica como uma de suas dimensões estruturantes.

Desta forma, são levantadas questões, identificados problemas e feitos indicativos no sentido dos cuidados exigidos em termos da articulação saúde mental/atenção básica, apresentados aqui na forma de componentes. Foge do escopo deste trabalho analisar de que maneira as experiências analisadas impactaram (ou impactam, no que se refere àquelas em curso) no processo de reforma no país, o que se propõe seja objeto de pesquisas empíricas (avaliativas) futuras. Desta forma, sem a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas ao tema, prioriza-se, no presente texto, o debate teórico e conceitual, com vistas a sinalizar, a pesquisadores e formuladores de políticas públicas, aspectos julgados relevantes para a implementação de ações de saúde mental na atenção básica.

Luta antimanicomial e atenção básica: tecendo um percurso

A história da atenção à saúde mental no Brasil é marcada pela perspectiva asilar. No período da ditadura militar é notável a enorme expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados, a ponto de cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado à contratação de tais leitos no ano de 1978 (Cesarino, 1989).

A edição, pelo então Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), do "Manual de Serviços de Assistência Psiquiátrica Ambulatorial" em 1973 indicava a percepção dos gestores a respeito da necessidade de ampliar a atenção ambulatorial à saúde mental. Porém isso não representou mudanças práticas, na medida em que o INAMPS mantinha a política de contratação de leitos psiquiátricos em hospitais privados para atender a população assegurada, e um parque manicomial público para atender os não-assegurados (Rosa, 2003).

Nos primeiros anos da década de 1980, no período da co-gestão entre Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) elaborou um plano que veio a ser conhecido como "Plano Conasp", destinado a estimular a descentralização e ambulatorização da assistência à saúde, em geral, por meio das Ações Integradas de Saúde (Mendes, 1994). No campo da saúde mental, em particular, colocou-se a meta de se reduzirem em 30% as internações psiquiátricas, limitar-se o tempo médio de internação de noventa para trinta dias, e de se expandirem em 50% as consultas ambulatoriais - o que ocorreu de forma localizada e, ainda assim, com reação do setor privado (Amarante, 1995).

No que se refere às políticas de governo, observa-se, desta forma, que mesmo as "tímidas" iniciativas no sentido da redução da hospitalização provocavam reação dos donos dos manicômios, mesmo sem haver, sequer de longe, qualquer indicação da necessidade de um amplo processo de desconstrução do parque manicomial no sentido da implementação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental.

A institucionalização de um dispositivo legal que aponta claramente diretrizes para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica se dá somente no contexto que sucede a Lei Orgânica da Saúde, por meio da Portaria 224/1992 (Brasil, 2004). Resgatando os princípios do SUS, a portaria define normas para a atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial) quanto em nível hospitalar. Trata-se de um marco legal em termos das ações de saúde mental na atenção básica: o atendimento ambulatorial de demandas em saúde mental também deveria ocorrer nas UBS, como responsabilidade de uma equipe multiprofissional, composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo, assistente social) ou não (médico generalista, enfermeira, auxiliares, outros agentes de saúde).

É importante situar que, no período imediatamente anterior e posterior à “reabertura democrática” (início da década de 1980), é que se dão as mais importantes inflexões no curso da reforma psiquiátrica brasileira, consistindo em um momento de relevantes transformações na atenção à saúde mental nos planos teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Parte destas transformações é incorporada às políticas de Estado, e este processo, conflitivo, entre as demandas do MNLA e as políticas de governo efetivamente adotadas, é que veio a ser historicizado como a reforma psiquiátrica brasileira (Luzio, L’Abbate, 2006; Paulin, Turato, 2004; Tenório, 2002; Yasui, 1999; Amarante, 1997, 1996, 1995; Resende, 1987).

O MNLA, fundado no II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado no ano de 1987, em Bauru/SP, foi organizado a partir do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, agregando profissionais, estudantes, técnicos, pessoas com transtornos mentais e seus familiares em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito de atenção à saúde mental, sob a consigna “Por uma Sociedade sem Manicômios”. O movimento passa a reivindicar que a denúncia do manicômio consiste em ir além de tornar pública sua ineficácia em relação aos cuidados com o sujeito em sofrimento psíquico tão somente no plano técnico-assistencial. A superação da mentalidade manicomial implica a defesa tanto da desospitalização da população cronificada, mantida em longa permanência, quanto um processo de desinstitucionalização, ao se adotar

A direção de uma intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental – isto é, o problema – assumiu aquelas formas de existência e de expressão. Por isso, a proposição da **solução** reorienta de maneira global, complexa e concreta a **ação** terapêutica como ação de transformação institucional. (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001, p.29 – grifo no original)

Neste sentido, remete-se ao conjunto da sociedade um questionamento sobre um modo de produção e reprodução social que institui uma sociabilidade que é fonte de sofrimento psíquico, assentando-se na desigualdade. A busca de novas soluções terapêuticas não pode perder de vista que este sofrimento é capturado para o interior da nosografia médico-psiquiátrica por meio da denominada “doença mental”. Assim, a reforma psiquiátrica brasileira transcende os limites de uma preocupação restrita às políticas públicas de saúde, no espírito da própria definição de saúde consignada na “Lei do SUS”, ao acenar que, no campo do cuidado às pessoas com transtornos mentais, são requeridas intervenções interinstitucionais e intersetoriais (habitação, trabalho, esporte, cultura, lazer etc.).

Isto posto, dentre algumas das mais importantes contribuições do MNLA para a reforma psiquiátrica brasileira, destacam-se as seguintes: (1) a denúncia da invisibilidade da loucura excluída e da identidade “marginal” da doença mental, (2) a indicação da necessidade de invenção de meios técnicos que superem estratégias cerceadoras da liberdade, e (3) o questionamento da ordem social que produz a loucura.

No que tange, porém, às convergências que podem ser observadas no curso da trajetória brasileira da desinstitucionalização do cuidado às pessoas com transtornos mentais e o campo da atenção básica, há, pelo menos, outras três questões que são relevantes: (a) a necessidade de reconhecimento institucionalmente legitimado (pelas políticas de saúde) da dimensão da subjetividade na abordagem do

processo saúde-doença; (b) a necessidade de problematização da implicação/compromisso dos técnicos/profissionais com a loucura (enquanto fenômeno) e com a exclusão desta (enquanto processo), e (c) a avaliação crítica do lugar ocupado pela (e/ou delegado à) família no processo de cuidado a seus familiares com transtornos mentais.

Com relação à primeira questão, Amarante (1995) sublinha que, na trajetória sanitária da reforma psiquiátrica brasileira, a pressuposição de níveis estanques de complexidade tecnológica da assistência buscando a racionalização do cuidado teve, como efeito, a captura da pessoa com transtornos mentais ao registro da doença, abstraindo a dimensão da subjetividade das necessidades de cuidado. A desconstrução/invenção de estratégias antimanicomiais passa, necessariamente, pelo reconhecimento de que, para além de um “doente”, de um “paciente”, um sujeito portador de uma singular existência-sofrimento habita um território determinado, ao qual devem ser direcionados os esforços de cuidado. Neste sentido, em que a pessoa a ser tratada assume estatuto de agente do cuidado, tem sido possível construir “uma rede de novos serviços: espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades” (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003, p.32). É importante notar que esta rede se constitui tendo, como base, precisamente o mesmo território em que atuam as equipes da ESF, em que se realizam – ao menos é o que se preconiza: a adscrição da população nele residente, o diagnóstico situacional, o enfoque interinstitucional e intersetorial do cuidado etc.

A segunda questão, de certo modo relacionada com a primeira, indica a necessidade de se pôr em pauta a tendência de os operadores do cuidado em saúde desautorizarem o sujeito com transtornos mentais. Desinstitucionalizar o cuidado consiste na suspensão da tendência a um enquadramento nosográfico imediato, para que a forma singular de desenvolvimento do processo saúde-doença seja evidenciada e, então, visualizada a possibilidade de se instituírem determinadas práticas de cuidado (eventualmente, projetos terapêuticos-pedagógicos). Simultaneamente e, na medida em que o território é o ponto de partida da gestão do cuidado, a comunidade (familiares, vizinhança, correligionários etc.) também se inclui nesse questionamento, e pode contribuir na desinstitucionalização (Nicácio, 2001). Neste sentido, vale registrar que a ESF se favorece da inclusão do profissional agente comunitário de saúde para ampliar sua escuta e acolhimento, bem como os vínculos produzidos, portanto, com a população atendida, o que não isenta os demais profissionais da equipe de construir coletivamente estratégias para esta ampliação.

Finalmente, a terceira questão aponta que o surgimento dos familiares de pessoas com transtornos mentais, como sujeito coletivo no processo de reforma psiquiátrica, fundamentalmente a partir dos anos 90, permitiu a ressignificação do papel desempenhado pelos familiares no cuidado em saúde mental. Se, na perspectiva asilar, a família era afastada do tratamento por entender-se que as relações familiares poderiam ser patogênicas, Rosa (2003) aponta que o recrudescimento das políticas neoliberais vem impelindo à família encargos no cuidado. Conforme a autora, há cinco principais direções atribuídas à família neste período: como recurso no tratamento; como lugar de convivência; como sofredora e demandante de suporte no cuidado com o familiar com transtornos mentais; como sujeito coletivo atuante nos movimentos de reivindicação por direitos de atenção à saúde mental, e, por fim, como provedora, continuamente ou eventualmente, de cuidado para o familiar. Evidentemente, a ESF, ao considerar a família como uma unidade de cuidado, tem o desafio de manter no horizonte tais questões, no que se refere, inclusive, ao cuidado de pessoas com transtornos mentais. Além disso, a permeabilidade da atenção básica à participação popular tem a potencialidade de ampliar, na equipe, a capacidade de escuta e acolhimento – o que remete indiretamente à segunda questão elencada acima – bem como de viabilizar o investimento na organização de grupos de técnicos/profissionais da própria equipe, assim como de usuários e familiares interessados em debater os desafios colocados para a luta antimanicomial (Lüchmann, Rodrigues, 2007).

Quais seriam, porém, os componentes fundamentais da articulação atenção básica/saúde mental, levando-se em conta estudos e experiências que apontam possibilidades na desinstitucionalização do cuidado a pessoas com transtornos mentais na atenção básica? Em outras palavras, tomando a desinstitucionalização como noção-guia, em que medida estudos e experiências municipais e locais regionais, que investem nesta articulação, fornecem indicativos para a implementação de ações de cuidado a estas pessoas na atenção básica?

Componentes fundamentais da articulação atenção básica/saúde mental

Em linhas bastante gerais, a ESF se estrutura tendo como base uma equipe multiprofissional que atua a partir da adscrição e territorialização da população atendida, possibilitando continuidade da atenção e a constituição de vínculos no processo de cuidado à saúde. Como indicado anteriormente, trata-se da principal estratégia adotada atualmente pelo Ministério da Saúde para investir na reorganização do processo de trabalho na atenção básica, bem como do modelo assistencial em seu conjunto, buscando superar, na linha dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, problemas históricos da atenção à saúde no Brasil, tais quais o acesso e a integralidade. Apenas a título de ilustração, o Ministério da Saúde informa, em seu *site*, que a cobertura das equipes de saúde da família aumentou de 35,7% no ano de 2003 para 46,6% no ano de 2007.

A reorganização da atenção básica é fortemente influenciada por "inovações e mudanças no desempenho da gestão local e da relativa autonomia dos municípios em termos de implementação de atividades e programas de saúde pública" (Bodstein, 2002, p.411). Com efeito, a diretriz da descentralização e hierarquização das ações e serviços de saúde consignada no SUS confere, à dimensão locorregional, um espaço privilegiado para a análise de experiências cuja implementação reflete a incorporação das estratégias substitutivas de cuidado às pessoas com transtornos mentais à rede de atenção básica (Brasil, 2007).

Verifica-se a publicação de um número relevante de trabalhos que se preocupam com questões da atenção à saúde mental na atenção básica, abordando múltiplos aspectos desta inter-relação. Desde o aspecto operativo da articulação enfatizada no presente trabalho, destacam-se os seguintes enquanto componentes fundamentais apresentados nos estudos e relatos de experiência analisados: (1) desenvolver processos de comunicação que se destinem a ampliar a legibilidade profissional, ou seja, a capacidade de tornar acessível, aos outros profissionais, as especificidades de seu núcleo, socializando saberes e práticas (Iribarry, 2003) entre generalistas e especialistas em saúde mental; (2) superar a centralização em ações restritas aos enquadres tradicionais aos quais recorrem os profissionais do campo da saúde mental; (3) manter questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental; (4) superar concepções culpabilizantes do grupo familiar, tais como "família desestruturada", e (5) investir na formação das equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental.

O primeiro componente aponta para a necessidade de maior legibilidade entre generalistas da atenção básica e especialistas em saúde mental. Para além, propriamente, das disputas corporativas, há uma via de mão dupla requerida na articulação das ações entre estes operadores do cuidado: por parte dos primeiros, especialmente em equipes-agrupamento (Peduzzi, 2001), a ênfase biomédica no substrato anatomofisiopatológico do processo de adoecer produz uma abstração da dimensão da subjetividade no processo saúde-doença, cuja atenção requer estratégias para as quais muitos profissionais não estão e/ou não se sentem preparados para adotar. Por parte dos segundos, encontra-se uma tendência a se aferrar ao núcleo específico de sua competência profissional, reforçada por um pré-julgamento de que a complexidade dos cuidados à saúde mental não autoriza o generalista a desenvolver quaisquer ações eficazes neste campo. Experiências têm mostrado alternativas interessantes: agentes comunitários de saúde (ACS) sendo capacitados para o acolhimento de demandas em saúde mental, profissionais dos centros de atenção psicossocial (CAPS) desenvolvendo atividades de discussão de casos em UBS ou unidades de saúde da família (USF), e equipes (de atenção básica e de saúde mental) se corresponsabilizando pelo cuidado nas estratégias de matriciamento (Barban, Oliveira, 2007; Tófoli, Fortes, 2007; Silveira, 2003; Lancetti, 2000b; Pereira, Andrade, 2000; Sampaio, Barroso, 2000).

Com relação ao segundo componente, nota-se ainda consistir em um desafio, para muitos profissionais especialistas em saúde mental, prescindirem do atendimento individual como estratégia privilegiada. Alguns profissionais mais "flexíveis" (com relação ao enquadre das ações de cuidado) veem com certa reserva visitas domiciliares ou outras atividades no espaço da comunidade, quanto às possibilidades de cuidado de pessoas com transtornos mentais. Situações como violência doméstica

(contra crianças, adolescentes, idosos), assistência à população de rua e a complexa atuação diante de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, exigem, da atuação na atenção básica, uma disponibilidade para atuar em espaços “não protegidos”. Intervenções que priorizam a articulação com a rede social de apoio da pessoa e da família e ações destinadas à redução de danos são emblemáticas ao apresentar o potencial de ações “extramuros” (ou seja, centradas nas famílias e comunidade) na desinstitucionalização dos cuidados de pessoas com transtornos mentais na atenção básica (Alverga, Dimenstein, 2007; Nunes, Jucá, Valentim, 2007; Souza et al., 2007; Lancetti, 2000b).

O terceiro componente atenta para a necessidade de se manter um questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental, de modo a enfrentar, paralelamente às diversas dimensões da luta contra a lógica manicomial, o problema de décadas de intenso recurso à medicação (psicofarmacoterapia), muitas vezes enquanto estratégia exclusiva e isolada. Pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades brasileiras indica que um percentual de 3,3% da população fez uso de benzodiazepínicos pelo menos uma vez na vida (Galduróz et al., 2005); e uma pesquisa, em que foram realizadas entrevistas com pessoas residentes em área de atuação de duas equipes de saúde da família do município de Natal, mostra que esta população faz uso elevado e constante deste tipo de psicofármaco (Dimenstein et al., 2005). Atividades permanentes de discussão de casos junto a profissionais de saúde mental, por exemplo, são importantes contextos que favorecem discussão, reflexão e encaminhamento de estratégias de cuidado que considerem as múltiplas determinações do processo saúde-doença e apoiem a superação de um enquadre medicalizante no cuidado à pessoa com transtornos mentais (Modesto, Santos, 2007; Coimbra et al., 2005; Vieira Filho, Nóbrega, 2004; Lancetti, 2000a).

O quarto componente refere-se à necessidade de se superarem concepções culpabilizantes do grupo familiar, tais como a idéia de “família desestruturada”, consistindo mais em uma questão histórica das políticas sociais voltadas à família, no Brasil, do que referida propriamente aos vínculos diretos da família enquanto unidade de cuidado nas ações em saúde mental (Vasconcelos, 1999). Com efeito, tais concepções implicam indiretamente o trabalho dos profissionais de saúde mental. Defende-se a estratégia de que famílias com maiores dificuldades psicossociais devem ser atendidas mais prontamente (Lancetti, 2000b). Ao mesmo tempo, na abordagem do grupo familiar, quando há um bom vínculo constituído, é importante que se priorize o cuidado do(s) familiar(es) cujo enfrentamento tenha maior possibilidade de sucesso imediato, de modo que a família possa ganhar maior confiança na capacidade terapêutica de atividades engendradas em corresponsabilidade entre a equipe e a família. Além disso, vale atentar para que a abordagem de risco, bem como as abordagens sistêmicas da família, não criem estigmatizações não correspondentes com o dinamismo e complexidade da vida familiar (Dalla Vecchia, Martins, 2006; Ribeiro, 2004; Rosa, 2003; Melman, 2001).

O quinto componente, finalmente, aponta para a importância de se investir na formação das equipes de atenção básica, considerando-se fundamentais políticas claras de formação em saúde mental para os profissionais da Estratégia de Saúde da Família. A Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde vem indicando que a construção de processos de formação de equipes de saúde mental e da atenção básica deve ser prioridade na pauta de ações das políticas públicas nessa área (Brasil, 2007, 2003). Estudos tais quais o de Nunes, Jucá e Valentim (2007) têm indicado que processos de formação em saúde mental são ineficazes quando pontuais e pouco abrangentes. Não obstante a complexidade inerente à tarefa de se aliar formação básica e continuada em saúde mental, cabe às gestões municipais estruturarem tais programas, conformando um conjunto de atividades que recorram a: oficinas de sensibilização, atividades modulares ou temáticas de ensino, supervisão externa, apoio técnico via matriciamento etc., enquanto importantes ações para que se possa avançar na desinstitucionalização dos cuidados de pessoas com transtornos mentais na atenção básica (Martins, 2008; Bandeira, Freitas, Carvalho Filho, 2007; Marçal, 2007; Souza et al., 2007; Dalla Vecchia, 2006; Souza, 2004; Brêda, Augusto, 2001).

Considerações finais

A construção histórica de um movimento de reforma psiquiátrica que se destina à manutenção da pessoa com transtornos mentais no seu cotidiano, investindo-se em suas redes sociais e familiares, na medida em que se procura limitar tanto quanto possível seu ingresso no circuito do hospital psiquiátrico, vem trazendo transformações na relação dos profissionais da saúde mental com a demanda, e, concomitantemente, um questionamento a respeito da sua própria prática.

Assim, a efetividade das ações estabelecidas para as equipes de Saúde da Família, inclusive para que a atenção à saúde mental se incorpore nas práticas cotidianas, requer que o cuidado em saúde se dê a partir de uma noção ampliada de saberes clínicos e epidemiológicos. Alves (2001, p.173) ressalta que, no campo da saúde mental, "alguns sanitaristas e especialistas ainda divergem quanto à pertinência e eficácia" da ESF, indicando que seu formato de organização tende a reproduzir o tradicional modelo médico biológico. Neste sentido, deve-se considerar que a composição fixa das equipes, em termos dos profissionais integrantes, pode ser um fator restritivo à possibilidade de os gestores municipais alocarem, às equipes, os profissionais que seriam os mais adequados para a gestão do cuidado, em conformidade com o planejamento e os indicadores epidemiológicos.

Assim, em uma cadeia de cuidados progressivos de saúde é necessário levar em conta a alta complexidade social e epidemiológica do sofrimento vivenciado pela pessoa com transtornos mentais, tendo em vista uma abordagem integral do processo saúde-doença. Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), ratificando esta posição, afirmam que "muitas das situações cotidianas constituem casos instrumentalmente simples e que, por vezes, são patologicamente mais fáceis, mas que nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial" (p.35).

Dentre outras questões, tal complexidade refere-se à contradição entre a hipertrofia da pressão por produção de procedimentos, à qual grande parte das equipes está exposta, em oposição à necessidade de articulação da equipe para a produção de práticas que promovam a saúde das pessoas atendidas, inclusive no campo da saúde mental. A manutenção de espaços coletivos para o planejamento de ações e para a formação continuada – que não raramente são secundarizados pelos gestores e, eventualmente, pela própria equipe – é ocasião fundamental para a constituição de linhas de cuidado e pactuação de protocolos assistenciais.

No cuidado às pessoas com transtornos mentais, esta atividade também se justifica, dado que os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico são dotados de grande (e intencional) diversidade, e a construção de tais linhas e protocolos a partir das equipes atuantes na atenção básica é um processo que exige investimento contínuo. É essencial, também, promover a valorização e qualificação da escuta do sofrimento psíquico pelo ACS no território, dentre outras ações que invistam na constituição de vínculos, na ampliação da corresponsabilização entre equipes de saúde e família, bem como na capacidade de acolhimento das equipes de atenção básica.

No que se refere à ênfase na família e na comunidade e, portanto, no território como o lugar de intervenção das equipes de atenção básica, considera-se importante realizar um resgate das contribuições da Psicologia Social-Comunitária. Freitas (2002) aponta que a prática profissional nesta área requer a atuação "junto a relações que são travadas na esfera do cotidiano, eliminando-se estruturas reducionistas, psicologizantes e a-históricas sobre os processos psicossociais" (p.76). Esta área tem contribuições conceituais, e sobretudo metodológicas, a fornecer para o avanço da desinstitucionalização do cuidado às pessoas com transtornos mentais na atenção básica, por meio de estratégias tais quais: a pesquisa-ação, os estudos psicossociológicos e as intervenções institucionalistas enquanto recursos que podem potencializar práticas substitutivas de cuidado em saúde mental com foco no território.

Com relação à medicalização da pessoa portadora de transtornos mentais, Alves e Guljor (2003) sublinham que

As questões do sofrimento mental precisam ser detectadas por toda rede de serviços, mesmo na atenção primária, na rede básica, não sendo necessário o especialista para reconhecê-las. No entanto, não se pode ter para esse grupo de problemas uma perspectiva simplista, ou

seja, resumir as dificuldades da vida cotidiana a um conflito psicológico. Essa simplificação grosseira, em determinadas circunstâncias, nas décadas de 60 e 70, foi denominada “psicologização” dos problemas sociais. É importante que a questão da subjetividade seja do conhecimento dos profissionais de saúde, mas que não se banalizem os instrumentos de intervenção do campo da saúde mental, transformando-os em pretensos “anestésicos sociais”. (p.225-6)

Em adição, é necessário ter claro que uma intervenção qualificada de cuidado em saúde mental, pelas equipes atuantes na atenção básica, e um processo racional de desospitalização da população submetida ao asilamento psiquiátrico não podem permitir que recaiam, sobre a família, encargos tais que produzam uma condição de desassistência, mantendo-se em foco a necessidade de refúgio da pessoa com transtornos mentais em momentos mais pontuais de crise. Até mesmo porque, neste caso, a condição de desassistência psiquiátrica passa a se constituir em uma fonte de pressão sobre as próprias equipes de saúde da família, ao passo que estas se encontram em relação direta e cotidiana com as famílias e seus familiares com transtornos mentais.

São, porém, imensos os desafios vinculados ao estabelecimento de programas de atenção à saúde mental ligados à atenção básica: necessidade de priorização deste tipo de programa pela gestão em todos os níveis, e sua própria continuidade; disponibilidade de profissionais que aceitem atuar em áreas de favelização com uma perspectiva antimanicomial (Lancetti, 2000b), bem como o levantamento de prioridades a partir de demandas locais (não seguindo um modelo genérico); a disponibilidade de um arranjo de serviços, sua adequação cultural conforme a comunidade atendida, e o investimento dos recursos em sistemas de cuidado, e não nos indivíduos (Cohen, 2001).

O trabalho de desconstrução do manicômio e da cultura manicomial envolve políticas sociais de conjunto, implicando o reconhecimento da necessidade de: moradias substitutivas e assistidas para ex-internos psiquiátricos; espaços de trabalho protegido (mas não “tutelado”); inserção em atividades culturais e de lazer etc. Vale ressaltar, ainda, os limites estruturais de iniciativas “reformistas” que não ponham em pauta um projeto societário, e indiquem claramente o que se compreende com a expressão “inclusão social”. Neste sentido evoca-se, por oportuna, uma ponderação de Campos (2007, p.1873): “Se o SUS dependeu do movimento sanitário para constituir-se, pode-se constar hoje que, tanto a opinião pública, quanto os governantes e, até mesmo, mídia e a intelectualidade não se deram conta da filiação do SUS à tradição de políticas públicas de caráter socialista”.

Busca-se, com o presente trabalho, oferecer algumas pistas e indicações para se subsidiar o tracejado de caminhos possíveis diante da necessidade de se avançar nos tortuosos (porém instigantes) percursos da reforma psiquiátrica brasileira, por meio da constituição de ações vinculadas ao campo da atenção básica, espaço demandante de transformações de saberes e práticas.

Colaboradores

Os autores Marcelo Dalla Vecchia e Sueli Terezinha Ferreira Martins participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- ALBUQUERQUE, P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, 2004.
- ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.10, n.20, p.299-316, 2006.
- ALVES, D.S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p.167-76.
- ALVES, D.S.N.; GULJOR, A.P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/IMS-UERJ/Abrasco, 2003. p.221-40.
- AMARANTE, P.D.C. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.163-85.
- _____. **O homem e a serpente**. Outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.
- BANDEIRA, M.; FREITAS, L.C.; CARVALHO FILHO, J.G.T. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.56, n.1, p.41-, 2007.
- BARBAN, E.G.; OLIVEIRA, A.A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. **Arq. Cienc. Saude**, v.14, n.1, p.54-65, 2007.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.7, n.3, p.401-12, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2008. Seção 1, p.47-50.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006. Seção 1. Disponível em: <<http://www.diariooficial.com.br>>. Acesso em: 29 set. 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2007.
- BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.6, n.2, p.471-80, 2001.
- CAMPOS, G.W.S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, supl., p.1865-74, 2007.
- CESARINO, A.C. Uma experiência de saúde mental na Prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). **SaudeLoucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.3-32.
- COHEN, A. **The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world**. Nations for mental health. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponível em: <<http://www.who.it>>. Acesso em: 25 mar. 2005.
- COIMBRA, V.C.V. et al. A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletronica Enferm.**, v.7, n.1, p.113-7, 2005.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: SCLIAR, M. et al. (Orgs.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003. p.13-43.
- DALLA VECCHIA, M. **A saúde mental no Programa de Saúde da Família**. Estudo sobre práticas e significações de uma equipe. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu. 2006.
- DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estud. Psicol.** (Natal), v.11, n.2, p.159-68, 2006.
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estud. Psicol.** (Natal), v.3, n.1, p.53-81, 1998.
- DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. **Mental**, v.3, n.5, p.33-42, 2005.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v.15, n.2, p.345-53, 1999.
- FREITAS, M.F.Q. Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: práticas da psicologia na comunidade nas décadas de 60 a 90, no Brasil. In: CAMPOS, R.T.F. (Org.). **Psicologia social-comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.54-80.
- GALDURÓZ, J.C.F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Rev. Latinoam. Enferm.**, v.13, n.esp., p.888-95, 2005.
- IRIBARRY, I.N. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.16, n.3, p.483-90, 2003.
- LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000a. (SaúdeLoucura, 7).
- _____. (Org.). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: _____. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000b. p.11-52. (SaúdeLoucura, 7).

LÜCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2., p.399-407, 2007.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface – Comunic., Saude, Educ**, v.10, n.20, p.281-98, 2006.

MARÇAL, C.R.M. **A saúde mental na atenção básica: uma saída para o sofrimento psíquico?** Discussão a partir da inserção na assistência e gestão de uma unidade básica de Campinas, SP. 2007. Monografia (Aprimoramento em Planejamento e Administração em Serviços de Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2007.

MARTINS, S.T.F. (Coord.). **Estratégias de formação e intervenção em saúde mental junto a equipes do Programa Saúde da Família.** Relatório de Pesquisa. Botucatu: Unesp, 2008.

_____. Saúde pública e saúde mental: a inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde. **RSCESP**, v.2, supl.a, p.8-12, 1993.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras, 2001.

MENDES, E.V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. **Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. p.19-91.

MODESTO, T.N.; SANTOS, D.N. Saúde mental na atenção básica. **Rev. Baiana Saude Publica**, v.31, n.1, p.19-24, 2007.

NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec. 2001.

NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saude Publica**, v.23, n.10, p.2375-84, 2007.

OMS/OPAS. **Relatório sobre a saúde no mundo.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: OPAS, 2001.

PAULIN, F.L.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **Hist., Cienc. Saude – Manguinhos**, v.11, n.2, p.241-58, 2004.

PEDROSA, J.I.S.; PEREIRA, E.D.S. Atenção básica e o controle social em saúde: um diálogo possível e necessário. **Rev. Bras. Saude Fam.**, v.8, n.esp., p.7-23, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PEREIRA, A.A.; ANDRADE, L.O.M. Rede integral de atenção à saúde mental, de Sobral, Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 2000. p.167-98. (SaúdeLoucura, 7).

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1987. p.15-74.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF). **Rev Latinoam. Enferm.**, v.12, n.4, p.658-64, 2004.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.
- SAMPAIO, J.J.C.; BARROSO, C.M.C. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2000. p.199-220. (SaúdeLoucura, 7).
- SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saude Publica**, v.20, n.6, p.1487-94, 2004.
- SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B. et al. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.29-47.
- SILVA, R.C. **O trabalho do psicólogo em centros de saúde**: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde. 1988. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1988.
- SILVEIRA, D.P. **Sofrimento psíquico e serviços de saúde**: uma cartografia da produção do cuidado de saúde mental na atenção básica de saúde. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca", Rio de Janeiro. 2003.
- SOUZA, A.C. **Em tempos de PSF.. Novos rumos para atenção em saúde mental?** 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública "Sérgio Arouca", Rio de Janeiro. 2004.
- SOUZA, A.J.F. et al. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.4, p.391-5, 2007.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **Hist., Cienc., Saude - Manguinhos**, v.9, n.1, p.25-59, 2002.
- TÓFOLI, L.F.; FORTES, S. O apoio matricial de saúde mental na atenção primária no município de Sobral, CE: o relato de uma experiência. **Sanare**, v.6, n.2, p.34-42, 2007.
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saude Debate**, v.23, n.53, p.6-19, 1999.
- VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Est. Psicol.** (Natal), v.9, n.2, p.373-9, 2004.
- YASUI, A.S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico**. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis. 1999.

VECCHIA, M.D.; MARTINS, S.T.F. **Aportes para la implementación de acciones ajenas a la institución en los cuidados a personas con trastornos mentales en atención básica.** *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, n.28, p.151-64, jan./mar. 2009.

Se parte del interés dispensado contemporáneamente a las articulaciones entre salud mental y atención básica. Tras breve síntesis histórica y conceptual en este campo, se discuten aspectos operativos de los cuidados con los trastornos mentales en la atención básica fuera la institución. Con el análisis de algunos estudios y experiencias se destacan componentes fundamentales para avanzar en este sentido: (1) desarrollar procesos de comunicación para ampliar la legibilidad profesional, (2) superar la centralización en acciones restringidas a los encuadres tradicionales, (3) mantener cuestionamiento permanente con relación al riesgo del cuidado psiquiátrico en salud mental, (4) superar concepciones de culpabilidad del grupo familiar y (5) invertir el la formación de los equipos de atención básica para las múltiples dimensiones del cuidado en salud mental. De esta manera se apuntan algunos caminos y direcciones posibles para el diseño de acciones de salud mental en la atención básica que tengan en el horizonte la perspectiva anti-manicomio.

Palabras clave: Atención básica. Reforma psiquiátrica. Lucha anti-manicomio. Salud de la familia. Salud mental.

Recebido em 09/02/08. Aprovado em 23/06/08.