

# A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA E OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

Camila Alves dos Santos Mendonça<sup>1</sup>  
Lilian Almeida Andrade Campelo<sup>2</sup>  
Dayane Costa de Souza Pena<sup>3</sup>

## RESUMO

O presente artigo possui o objetivo de explicar acerca da saúde mental na atenção básica, a partir de uma abordagem teórico-crítica e pretende-se analisar os desafios enfrentados na atuação do psicólogo neste contexto. A escolha do tema justifica-se pela relevância na construção de estudos que discorram sobre saúde mental na atenção básica. No primeiro momento, aborda-se o contexto histórico dos conceitos de saúde no Brasil e no mundo, partindo para a contextualização da saúde mental e o SUS e sua abordagem no sistema público; posteriormente, relata-se as perspectivas e desafios do psicólogo e a saúde mental na atenção primária. Como resultados, constatou-se que o psicólogo é peça chave à equipe de saúde da família, todavia tem que estar disposto a assumir uma mudança de paradigma para transpor a visão tradicional não se restringindo apenas a clínica, mas, assumindo uma posição crítica com um compromisso permanente e político diante do usuário da saúde mental, articulando no entanto, todos os recursos disponíveis da rede de atenção, possibilitando com suas ações o cuidado, a promoção, prevenção e organização da rede de atendimento na atenção básica de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Atenção Básica; Psicologia; SUS.

## ABSTRACT

This article aims to explain about mental health in primary care, from a theoretical-critical approach and intends to analyze the challenges faced in the work of the psychologist in this context. The choice of theme is justified by its relevance in the construction of studies that discuss mental health in primary care. At first, the historical context of health concepts in Brazil and in the world is approached, starting with the contextualization of mental health and the SUS and its approach in the public system; later, the perspectives and challenges of the psychologist and mental health in primary care are reported. As a result, it was found that the psychologist is a key part of the family health team, however, he/she has to be willing to assume a paradigm shift to transpose the traditional view, not only restricting the clinic, but assuming a critical position with a permanent and political commitment to the mental health user, articulating, however, all the available resources of the care network, enabling with its actions the care, promotion, prevention and organization of the care network in primary health care.

**Keywords:** Mental health; primary care; Psychology; SUS.

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra-ES.

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra-ES.

<sup>3</sup> Orientadora Discente do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra-ES.

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa possui como objetivo contribuir com o tema da saúde mental na atenção básica a partir de uma abordagem teórico-crítica, pretende ainda analisar a atuação do psicólogo neste contexto. Busca-se para tanto, percorrer um caminho bibliográfico que se inicia com a apresentação e discussão sobre o contexto histórico dos conceitos de saúde no Brasil e no mundo, partindo para o estudo da saúde mental a partir do SUS e sua abordagem no sistema público, reconhecendo as ações em saúde mental na atenção básica a partir de uma construção histórico-bibliográfica.

Construção essa que se desenvolve a partir da premissa de que a constituição efetiva dos serviços de saúde mental surge a partir da luta antimanicomial a qual, por meio dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizou a implementação do acesso de qualidade e de inserção dos usuários no sistema de saúde, transformando um procedimento puramente biológico e individual em uma abordagem que considera o indivíduo como centro e protagonista dos serviços. A atuação profissional deve estar em conformidade com a mudança de paradigma para transpor a visão tradicional, puramente clínica, assumindo uma posição crítica com o compromisso permanente e político diante do usuário da saúde mental, acolhendo as demandas que surgem na unidade básica a partir do acolhimento, escuta e acompanhamento psicológico, quando necessário, mas principalmente viabilizando a promoção e prevenção de agravos à saúde, para alcançar a saúde integral através das práticas de atuação da psicologia.

[...] uma vez que toda prática social está inserida em uma complexa tessitura histórico-política, o desenvolvimento cotidiano dos programas, projetos e serviços de Proteção Social Básica assume caráter relativo, mesmo com o emblema progressista das mudanças normativas presentes na atual Constituição e aperfeiçoadas no século XXI [...] (XIMENES; PAULA; BARROS, 2009, p. 695).

Delimitados os conceitos e os contextos históricos indispensáveis à construção desse estudo, parte-se, efetivamente para uma discussão a respeito dos desafios e das perspectivas do psicólogo da saúde mental na atenção primária, a fim de buscar compreender a construção dessas relações e de como se dá a atuação deste profissional, que vai além de um caráter teórico, mas encontra sua efetivação em uma prática humanizada que vê no território e no sujeito a possibilidade de trilhar seus próprios caminhos para construção e promoção de saúde mental e integral.

## MÉTODO

A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de objetivo exploratório, abordagem qualitativa e natureza básica. De forma breve, pretende-se justificar a escolha deste método a partir das palavras de Lima e Miotto (2007).

Utilizar-se de um desenho metodológico circular ou de aproximações sucessivas no encaminhamento da pesquisa bibliográfica, permite, através da flexibilidade na apreensão dos dados, maior alcance no trato dialético desses dados, pois o objeto de estudo pode ser constantemente revisto, garantindo o aprimoramento na definição dos procedimentos metodológicos, como também a exposição mais eficiente do percurso de pesquisa realizado (LIMA; MIOTTO 2007, p. 44).

A pesquisa bibliográfica como um procedimento metodológico importante na produção do conhecimento científico capaz de gerar, especialmente em temas pouco explorados, a postulação de hipóteses ou interpretações que servirão de ponto de partida para outras pesquisas (LIMA, 2007).

No entanto, a flexibilidade na obtenção dos dados não torna a pesquisa bibliográfica mais fácil. Ao contrário, requer mais trabalho do pesquisador, pois exige disciplina e atenção tanto no percurso metodológico definido quanto no cronograma de estudos proposto para que a síntese integradora das soluções não seja prejudicada. É um movimento incansável de apreensão dos objetivos, de observância das etapas, de leitura, de questionamentos e de interlocução crítica com o material bibliográfico que permite, por sua vez, um leque de possibilidades na apreensão das múltiplas questões que envolvem o objeto de estudo (LIMA; MIOTTO 2007, p.44).

De acordo com Gil (2008, p. 50) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas, assim como certo número de pesquisas desenvolvidas a partir da técnica de análise de conteúdo.

Neste sentido, a pesquisa bibliográfica subsidiará o presente artigo, realizada a partir das bases de dados acadêmicas e científicas reconhecidas no contexto acadêmico, tais como *Scielo*, *Google Academics* e *Pubmed*. Os artigos utilizados foram encontrados em buscas realizadas a partir da utilização das palavras-chaves presente no estudo.

A seleção e análise utilizou como critérios de inclusão artigos escritos nos últimos 10 (dez) anos nas referidas bases de dados - excetos livros que possuem

janela de tempo indefinida - bem como pesquisas que promovam uma discussão diretamente relacionada a esta estabelecida. Como critérios de exclusão foram delimitados: a) trabalhos de conclusão de curso; b) relatórios de estágio; c) pesquisas que não possuam cunho científico.

## **REFERENCIAL TEÓRICO**

### **CONTEXTUALIZAÇÃO DO PERCURSO HISTÓRICO DA SAÚDE PÚBLICA**

O direito à saúde, elevado à categoria de direito fundamental pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), trata-se de uma prerrogativa que estabelece o dever dos Estados de garantir à população o acesso universal às ações e serviços de saúde. Especificamente no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), positivou-se tal direito, imbuindo aos Estados o dever de promover um padrão de vida adequado e capaz de assegurar a saúde e o bem-estar dos indivíduos. Contudo, neste contexto, ainda havia muito o que se discutir sobre promoção e assistência em saúde (TEIXEIRA, 2009).

Neste percurso, visando uniformizar o conceito do que deveria ser considerado saúde, a Organização Mundial da Saúde, criou em 7 de abril de 1948 e divulgou uma carta de princípios (e estabeleceu, desde então nesta data, o Dia Mundial da Saúde), a qual implicou o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, definindo-a como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948).

Uma gradativa ampliação da visão sobre saúde foi sendo estabelecida, guiada por um conceito modificado que envolvia condições determinantes de um processo saúde/doença e não somente de um processo saúde como ausência de doença, tendo como fonte de inspiração a discussão e influência de eventos internacionais como a Conferência da Organização Mundial da Saúde, OMS, em 1977, que teve como tema "Saúde para Todos no Ano 2000" e, posteriormente, em 1986, para a "I Conferência de Promoção da Saúde", que deu origem às recomendações da Carta de Ottawa (TEIXEIRA, 2009).

A primeira Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa, certifica uma nova referência para os conceitos tradicionais de saúde. Nesta oportunidade, os ideais de promoção da saúde foram definidos como a expressão de uma ação coordenada entre a sociedade civil e o Estado, o qual deveria,

de forma objetiva, realizar a implementação de políticas públicas eficazes com a criação de ambientes favoráveis aos indivíduos, evidenciando o fortalecimento da ação da comunidade, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (PORTO, 2009).

De acordo com a Carta de Ottawa, para alcançar a saúde, são necessárias algumas condições ou pré-requisitos como paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. As condições necessárias para construir uma base sólida para melhorar as condições de saúde são: defesas, treinamento e mediação (BARROSO, 2007).

A Carta abordou também os cinco eixos de ações de promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, fortalecimento da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BUSS et. al 2016).

Desde então, várias reuniões da Conferência Global sobre Promoção da Saúde foram realizadas e tiveram impactos positivos de modo que a saúde passou a ser visualizada e formalizando o início de uma nova era de interesse social e político pela saúde pública, por meio da qual foram propostos programas educacionais capazes de promover uma compreensão maior da importância da adoção de ações intersetoriais independentes do sistema de cuidados de saúde (TEIXEIRA, 2009).

Corroborando para esta mudança de conceito, a oitava Conferência Global sobre Promoção da Saúde foi realizada em Helsinque (Finlândia) em 2013 e foi baseada em uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspiradas na Declaração de Alma-Ata sobre atenção primária à saúde (1978) e a Carta de Ottawa para a promoção da saúde (1986) (TEIXEIRA, 2009).

Foi legitimado um compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos, e que os governos têm a responsabilidade pela saúde de todo o seu povo. A saúde foi discutida no contexto de todas as políticas como parte integrante da contribuição dos países para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (WHO, 2013).

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata (ex- URSS), a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, onde definiu-se que "a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde". Esta concepção de saúde adotada, assim como a concepção da OMS da década de 40, que considera a saúde como o estado de completo bem-estar

físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença, foi aceita por muitos anos e muito embora tenha sido um avanço, mediante as concepções vigentes na época, mostrou-se inatingível e abstrata, na medida em que não estabelecia parâmetros de avaliação para esse bem estar, ficando relegado a padrões individuais, já que o bem estar de um indivíduo não é necessariamente o bem estar de outro (IERVOLINO, 2000, p.16).

Verifica-se que as mencionadas conferências internacionais e seus respectivos documentos constituíram fortes diretrizes para a formação da concepção do direito à saúde no Brasil (TEIXEIRA, 2009).

Como efeito, movimentos sociais pela saúde, tais como, o movimento de Reforma Sanitária irrompeu em meados dos anos 1970 e o movimento que ganhou impulso nos anos 1990, a partir de propostas de descentralização dos serviços de saúde também assinalam a trajetória da saúde no Brasil.

A título elucidativo, o movimento sanitário contava como principais objetivos: a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a defesa da universalização do acesso; a reestruturação do setor por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local (BRAVO, 2001).

Assim, ao buscar a democratização da saúde, o movimento sanitário rompia com a trajetória dual da política de saúde, voltada por um lado para o controle focalizado de doenças específicas e, por outro, pela assistência médica previdenciária, direcionada para a manutenção da integridade física da massa de trabalhadores do mercado formal urbano.

Ademais, suscitava-se um novo conceito positivo de saúde, compreendido na articulação de fatores biopsicossocial, culturais, históricos, ambientais, sanitários, epidemiológicos (COHN, 1989). Com riqueza de detalhes, Souto (2016, p. 48) descreve o ápice do crescimento e amadurecimento do movimento sanitário, o qual serviu como pano de fundo para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, crucial para subsidiar as questões referentes à reformulação do sistema nacional de saúde.

Depreende-se que foi a partir daí que se alcançou uma mudança significativa do sistema de saúde até então vigente, momento em que a saúde passou a ser entendida como direito de todos e dever do Estado, reverberando tão logo, na garantia constitucional do direito à saúde. Neste sentido, vejamos:

Reivindicações como a descentralização e municipalização das políticas de saúde, a reversão do modelo médico curativo para o modelo preventivo (valorizando a coparticipação do paciente no processo de promoção e reversão das doenças), e a participação direta dos usuários do sistema sobre os serviços públicos de saúde no País, foram regulamentadas na Constituição de 1988 [...]. Ainda, os artigos sob n. 196 a 200, inscritos na Carta Magna brasileira em 1988, estenderam o direito à saúde de forma universal, igualitária e equânime a todo o cidadão brasileiro. A saúde passou a ser, então, um direito de todos e dever do Estado brasileiro em garanti-la. Essa característica do direito universal à saúde apresentou-se como um fenômeno totalmente novo no Brasil (FUHMANN, 2004, p.117).

Por conseguinte, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, houve o marco regulatório da saúde no Brasil, tendo em vista que o direito à saúde foi positivado como direito social (artigo 6º da referida Constituição), consagrando-se no artigo 196 que a saúde é “um direito de todos e dever do Estado”, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Foram sistematizadas na Constituição de 1988 as normas gerais sobre o sistema de saúde que, por sua vez, passou a ser regulamentada pela Lei nº 8.080 de 1990, a qual regulamentou que os serviços públicos de saúde e os serviços privados, contratados ou conveniados que integram o SUS, são regidos pelos princípios da universalidade de acesso, da integralidade e igualdade de assistência à saúde, da participação da comunidade, dentre outros, contemplando em seus artigos princípios e diretrizes que regulam todo o funcionamento do sistema de saúde pública no território nacional (BRASIL, 1990).

Neste diploma normativo (Lei nº 8.080) são apresentados os objetivos e atribuições do órgão (art. 1º), bem como definições quanto à identificação, divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e formulação de política eficazes de saúde destinadas, sobretudo, à promoção, nos campos econômico e social, de assistência aos indivíduos, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Segundo Cipriano (2006) o Sistema Único de Saúde (SUS) se tornou um acordo brasileiro, complexo e capaz de ser suporte para promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde pública do Brasil e não apenas para a assistência. Já para Santos (2010), o Sistema Único de Saúde (SUS) teve seus princípios

estabelecidos e consolidados na década de 90 e é considerado em nosso país uma nova formulação política e organizacional para as ações de saúde, visando o rearranjo dos serviços de saúde, compreendendo ações de prevenção de doenças, vigilância sanitária e epidemiológica, proteção e recuperação de agravo.

Seus princípios englobam a universalidade, o que implica direito à saúde para todos os cidadãos; a integralidade, que pressupõe assistência integral e em seus aspectos biopsicossociais; a equidade, que institui maneiras para reduzir as desigualdades; como ainda a determinação da participação social, com a premissa de alcançar os cidadãos para a participação do planejamento, fiscalização e controle dessa política pública (SANTOS, 2010).

Assevera-se que, a fim de haver uma organização operacional, baseada na Constituição Federal de 1988, o SUS norteia-se pelas seguintes diretrizes: os serviços devem ser organizados em níveis gradativos de complexidade, estando em uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida, a regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos de maneira do bairro, cidade e estado. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região, sendo primária, secundária e terciária (BRAVO, 2001).

Desta forma, nota-se que para a Constituição Federal de 1988, a saúde da população compõe um conjunto de fatores, dentre os quais: alimentação de boa qualidade, saneamento básico, condições de moradia, acesso à educação, trabalho e renda, transporte e lazer e aos bens e serviços essenciais, incluindo a segurança pública e os serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), lei que passou a regular, em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, foi promulgada dois anos após a sua inserção no sistema normativo nacional com a Constituição Federal, regulamentando a saúde, e que determinou um conjunto de fatores que a engloba, tais como: alimentação de boa qualidade, saneamento básico, condições de moradia, acesso à educação, trabalho e renda, transporte e lazer e aos bens e serviços essenciais, incluindo a segurança pública e os serviços de saúde. Esta Lei incorpora um conceito ampliado de saúde, como também institui o SUS - Sistema Único de Saúde, órgão



federal que trouxe em seus artigos princípios e diretrizes que fundamentam o funcionamento do sistema de saúde pública no território nacional, definindo qual é a responsabilidade de cada ente federado, ou seja, o que compete a União, aos Estados e Municípios (BRASIL, 1990).

Neste sentido, portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) agrega todos os serviços de saúde prestados por instituições públicas federais, estaduais e municipais por meio da administração direta e indireta, bem como fundações mantidas pelo poder público. A saúde suplementar também pode fazer parte do sistema mediante contrato, embora as autoridades públicas mantenham o poder de governar, controlar e fiscalizar os serviços prestados (MATEUS et al., 2008).

Ao Ministério da Saúde cabe a responsabilidade de regulamentação das políticas públicas, o monitoramento e condução de todas as atividades relacionadas à saúde, incluindo assistência médica, por meio de uma hierarquia que deve operar em mecanismos de referência e contra referência, do nível mínimo ao mais complexo de atenção, garantindo a continuidade do cuidado por meio do cuidador principal. A prestação dos serviços de saúde é de responsabilidade dos governos municipais, com auxílio financeiro do governo federal e dos estados (LOBATO, 2000).

## **CONQUISTAS HISTÓRICAS PARA A SAÚDE MENTAL**

A partir da conceituação desse sistema de saúde, SUS, que trouxe solidez e garantias de direitos para toda a população do Estado Brasileiro, abriremos uma discussão sobre a Política em Saúde Mental, a qual se baseia essencialmente na Declaração de Caracas, cujos quatro pontos principais são descritos a seguir: a) garantir os direitos civis das pessoas com transtornos mentais de acordo com os Princípios de Proteção às Pessoas com Doença Mental e melhoria dos cuidados de saúde mental - Resolução 46/119 da Assembleia Geral das Nações Unidas de 17 de dezembro de 1991; b) descentralizar a atenção psiquiátrica; c) proteger os pacientes em tratamento nos hospitais existentes; e d) desenvolver uma rede diversificada para fornecer acesso, eficácia e eficiência no atendimento às pessoas com transtornos mentais (MATEUS et al., 2008).

Vale mencionar que os antecedentes históricos da chamada reforma psiquiátrica começaram no início da década de 70 com um grupo articulado de profissionais de saúde mental e familiares de portadores de transtorno mental. Esse

movimento se insere no contexto da redemocratização do país e da mobilização político-social da época (SILVA, 2017). Neste contexto, o objetivo era romper com a lógica da exclusão e isolamento ao qual era imposto aos doentes mentais, e lutar por uma assistência em saúde digna, que atendesse as suas necessidades, considerando-os não como objetos, mas como cidadãos e sujeitos incluídos na sociedade.

Tratando-se de um movimento impulsionado por eventos importantes como a arbitragem e o fechamento da Clínica Anchieta, em São Paulo / SP, e a alteração da proposta do então deputado Paulo Delgado, por meio do Projeto de Lei 3.657, em 1989, a reforma psiquiátrica buscava, dentre outros pontos, a desinstitucionalização de pacientes internados, assegurando o atendimento aos portadores de transtorno mental em hospitais psiquiátricos, superando a antiga prática de longa permanência e tratamento de pacientes que os afastavam de seus familiares ou da sociedade em geral (SILVA, 2017).

Em 1990, o Brasil passa a ser signatário da Declaração de Caracas, que propõe a reforma do atendimento psiquiátrico, e, em 2001, é aprovada a Lei Federal 10.216, que zela pela proteção e direitos dos portadores de transtorno mental e redireciona o auxílio modelo em saúde mental (MATEUS et al., 2008).

O Ministério da Saúde do Brasil apoiou o projeto de Lei de Saúde Mental, que propôs essencialmente a substituição progressiva de leitos psiquiátricos por Centros Sociais Psiquiátricos Comunitários, denominados "Centros de Atenção Psicossocial-CAPS". Além disso, introduziu um programa para pagar um bônus mensal às famílias de pacientes de longa permanência, para incentivar esses pacientes a deixar o hospital e retornar à comunidade. Desde então, diversas medidas vêm sendo tomadas para que o Estado consiga atender os interesses dos indivíduos que precisam de atenção especial relacionada a saúde mental no Brasil, sobretudo na atenção básica, sendo indispensável abordar esta articulação entre os temas (SILVA, 2017).

Objetivando discutir a temática da saúde mental dentro da atenção básica, o próximo tópico abordará as duas temáticas de forma a correlacioná-las, enfatizando a saúde mental no sistema público.

## **A SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA PÚBLICO**

A partir do contexto histórico explanado e ainda nessa perspectiva de criação de políticas públicas na esfera da saúde, vale registrar que em 1994 o Ministério da Saúde implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada para reorientar as práticas de saúde. Objetivando assumir a responsabilidade pela saúde da população, as equipes territoriais deveriam ampliar a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover a qualidade de vida em seu sentido mais amplo. Esse ainda é um dos principais fundamentos do atual modelo de saúde (SANTOS, 2010).

De acordo com Boing; Crepaldi, é recomendado ao ESF, a organização e referência de toda a rede de saúde. Atingindo as ações cotidianas em saúde mental, bem como coordenar o acesso aos demais níveis de atenção (BOING; CREPALD, 2010, P.642).

Destaca-se, também, que a atenção básica é apontada pela OMS como a principal estratégia de reorganização do Sistema Nacional de Serviços de Saúde, diante das novas demandas colocadas para saúde (OMS, 2008). A definição de atenção básica pode ser encontrada na portaria nº 648 de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, a qual prevê que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

Em termos gerais, a atenção básica considera o sujeito na sua singularidade, ou seja, considera a complexidade de cada indivíduo, o contexto sócio cultural em que se encontra inserido, além disso é operacionalizada por meio de práticas gerenciais participativas e democráticas, representadas pelo trabalho em equipe, em determinado território (BRAVO, 2001).

Para Starfield (2002), a atenção básica ou primária, como também denominada deve coordenar o fluxo dos usuários nos mais diversos serviços de saúde, para garantir maior equidade ao acesso, respondendo, assim as necessidades da população. Na prática, a atenção básica reduz a fragmentação dos atendimentos, permite a prática da escuta sensível, propicia maior resolutividade no que se refere ao tratamento de agravos, além de possibilitar a construção de vínculo entre equipe e usuários.

Por esses motivos, a atenção básica deve constituir a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, isto é, o primeiro contato da população com o sistema de saúde, já que permite o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade e efetiva a integralidade em seus vários aspectos – desde o trabalho interdisciplinar em equipe – a uma rede articulada de ações voltadas à promoção à saúde, à prevenção de agravos, à vigilância à saúde, ao tratamento e à reabilitação (BRAVO, 2001).

Compreende-se assim, que o modelo atual de saúde, voltado para atenção básica, reflete a própria evolução da concepção que se tinha por saúde, tal como demonstrado no início do capítulo, pois, conforme visto, esta que deixou de ser encarada como mera ausência de doença para contemplar aspectos que envolvem bem-estar físico, mental e social. Que de acordo com Focesí:

[...]discutir saúde hoje, é falar de um processo extremamente complexo, que extrapola e muito a relação saúde-doença e considera o homem ou as populações frente à sua história, aos seus padrões de desenvolvimento, às suas relações com o mundo; com o seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida (FOCESI, 1990, p. 24).

Ademais, importa salientar, que a saúde tão somente torna-se completa quando são asseguradas as condições corretas para a vida digna dos cidadãos, especificamente por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, da eficácia na implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde (FILGUEIRAS; SILVA, 2010).

Tal fato é compreensível após a observação dos diversos conceitos de saúde existentes, com ênfase ao conceito contemplado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social; considerando a educação

elemento essencial na viabilização do bem-estar físico, mental, social e de serviços, deve-se compreender sua indispensabilidade em relação à saúde dos indivíduos.

Nesse sentido o SUS, (sistema que organiza e rege as políticas públicas), e a Política Nacional de Atenção Básica possuem papel de suma importância no pensamento e caminho da saúde mental, pois é a partir dessa condição de cidadania para todos que se constrói e alinha uma perspectiva de sujeito de direito, o que se faz possível com movimentos igualitários de proteção e prevenção à saúde e que necessita de dispositivos legais a fim de sustentação político-jurídica, conforme melhor se abordará nos tópicos seguintes.

Conforme já mencionado no texto, a introdução da saúde mental nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um desafio desde as primeiras discussões da Reforma Sanitária e Psiquiátrica brasileira. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família foi escolhida como forma de operacionalizar os cuidados de saúde mental na Atenção Primária de Saúde.

O ESF conforme Boing; Crepaldi (2010), representa um campo mais contemporâneo de práticas e de produção de modos de cuidado em saúde mental, pois é a partir do princípio da integralidade, intersetorialidade e da territorialidade que parte os serviços de atenção da Estratégia de Saúde da Família. Elas surgiram para reestruturar o sistema de atenção básica, é a partir da perspectiva do ESF que será possível uma articulação entre saúde mental e atenção básica, que, por conseguinte, traduzirá em uma oferta de serviços de assistência e qualidade de vida para a comunidade.

Vale ressaltar, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Relatório de Saúde Mundial de 2001 sobre as condições em que foi prestado o atendimento a pessoas em sofrimento psíquico. A Organização fez indicações para a integração da atenção à saúde mental na atenção primária, lançando o Programa de Ação para a Lacuna da Saúde Mental (mhGAP) em 2008. Nele, incentivava-se a implementação de serviços de saúde mental na atenção primária em países de baixa e média renda.

Neste contexto, a oferta da atenção à saúde mental na APS garante o cumprimento do princípio da integralidade, que é a diretriz da APS e do Sistema Único de Saúde brasileiro, desempenhando um papel fundamental na coordenação das redes e deve garantir aos usuários o acesso oportuno de acordo com suas

necessidades (HARRIS; HAINE, 2010). Além da integralidade, a oferta da atenção à saúde mental na APS garante o cuidado no território, o qual facilita a formação de laços/vínculos com a rede e com a comunidade.

A mudança instituída pela Reforma Psiquiátrica na lógica do cuidado vai do enfoque hospitalar centrado no modelo biomédico para o cuidado pautado na atenção psicossocial ao usuário no território. Isso implica que a APS esteja preparada para garantir a porta de entrada e ser referência no território, bem como o acesso ao cuidado dos usuários também quando se tratar de uma demanda de saúde mental (ROCHA et al., 2018).

## **O PSICÓLOGO E A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS E DESAFIOS**

A partir do contexto cronológico dos desafios e conquistas sociais apresentados nos tópicos anteriores, a saúde mental, a partir das mudanças supracitadas, recebe uma maior atenção, sobretudo com a Política de Saúde Mental, que foi apresentada pelo Ministério da Saúde em 2013, trazida a partir da Lei n. 10.216, a qual afirma e assegura os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que também redireciona a estrutura de assistência em saúde mental (TEIXEIRA, 2009).

Isso porque a atenção à saúde mental faz parte do Sistema público de saúde, sendo principalmente de base comunitária, com presença cada vez menor de hospitais psiquiátricos. Até a década de 1980, não existia sistema de saúde mental; os tratamentos oferecidos eram restritos ao modelo hospitalocêntrico, o qual baseava-se exclusivamente em hospitais psiquiátricos. Nos anos seguintes, um crescente movimento social liderado por associações de profissionais e pacientes começou a questionar a ética e a eficácia desse modelo asilar, expondo violações generalizadas de direitos humanos ocorridas dentro de hospitais psiquiátricos (ROCHA et al., 2018).

Essas ações do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, traduzem o esforço que paulatinamente vem sendo conquistado através de mudanças nas práticas e atenção às pessoas com transtornos mentais nos serviços de saúde.

Nesse sentido e a partir da proposta de reestruturação da atenção psiquiátrica ligada a assistência na rede primária, é que ocorreu o desenvolvimento do programa de estratégia de saúde da família, o (ESF) de 1994, programa da atenção básica que

se configura como política de saúde e que possibilita o acesso da população no território (comunidade), que busca atendimento em saúde. Esse modelo de atenção Segundo Tanaka (2008), se configura como principal campo de atuação no território e propõe os seguintes princípios:

[...]atuação no território através do diagnóstico situacional, enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; buscar a integração com instituições e organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania (TANAKA et al, 2008, p.478).

Nessa perspectiva, conforme nos aponta Boing; Crepaldi (2010), o papel da psicologia na equipe de saúde da família, desempenha ações conjuntas com os outros profissionais da unidade, cabendo desempenhar a proposta da promoção e da prevenção da saúde, direcionado a compreensão dos sujeitos, família e comunidade, bem como, assumindo a função de mediador no acesso e no acompanhamento desses usuários para outros serviços, utilizando o encaminhamento para os outros níveis de atenção, sendo eles, o de nível secundário e o terciário, integrando as práticas de saúde, bem como a saúde mental.

Outros modelos foram surgindo para suplantam os modelos de atenção a pessoas com transtorno mental, como exemplo: os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que são serviços comunitários de saúde mental, que operam segundo a lógica dos territórios. Entendidos como dispositivos estratégicos da política, são estruturas que atendem prioritariamente pessoas com transtornos mentais graves ou persistentes, e indivíduos com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Outros são os SRT (Serviços de Residenciais Terapêuticos), os Cecos (Centros de Convivência), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outras. No ano 2000, houve uma ampliação da rede de atenção psicossocial (Raps), que passou a integrar, com o decreto presidencial número 7508/2011, o conjunto de redes necessárias nas regiões de saúde.

Em 2008 uma política criou equipes de apoio à atenção básica (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) com profissionais de diversas especialidades, inclusive da saúde mental (SM) inclusive o profissional da psicologia nesse cenário, compondo esse campo de atuação. A partir de 2011, as redes integradas de atenção à SM foram oficialmente preconizadas pelas políticas do governo federal (Redes de

Atenção Psicossocial), estimulando a integração e a variabilidade dos serviços nos diferentes níveis de prestadores (municipal, estadual e federal) (TEIXEIRA, 2009).

Embora o NASF seja atualmente um dos principais serviços da política nacional, existem também outros serviços que prestam atendimento ambulatorial, de forma independente ou integrada a hospitais psiquiátricos. As crises relacionadas a saúde mental são tratadas principalmente em hospitais psiquiátricos, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e em uma categoria específica de serviços comunitários que funcionam 24 horas, tais como o CAPS tipo III. Todos esses serviços e equipamentos do Estado devem estar juntos de modo que possam oferecer garantia dos direitos da integralidade, universalidade e da equidade. Cada um oferecendo os serviços que lhe cabem, conforme já discutido, porém de forma articulada entre si para promoção de saúde.

E embora existam políticas nacionais e locais de saúde mental, o Estado ainda possui fraco poder regulatório sobre a forma de atuação dos serviços, prevalecendo a autonomia na prática clínica. Esses aspectos, juntamente com a cobertura insuficiente de serviços, causam grande variabilidade na disponibilidade de serviços e padrões singulares de itinerários em cada município (ROCHA et al., 2018).

Vale ressaltar que as práticas em saúde mental na Atenção Básica, podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de saúde, incluindo a psicologia, apesar de ainda ser incipiente em alguns locais. Todavia, tendo esse profissional de Psicologia, o compromisso com a promoção e prevenção da saúde, bem como operacionalizando suas ações de acolhimento, acompanhamento psicológico, entre outras ações.

Unificando contudo, o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental, que deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários, mais do que a escolha entre uma das diferentes compreensões sobre a saúde mental, que uma equipe venha a se identificar (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2013).

Segundo o referido Caderno de Atenção Básica (2013), os profissionais especialistas em saúde mental, bem como o psicólogo, criam às intervenções tomando como ponto de partida às vivências nos territórios e que esta percepção deve ser o objeto pronto a unir todos os demais profissionais de saúde que venham a fazer uma intervenção em saúde mental. Estas mesmas intervenções devem promover



novas capacidades para modificar e qualificar as condições e modos de vida dos usuários, tendo como orientação a produção de vida e de saúde e não se limitando a cura de doenças.

A prestação de cuidados em saúde mental, embora compreendida no âmbito das ações da APS e também presente no programa de avaliação, não está bem desenvolvida. Para fortalecer a oferta das ações de saúde mental pelas equipes de atenção básica, é necessário incrementar as práticas gerenciais, como a estratificação de risco para a gestão do cuidado e o registro do acompanhamento dos casos mais graves. Recursos assistenciais também devem ser desenvolvidos, como atendimento grupal e ações de prevenção e promoção da saúde mental (ROCHA et al., 2018).

Neste contexto, vale mencionar que a atuação do psicólogo insere-se nas práticas e estratégias que voltam-se ao atendimento de saúde mental, sendo que este profissional, na atenção básica, faz parte da equipe de saúde da família(ESF), sendo um colaborador ativo no processo de atuação, mas não garantindo, por si só, a efetividade dos programas, os quais estão relacionados diretamente a múltiplos fatores apontados na literatura, tais como: cultura, formação, identidade profissional do psicólogo; capacidade do profissional em flexibilizar e contextualizar seu conhecimento e suas práticas e à sua posição ética e política e outros (BOING; CREPALDI, 2010).

Todavia, se inscrever na equipe de saúde na atenção primária, ainda requer muito esforço, pois conta com alguns impasses na efetivação do seu saber-fazer profissional. O psicólogo muitas vezes está inserido com mais ênfase no atendimento secundário e terciário de atenção à saúde mental. Alguns estudiosos apontam que a atuação do psicólogo ainda está ligada ao modelo clássico, o que se configura como um grande desafio a ser transposto.

Boing; Crepaldi, (2010) nos apresenta que é necessário a interdisciplinaridade na atuação dos profissionais com cada saber que compõe a equipe, para que haja uma atenção integral à saúde da comunidade.

A saúde deve ser vista como ponto de partida e de chegada para a intervenção profissional. O saber interdisciplinar propicia ao profissional uma visão que transcenda a especificidade do seu saber, e sua atuação se torna ampla e contextualizada, possibilitando ao mesmo a compreensão das

implicações sociais de sua prática para que esta possa se tornar realmente um produto coletivo e eficaz. (GOMES apud BOINH; CREPALDI, 2010, p.636).

Nesse sentido, é tangível a responsabilidade e competência que o profissional tem em assumir uma proposta para efetivação de políticas, para tanto é necessário o compromisso contínuo de romper com o modelo clássico de se trabalhar e incorporar uma mudança de paradigma, em acolher a premissa de uma prática psicológica que esteja em harmonia com a comunidade e na singularidade de cada usuário, adaptada ao seu contexto social e territorial. Consolidando a teoria, adaptando-a à realidade do sujeito atendido, apresentando uma prática que tenha como proposta, produzir afetos e vínculos, oportunizando uma relação entre profissional, equipe e usuários.

Dimenstein (2009), traz uma contribuição crítica acerca da formação acadêmica dos profissionais da psicologia ao relatar que nas academias, a formação ainda é rasa em ferramentas de atuação a partir do sistema do SUS. O conhecimento psicológico, segundo a autora, precisa ser problematizado e não abandonado, precisa ser adaptado ao contexto em que o profissional está atuando. “[...] O mais importante de tudo é produzir formas diferenciadas e singulares de acolhimento às pessoas e de problematização do cotidiano” (DIMENSTEIN, 2009, p.18).

Dimenstein (2009), afirma que o profissional deve problematizar seu conhecimento, o colocando em prática no contexto adequado e quando for necessário, podendo recriar sua atuação à necessidade de cada usuário, podendo ainda, convoca-los a se engajar e colaborar no seu processo de tratamento.

O psicólogo não deve se apegar ao que não tem mais eficácia para ele. Ter menos preocupação de aplicar técnicas e trabalhar muito mais com sua própria criatividade, com seu jeito de ser, que é sua ferramenta por excelência no campo da saúde coletiva (Jornal PSI, n. 161, CRP:SP, 2009, p.18).

Ainda nessa perspectiva, MACARINI; MIRANDA (2018) apresenta a seguinte contextualização:

O psicólogo, independente do campo em que esteja atuando, é um dos profissionais que contribui para a promoção e garantia dos Direitos Humanos, relacionando-se com as áreas da saúde, educação, social, privada, políticas públicas, entre outras. Quando se trata da atuação deste profissional na realidade desses usuários e a relação com as políticas públicas é quase que obrigatória, constituindo um diálogo entre o Estado e a sociedade, para atender os direitos fundamentais dos envolvidos (MACARINI; MIRANDA, 2018, p.167).

Percebe-se diante de tais apontamentos, a necessidade de que os serviços estejam associados às práticas de atuação propostas nos dispositivos consolidados, como o SUS e todas as demais propostas que foram citadas do decorrer do texto, para que haja efetivação dos serviços aos usuários e garantindo assim, o direito à cidadania, bem como a saúde mental e saúde integral aos usuários.

Os profissionais que exercem função em cada dispositivos e equipamentos da saúde pública, dispõem de ferramentas para atuar nas unidades de saúde, cabendo à equipe atender os usuários com uma visão diferenciada de sujeito, de maneira horizontal e não de forma fragmentada, especialmente proporcionando uma maior capacidade de compreensão e superação através de vários programas que podem ser desenvolvidos de acordo a realidade do local, como o assunto em questão que é a atuação na atenção Básica, em que os profissionais multidisciplinar da ESF podem garantir mais qualidade no acesso, construindo intervenções de acordo com a realidade local, pois estão mais perto da comunidade.

Identificamos que a integração entre saberes na produção de sentido, interação das várias ciências, bem como implicações ético-políticas no processo de subjetivação se fazem necessárias para todos os envolvidos. Todavia, a participação da psicologia pode estar apoiada na premissa de se trabalhar com o vínculo, respeito e afeto, considerando o indivíduo na sua diversidade, nas mudanças e vivências coletivas, experienciando e possibilitando a construção de novos sujeitos.

Sundfeld (2010) afirma, que o profissional deve atuar de forma ativa em sua potência de trabalho, de modo a combater as velhas práticas, onde pontua que a atuação propõe:

[...] o acolhimento ao usuário, através da escuta qualificada, o compromisso de resolver seu problema de saúde, a criatividade posta a serviço do outro e, ainda, a capacidade de estabelecer vínculo, formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde (FRANCO et al. 2006, p. 121 apud SUNDFELD 2010, p. 1083).

A psicologia pode fomentar a busca de uma “nova ética”, por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania no que tange a assistência em saúde, pretendendo uma ruptura de paradigmas, considerando o usuário, “outro”, como sujeito de possibilidades, desviando-se da doença, rumo à vida, ressignificando seus conflitos e dificuldades, apoderando-se da face política que permeia sua história e mais especificamente a consolidação de forma integral de saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos estudos apresentados e da análise desenvolvida, no que se refere à saúde mental na atenção básica e a atuação do psicólogo é possível constatar a partir do levantamento de artigos, que desde a Reforma Psiquiátrica, marco histórico para a saúde mental, o Ministério da Saúde também vem incentivando a inclusão de diretrizes que referencie à dimensão subjetiva dos usuários e dos agravos mentais na ampliação, formulação, formação e avaliação de Atenção Primária à Saúde (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) passou por transições significativas nos últimos anos. Publicada em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216 definiu o marco legal para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, criando condições para que sejam atendidas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. A partir do vigor da lei, a internação, qualquer que fosse a sua modalidade, só seria atribuída quando os recursos extra-hospitalares se mostrassem insuficientes; para isso, o país teve que investir na criação de serviços extra-hospitalares capazes de atender à demanda e prestar o devido tratamento (ROCHA et al., 2021).

Com a instituição da ESF em grande parte do país, a estratégia de implantação das Equipes de Saúde Mental de referência foi organizada junto aos gestores, e os municípios vêm aderindo cada vez mais a essa proposta, até a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF). Esses serviços matriciais consistem em supervisão, cuidado compartilhado e treinamento realizado por uma equipe de saúde mental para as equipes ou profissionais da atenção básica (GONÇALVES; VIEIRA, 2012).

Nesse sentido, a Portaria 7.508 instituída pelo Ministério da Saúde (MS) definiu os componentes necessários à constituição de uma Região de Saúde, com pontos de atendimento dispostos em estruturas verticais, incluindo o atendimento psicossocial. A atenção psicossocial é a única área especializada que está contemplada neste texto e ainda é uma forma de inserção no Sistema (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Como desdobramento desse Decreto, o MS publicou uma série de Portarias instituindo “Redes Temáticas”, consideradas prioritárias para a reorganização do modelo de atenção à saúde. A Portaria 3.088 criou a Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS - Rede de Atenção Psicossocial) e definiu o modelo de atenção à saúde mental com base no atendimento comunitário e de participação social. Os objetivos dessas Diretrizes incluem a ampliação ao acesso dos usuários aos cuidados e o enfoque nos usuários de substâncias psicoativas (TRAPÉ; CAMPOS, 2017).

Os pontos de atendimento existentes são organizados por eixos verticais: atenção primária à saúde, atenção psicossocial especializada, atendimento de urgência e emergência, atendimento residencial transitório, atendimento hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Percebe-se nesse componente a diversificação das unidades e a congruência da política oficial com as mudanças produzidas no modelo assistencial nas últimas décadas (TRAPÉ; CAMPOS, 2017, p. 4).

No entanto, os esforços preconizados pelos pontos de atendimento sugerem alguns anacronismos. Para Fernandes e colaboradores:

Alcançados quase vinte anos desde a homologação da Lei nº 10.216/2001, pode-se dizer que o Brasil conta com uma assistência à saúde mental híbrida, Quinderé (et al, 2010 apud Fernandes et al, 2020, p.3), composta por serviços de ênfase comunitária e asilares em coexistência, de forma que os serviços asilares são parte da própria rede que inicialmente foi legislada para substituí-los. Tal aspecto parece inviabilizar a identificação do aumento dos serviços da RAPS com o redirecionamento da assistência para um modelo comunitário (Simon; Baptista, 2011; Delfini; Reis, 2012 (apud Fernandes et al, 2020, p.3), o que viria materializar o lema da reforma, 'por uma sociedade sem manicômios'. Parece-nos, portanto, urgente a necessidade de uma análise crítica da dinâmica de oferta dos serviços no campo da saúde mental [...] (FERNANDES et al., 2020, p3).

A partir das estratégias apresentadas, destaca-se que o psicólogo está em confluência com o cuidado em suas intervenções práticas de atuação, assumindo uma ligação direta com as demandas da saúde e saúde mental, pautada no acolhimento, triagem, acompanhamento psicológico e desenvolvimento de grupos (BRONDANI et al) Nada obstante, foi possível observar que o modelo de atenção à saúde mental preconizado pelo Ministério da Saúde, vem avançando lentamente em diversos aspectos, criando demandas urgentes para sua consolidação (GONÇALVES; VIEIRA, 2012).

Os resultados aqui encontrados corroboram com os estudos de Santos e Bossi (2021), os quais, realizados a partir de uma pesquisa qualitativa, alinhada à abordagem interpretativa crítica, reconheceram que apesar dos avanços, ainda há muito o que ser melhorado nas abordagens atuais relacionadas à saúde mental na atenção básica, citando-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF), que é o modelo que redireciona a atenção e o processo de trabalho no Sistema Único de Saúde

brasileiro, deveria estar articulada diretamente com a prática da saúde mental; embora, na prática, há um distanciamento entre estas duas vertentes.

Das raras ações observadas que englobavam ambos os eixos, observou-se uma parceria incipiente entre os profissionais da ESF e a equipe NASF, marcada pela falta de interação e integração (SANTOS; BOSSI, 2021). Todavia, encontra-se um desafio, pois esse equipamento que conduz o serviço de uma política nacional, possui uma equipe multidisciplinar, inclusive a psicologia, capaz de dar suporte através de técnicas e treinamentos com as equipes da atenção básica para se trabalhar a saúde mental.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente artigo se propôs em conhecer a saúde mental na atenção básica a partir da contextualização histórica de alguns eventos que culminaram na saúde pública. Perscrutando por acontecimentos relevantes no que concerne a garantia de direitos de saúde, principalmente a saúde mental. Pretendeu-se percorrer por algumas práticas e possibilidades de atuação do psicólogo e seus desafios na atenção à saúde mental dentro da atenção básica de saúde. Nesse sentido, apresentou-se uma cronologia de eventos que iniciou em 1948, Declaração Universal dos Direitos Humanos, uma prerrogativa que estabelece o dever dos Estados de garantir à população o acesso universal às ações e serviços de saúde. Ainda no mesmo ano, a OMS considera a saúde dentro de uma visão voltada a integralidade, entendendo não apenas ausência de doenças, mas a saúde como um estado bem-estar. Na sequência trouxemos a carta de Ottawa, realizada em 1986, em que esta, traz a ideia de saúde como política pública e aborda a promoção de saúde, certificando uma nova referência para os conceitos tradicionais de saúde. A reforma psiquiátrica, foi um marco para a saúde mental, apresentando em seu foco, a universalização e democratização da saúde, com propostas de descentralização dos serviços. A constituição de 1988, foi um fenômeno no Brasil, consolidada com a Lei 8080/1990, abordando a universalidade, integralidade e igualdade na assistência em saúde. Vê então a partir do acordo do Sistema Universal de Saúde (SUS) que a visão em saúde amplia-se para a garantia de promoção, prevenção, proteção e recuperação em saúde, que tem em seus princípios doutrinários a universalização, integralidade, equidade e participação da população e em seus princípios organizativos, descentralização, regionalização e hierarquização. Outra conquista foi publicada em 6 de abril de 2001,

a Lei 10.216 definindo o marco legal para a garantia dos direitos das pessoas com transtornos mentais, criando condições para que sejam atendidas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Nesse contexto entra no cenário da saúde a atenção básica que por sua vez, pode ser encontrada na portaria nº 648 de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, e gradativamente, o Ministério da saúde implementa a Estratégia de saúde da família (ESF) em 1994, sendo ela uma estratégia da atenção básica que se configura como política de saúde e que possibilita o acesso da população que busca atendimento no território. Diante do exposto, podemos perceber que o psicólogo vem ampliando seu campo de atuação ao longo do tempo e conta atualmente com a prerrogativa de compor o quadro da ESF, assumindo a estratégia, atravessando a visão da especialidade para o atendimento em saúde mental, com foco na prevenção e promoção de saúde, abarcando o sujeito em sua singularidade, podendo identificar as demandas e necessidades dos usuários do serviço e promover intervenções dentro do seu território. Contudo, para se cumprir o princípio da integralidade, os serviços devem estar articulados aos outros equipamentos que compõem a assistência à saúde mental, ou seja, articulação entre a atenção primária, atenção secundária e terciária. Assim como nos afirma, Boing e Crepald:

[...] a atenção básica deve ser efetivamente a porta de entrada, a referência e a organizadora da rede de atenção, abarcando ações de saúde mental nas suas ações cotidianas e articulando-se com os serviços de nível secundário e terciário de atenção (BOING; CREPALDI, 2010, P.642).

Outra questão ainda identificada, diz respeito ao papel que o psicólogo deve adotar, em uma constante mudança de paradigma para transpor a visão tradicional clínica, assumindo a posição crítica com o compromisso político e ético diante do usuário da saúde mental. Ainda se faz necessário se engajar nas políticas que consolidam atuação ao profissional de psicologia na atenção básica, para que se possa conquistar também esse direito que certamente traz benefícios para a vida dos usuários e comunidade. Tais considerações corroboram para com os novos profissionais que ora estão se formando, possibilitando uma visão crítica do contexto acima discutido, o que pode contribuir para um posicionamento político-crítico do assunto em questão. O psicólogo é parte fundamental da equipe de saúde da família, sendo ela a porta de entrada do usuário da saúde no SUS. Nesse sentido, o profissional da psicologia pode articular todos os recursos disponíveis na rede de

atenção, juntamente com a equipe multidisciplinar para o atendimento do usuário em saúde mental, sendo referência de cuidado e organizador da rede, agente de promoção e prevenção de saúde, bem como acolhendo a subjetividade, através da construção de vínculos e afetos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, CE et al. **Revisão sistemática das trajetórias de atenção à saúde mental no Brasil: síntese narrativa de estudos quantitativos e qualitativos**. Int J Ment Health Syst, v. 12, n. 65, 2018.

BASTIANELLO, Micheline Roat e HUTZ, Claudio Simon. **Otimismo e suporte social em mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática**. Psicol. teor. prat. [online]. 2016, vol.18, n.2, pp. 19-33. ISSN 1516-3687.

BÖING, Elisangela e CREPALDI, Maria Aparecida. **O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras**. Psicologia: Ciência e Profissão. v. 30, n. 3, pp. 634-649, 2010.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf). Acesso em 05 nov. 2021.

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 01 nov. 2021.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS**. Brasília, DF, Senado Federal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 15 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília, DF, Senado Federal, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em 15 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 2017. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031). Acesso em 15 out. 2021.



BRAVO, M. I. de S. **A política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In BRAVO, M. I de S. Matos, M. c, de Araújo, P. S. X (Org). Capacitação para conselheiros de saúde: textos de apoio. Rio de Janeiro: DEPEXT/Nape, 2001.

BRONDANI, MICHELE ALVES et al. **ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS): RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

BUSS, PM, Pellgrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis. v. 17, n.1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS RO et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira.** *Cienc Saude Coletiva*, v. 16, n12, p. 4643–4652, 2011.

COHN, Amélia. **Caminhos da reforma sanitária.** Lua Nova, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 123-140, 1989.

DE AZEVEDO, Dulcian Medeiros et al. **Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários.** *Revista de APS*, v. 17, n. 4, 2014.

DIMENSTEIN, Magda. **Sem medo de repensar.** Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região. Editorial dia do Psicólogo: Pela Promoção da Vida e dos Direitos. São Paulo, Jornal PSI, n. 161, publicado em: 31 de julho de 2009, Edição: Jun | Jul - 2009). Acesso em 20 de março de 2021.

FERNANDES, Cristofthe Jonath et al. **Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira.** *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 36, n. 4., 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00049519>>. Acesso em 24 set. 2021.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. **Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil.** *Physis*, v. 21, n. 3, p. 899-916, 2011.

FOCESI, E. **Educação em saúde: campos de atuação na área.** *Rev Brasil Saúde Escola*, v. 1, n. 3, p. 19-21, 1990.

FUHRMANN. Nadia Lucia Fuhrmann. **Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: A recente reorganização do Sistema Público de Saúde no Brasil.** *Civitas*, Porto Alegre, v. 4, nº 1, jan.-jun. 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 8. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES RW, VIEIRA et al. **Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009.** *Rev Saude Publica*, v. 46, n. 1, p. 51–5, 2012.

HARRIS M, HAINES A. **Programa de Saúde da Família do Brasil.** *BMJ*: v. 341, p. 54, 2010.

IERVOLINO, Solange Abrocesi. **Escola promotora da saúde - um projeto de qualidade de vida.** Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da

Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Prática de Saúde Pública. São Paulo: 2000.

LAKATOS, Eva; MARCONI, Marina. **Metodologia do Trabalho Científico**. 5. ed São Paulo: Atlas, 2003.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Rev. katálysis, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 37-45, 2007.

LOBATO L, BURLANDY L: **O contexto e o processo de reforma da saúde no Brasil (capítulo 4)**. Remodelando a Assistência à Saúde na América Latina. Uma análise comparativa da reforma da saúde na Argentina, Brasil e México. 2000.

MACARINI, Samira Mafioletti; MIRANDA, Karla Paris. **Atuação da psicologia no âmbito da violência conjugal em uma delegacia de atendimento à mulher**. Pensando fam., Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 163-178, 2018.

MATEUS, MD, MARI, JJ, DELGADO, PG et al. **O sistema de saúde mental no Brasil: Políticas e desafios futuros**. Int J Ment Health Syst, v. 2, n. 12, 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Interdisciplinaridade**. Disponível em:<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/int.html> Acesso em: 20 de jun. 2021.

PIRES, A.M.; BORELLA, J.C.; RAYA, L.C. **Práticas alternativas de saúde na atenção básica na rede SUS - Ribeirão Preto/SP**. Saude Debate, n.30, p.56-8, 2004.

PORTO MFS, Pivetta F. **Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis**. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.207-229, 2009.

## REFERÊNCIAS

ROCHA, Hugo André da et al. **Saúde mental na atenção básica: uma avaliação pela Teoria de Resposta ao Item**. Revista de Saúde Pública [online], v. 52, n. 17, 2018.

SANTOS, Roseléia Carneiro dos e BOSI, Maria Lúcia Magalhães. **Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 5, 2021.

SANTOS, Keli Lopes; QUINTANILHA, Bruna Ceruti; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **A atuação do psicólogo na promoção da saúde**. Psicologia: teoria e prática, v. 12, n. 1, p. 181-196, 2010.

- SILVA, Paulo Roberto Fagundes da et al. **Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 7, 2017, pp. 2341-2352.
- SOUTO, Lúcia Regina Florentino e OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. *Saúde em Debate* [online]. 2016.
- SOUTO, Lúcia Regina Florentino e Oliveira, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, 2016.
- STARFIELD B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
- SUNDFELD, Ana Cristina. **Clínica ampliada na atenção básica e os processos de subjetivação: relato de uma experiência**. *Physis, revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 1079-1097, 2010.
- TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. **Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 477-486, 2009.
- TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS)**. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, 2009.
- TRAPÉ, Thiago Lavras e CAMPOS, Rosana Onocko. **O modelo de atenção à saúde mental no Brasil: análises do financiamento, processos de governança e mecanismos de avaliação**. *Revista de saúde pública* vol. 51, n. 19, 2017.
- VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. **O sistema único de saúde / National health system**. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, v. 170, p.531-562, 2006.
- WHO. **World Health Organization**. 8th Global Conference on Health Promotion: the Helsinki Statement on Health in All Policies. Geneva: 2013.