

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Natália Gabriele Silva de Oliveira

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Qual o cuidado possível no
território em municípios de pequeno porte?**

Belo Horizonte

2025

NATÁLIA GABRIELE SILVA DE OLIVEIRA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Qual o cuidado possível no território em municípios de pequeno porte?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador (a): Dr. Rinaldo Conde Bueno

Belo Horizonte

2025

O48s Oliveira, Natália Gabriele Silva de
Saúde mental na atenção primária: qual o cuidado possível no território em municípios de pequeno porte?/ Natália Gabriele Silva de Oliveira. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2025.

18 f.

Orientador(a): Dr. Rinaldo Conde Bueno

Relato de Experiência (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Básica. 3. Municípios de Pequeno Porte.
4. Cuidado em Liberdade

I Bueno, Rinaldo Conde. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 84.6

NATÁLIA GABRIELE SILVA DE OLIVEIRA

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: Qual o cuidado possível no território em municípios de pequeno porte?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Banca Examinadora

Esp. Ariane Gonçalves Cruz Ribeiro
Prefeitura Municipal de Florestal/MG

Esp. Rodrigo Chaves Nogueira
Prefeitura Municipal de Brumadinho/MG

Dr. Rinaldo Conde Bueno
Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

Belo Horizonte

2025

RESUMO: A saúde mental representa um dos maiores desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde, especialmente em municípios de pequeno porte, onde os recursos humanos, financeiros e estruturais são limitados. Este artigo, por meio de um relato de experiência vivenciado em um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG, com aproximadamente 8.045 habitantes segundo o IBGE (2022), busca refletir sobre as dificuldades e possibilidades do cuidado em saúde mental no território. A ausência de serviços substitutivos, a fragilidade nas pactuações entre municípios e a escassez de trabalho em rede impactam diretamente a qualidade do cuidado prestado. A análise é complementada por uma breve revisão bibliográfica acerca da saúde mental na Atenção Básica, com ênfase no cuidado em liberdade e nas práticas territoriais. Destaca-se, ainda, o papel do controle social, especialmente por meio da V Conferência de Saúde Mental, como espaço fundamental para a construção coletiva de propostas, fortalecimento da participação popular e mobilização para a criação de novos dispositivos de cuidado no município.

Palavras-chave: Saúde mental, atenção básica, municípios de pequeno porte, cuidado em liberdade, controle social.

ABSTRACT: Mental health represents one of the greatest challenges faced by Primary Health Care, especially in small municipalities, where human, financial and structural resources are limited. This article, through an experience report from a municipality in the Metropolitan Region of Belo Horizonte/MG, with approximately 8,045 inhabitants according to the IBGE (2022), seeks to reflect on the difficulties and possibilities of mental health care in the territory. The lack of substitute services, the fragility of agreements between municipalities and the lack of networking directly impact the quality of care provided. The analysis is complemented by a brief bibliographic review on mental health in primary care, with an emphasis on care in freedom and territorial practices. The role of social control is also highlighted, especially through the 5th Mental Health Conference, as a fundamental space for the collective construction of proposals, strengthening popular participation and mobilization for the creation of new care devices in the municipality.

Keywords: Mental health, primary care, small municipalities, care in freedom, social control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMENT	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CES-MG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CMEI	Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA	7
RELATO DE VIVÊNCIA: SAÚDE MENTAL E APS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE	11
PRINCIPAIS APRENDIZADOS DA EXPERIÊNCIA.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

INTRODUÇÃO

A saúde mental é um dos grandes desafios da Atenção Primária em Saúde (APS), especialmente em municípios de pequeno porte, que frequentemente têm recursos limitados para investirem de forma suficiente frente às demandas da referida área. A ausência de serviços substitutivos e a fragilidade no trabalho em rede aumentam as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e pela população. A atual Portaria nº3, de 2017, prevê a implantação de Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) em municípios com população igual ou superior a 15 mil habitantes, fazendo com que esse critério exclua a maior parte dos municípios mineiros, deixando um vazio na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Por meio de um relato de experiência sobre cuidado em saúde mental em um município com cerca de 8.045 habitantes, conforme censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizado no ano de 2022, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte/MG, destacam-se ao longo deste artigo os principais desafios enfrentados pela equipe de saúde no cuidado em saúde mental e possibilidades de intervenções no território.

Os usuários dos serviços de saúde mental caracterizam-se por pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuários de álcool e outras drogas, sendo um público que sofre cotidianamente em sua realidade e necessitam de uma intervenção baseada na interrelação dos seus problemas. A articulação entre as políticas de Saúde e de Saúde Mental não podem ser dissociadas de outras políticas como de Assistência Social, Previdência Social, Trabalho, Educação, Cultura, dentre outras. O olhar fragmentado não é resolutivo para as demandas complexas dos usuários que atendemos e impossibilita o cuidado integral dos mesmos. Conforme o Caderno de Atenção Básica nº 34, que aborda o tema Saúde Mental:

O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade. (Brasil, 2013, p.21)

A fim de fortalecer os serviços, evidencia-se o trabalho em parcerias de modo a corresponsabilizar-se pela saúde e qualidade de vida dos usuários, superando as limitações e propondo alternativas, com o intuito de construir uma rede de cuidados que lute pelo seu desenvolvimento e autonomia. Dessa forma, é necessário fomentar a reflexão e criticidade a respeito do processo de saúde e doença que a sociedade vivencia e ocupar os espaços de tomada de decisão de modo a oportunizar a garantia e ampliação de direitos dos usuários. Este estudo é relevante, pois busca documentar uma experiência prática e propor possibilidades de cuidado em liberdade.

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: UMA ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA

O Ministério da Saúde (Brasil, 2013) em seu caderno da Atenção Básica nº 34, intitulado “Saúde Mental” enfatiza a necessidade de superar a visão dualista do ser humano, propondo um modelo mais dinâmico, complexo e não reducionista, além de orientar novas práticas na área da Saúde.

Durante muito tempo houve uma tentativa de aniquilamento do sofrimento mental, da loucura em suas diversas formas, construiu-se assim, uma forma de tratamento a partir dessa premissa. Um tratamento higienista, racista, LGBTfóbico, permeado pelo elitismo-classista, capacitismo, misoginia, entre outras formas de exclusão e violação de direitos. Noticiado e denunciado por vários documentários, artigos, livros, reportagens, entre eles, o livro Holocausto Brasileiro (Arbex, 2013), A Instituição Sinistra (CFP, 2001), Nos Porões da Loucura (Firmino, 2014) e recentemente pela obra Luta Antimanicomial na Prática (Camey, 2024), que traz em sua coletânea artigos sobre a História Reforma Psiquiátrica Brasileira e perpassa possibilidades do cuidado em liberdade.

A Luta Antimanicomial vem enfrentando esse modelo de tratamento hegemônico e propondo um cuidado em liberdade, integral, considerando todas as nuances e constituintes de raça, cor, gênero e classe do sujeito, no território, onde a vida acontece. De acordo com Yasui, Luzio e Amarante (2018, p.182):

Na perspectiva que Atenção Psicossocial e Atenção Básica compartilham, não basta aqui olhar para um corpo que adoce e buscar em suas entranhas as

causas da entidade mórbida que dele se apoderou. Este corpo está atravessado por múltiplos planos (históricos, sociais, econômicos) e pelas múltiplas histórias que compõe a singularidade de cada situação.

Um marco da Luta Antimanicomial Brasileira foi a promulgação da Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado, fruto dos vários movimentos da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Com a lei, o “tratamento” das pessoas com sofrimento mental oficialmente deixou de ser exclusividade dos manicômios, sob a lógica hospitalocêntrica e passou para um modelo descentralizado, com equipe multiprofissional e territorializado. Desde então a atenção primária em saúde tornou-se fundamental para o acolhimento e cuidado da pessoa com sofrimento mental. O cuidado em liberdade passou a ser direito, que, infelizmente, ainda é violado de inúmeras formas e se luta ativamente em sua defesa e contra os retrocessos.

A Atenção Básica torna-se grande aliada nesse processo, promovendo saúde, acolhimento e cuidado no território. Esse equipamento muitas vezes é o primeiro acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS), é a porta de entrada, é nesse ambiente que as demandas são expostas, quando possível são atendidas e quando necessário encaminhadas para à atenção especializada.

A Atenção Básica em suas infinitas formas e nomes como postinho, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Saúde da Família (PSF), Centro de Saúde, Posto de saúde, entre outros, tem papel fundamental na saúde da população. Esse lugar além de promover saúde, também oferta acolhimento, pertencimento e cuidado. As pessoas se identificam com aquele lugar, conhecem aqueles trabalhadores, tem confiança e segurança no que lhe é ofertado. São mais próximas e é essa proximidade que faz com que o cuidado seja possível. Dentro dessa perspectiva o Ministério da Saúde define como princípios da Atenção Básica:

possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, possibilitando aos profissionais de Saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde moram, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida. [...] Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica

considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2013, p.19).

Em relação ao cuidado em saúde mental não deveria ser diferente, muitas vezes essa demanda chega primeiro na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém logo é encaminhada para um CAPS ou ambulatórios especializados. Parece existir um vazio quando se refere às questões de saúde mental na atenção primária em saúde. Um vazio de formação, capacitação e até mesmo do desejo em acolher aquela demanda.

Muitos profissionais de saúde quando se deparam com essa demanda alegam que não se sentem capacitados para iniciar e manter a continuidade dos cuidados na unidade, muitos relatam um despreparo e insegurança diante do sofrimento mental, deixando essas demandas a cargo exclusivamente dos profissionais *psis*, tidos como especialistas na área.

O Caderno de Atenção Básica nº34 (Brasil, 2013, p.23) traz outra perspectiva, alerta que todos os profissionais de saúde podem e devem realizar práticas em saúde mental na Atenção Básica, além de enfatizar que o objetivo deve ser unificado, que é o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de Saúde com os usuários. Ou seja, todos os trabalhadores, independente da especialidade ou cargo, devem ser capazes de acolher o sujeito em sofrimento mental e esse acolhimento deve ter como base a relação de vínculo entre a equipe de saúde e o território.

Em seu artigo intitulado “A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica” as autoras Cristina Amélia Luzio e Solange L’Abbate trazem um estudo sobre a atenção em Saúde Mental de dois municípios do estado de São Paulo, um de pequeno porte, com cerca de 29.280 habitantes, e outro de médio porte com população de 87.251 habitantes, conforme censo de 2000. Concluíram que o comprometimento de gestores, trabalhadores e usuários é essencial para a criação de serviços substitutivos em saúde mental. Porém, há riscos, como a medicalização excessiva, a falta de investimento na formação das equipes, além da reprodução de um tratamento moral. As autoras enfatizam que:

No entanto, pouco se conhece acerca das ressonâncias da política nacional de Saúde Mental na maioria dos municípios, em especial nos de pequeno e médio portes, cujos governos não se destacam enquanto gestores comprometidos com

a melhoria das condições de vida da população e com a redução das desigualdades sociais (Luzio; L'Abatte, 2009, p.106).

Para superar o modelo manicomial, são necessárias mudanças sociais, investimento na capacitação profissional e maior participação da população. Ou seja, uma simples capacitação não seria suficiente para que as equipes de saúde estejam aptas para ofertar o cuidado em Saúde Mental, é necessário um processo de formação permanente, não só dos trabalhadores da saúde, mas dos gestores, usuários e familiares, superar estigmas e preconceitos com relação ao sofrimento mental e assim propiciar a construção de vínculo e o cuidado em liberdade.

No artigo “Saúde Mental, Álcool E Outras Drogas em Municípios de Pequeno Porte: uma revisão de literatura” (Souza 2022), o autor realizou uma pesquisa bibliográfica selecionando artigos entre 2008 e 2018, com descritores específicos na base de dados Scielo e em bases nacionais. O estudo teve como objetivo compreender a dinâmica da saúde mental em cidades de pequeno porte e concluiu que é necessário um olhar mais amplo envolvendo a regulamentação e fiscalização das entidades governamentais e não-governamentais. Além de um olhar sobre os desafios inerentes a uma Reforma Psiquiátrica, assim como a criação de leis que realmente contemplem a diversidade do território brasileiro, com o intuito de atender as minuciosidades que envolvem os tratamentos dos usuários de álcool e outras drogas, bem como as pessoas em sofrimento mental.

Portanto é fundamental lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. Retirar o conceito de sujeito do lugar de sujeito, para uma implicação na qual ele se perceba inserido num contexto territorial e de possibilidades de reconstrução de sua identidade e participação comunitária (Souza, 2022, p.13).

O Brasil possui um extenso território e de acordo com o Censo Demográfico de 2022, divulgado pelo IBGE, 70,6% dos municípios têm uma população igual ou inferior a 20 mil habitantes. Considerando a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelecia como critério para a habilitação de CAPS I uma população entre 20 mil e 70 mil habitantes, apenas um terço das cidades brasileiras, em tese, atendiam a esse requisito. Atualizada em 2017, com a Portaria de Consolidação nº 3, reduziu o número do critério populacional para 15 mil habitantes.

Em Minas Gerais, a realidade não é diferente. Conforme o Guia Para O Trabalho nas Redes de Atenção Psicossocial em Minas Gerais: Diretrizes e Orientações (ESP-MG, 2022), com 853 municípios, existem apenas 195 CAPS I, sendo 189 habilitados e 6 em funcionamento, contemplando um total de 195 municípios em um estado que 794 municípios possuem população igual ou inferior a 50 mil habitantes. A falta de serviços substitutivos gera vazios na Rede de Atenção Psicossocial, arranjos como pactuações de serviços entre municípios das microrregiões são tentativas de suprir esse vazio, mas muitas vezes são insuficientes, como segue no relato de experiência.

RELATO DE VIVÊNCIA: SAÚDE MENTAL E APS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Este relato de experiência trata-se da primeira atuação em saúde mental desta autora como psicóloga na Atenção Básica, em um município de pequeno porte, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, com aproximadamente 8.045 habitantes. O município contava com duas Estratégias de Saúde da Família (ESF), compostas por equipes multidisciplinares, incluindo enfermeiro, clínico geral, educador físico, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista e psicóloga. Além disso, dispunha de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas, com equipe formada por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Na área da assistência social, estavam presentes o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Conselho Tutelar. A rede educacional era composta por um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI), uma escola municipal e uma escola estadual, além de uma unidade da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que prestava atendimento em saúde e assistência social para as pessoas com deficiência intelectual e múltipla e pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

O trabalho no município teve a duração de dois anos e foi iniciado através de um processo seletivo simplificado. Ao longo desse tempo houve muitos desafios, conquistas e aprendizados. Logo no primeiro dia essa autora foi informada que seria a Referência Técnica em Saúde Mental, função essa a qual não conhecia as atribuições, afinal foi a primeira experiência no SUS.

Com o passar do tempo foi se apropriando daquele lugar e da função que lhe foi dada, participando de capacitações, reuniões de colegiado da macrorregião organizado pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), reuniões da microrregião para construção de pactuações entre os municípios mais próximos, oficinas sobre integralidade do cuidado em saúde mental promovida pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), entre outros cursos, rodas de conversa e por fim ingressou nesse curso de Especialização.

Aos poucos e com a contribuição de muitas pessoas, a autora foi compreendendo do que se tratava a Atenção Psicossocial, o cuidado em liberdade, a Luta Antimanicomial e sobre as tantas faces da loucura. Logo surgiu o incômodo sobre o seu fazer naquele espaço, sobre o fluxo da saúde mental e sobre como recebia os encaminhamentos de outros profissionais. Apesar de fazer parte de uma das equipes de ESF, por questões de falta de espaço físico, ficava na Unidade de Pronto Atendimento 24h, era nesse lugar que realizava atendimentos de psicoterapia e organizava a agenda do psiquiatra que vinha ao município uma vez ao mês.

A autora percebia que as questões de sofrimento mental não eram priorizadas, casos graves muitas vezes eram tidos como sem solução e a única intervenção realizada era a medicação. Quando alguma pessoa estava em sofrimento mental intenso, em surto psicótico, a única possibilidade era a internação, em alguns casos, de forma involuntária, em um Hospital Psiquiátrico localizado em Belo Horizonte.

O município contava com uma pactuação com o CAPS I de uma cidade vizinha, cerca de 18km de distância, mas o deslocamento, a falta de trabalhadores no município vizinho e disponibilidade para atendimento, inviabilizava o acesso dos usuários ao serviço.

Na tentativa de diminuir os índices de internação no Hospital Psiquiátrico, também foi pactuado com outro município, há 27km de distância, o acesso ao SUS fácil, sistema que gerencia os leitos de internação do SUS, inclusive os leitos de saúde mental. Porém a Unidade de Pronto Atendimento desse município se recusava a receber usuários em crise para aguardarem o leito, dificultando e muitas vezes impossibilitando acesso dos usuários ao serviço de saúde especializado. Foram realizadas diversas reuniões entre os gestores, coordenadores e referências técnicas em Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com o objetivo de estabelecer combinados entre

os municípios, porém a situação se manteve.

Os atendimentos em psicologia e psiquiátrica eram realizados de forma ambulatoriais, gerando uma fila de espera extensa. A medicação era dispensada na farmácia básica do município, que inclusive era bem completa. Mas esse tratamento não era o suficiente, não contemplava o aspecto psicossocial, não havia reabilitação psicossocial, vínculo com o território, cuidado em liberdade, sentimento de pertencimento e apropriação daquele lugar. A rede estava fragilizada, com vazios, buracos além do necessário.

Em 2022 foi realizado a etapa municipal da V Conferência de Saúde Mental na cidade, o primeiro evento que se propunha debater o tema com exclusividade e prioridade no município. Em meio às muitas discussões, conversas, ideias e propostas, algo surgiu repetidas vezes nos grupos de discussões, a criação de um serviço, um lugar para a saúde mental da cidade. Proposta aprovada, de forma unânime, também pelo Conselho de Saúde Municipal. Da conferência em diante, haja luta, luta política, financeira, e até de poderes. Foi necessário fazer resistência, ser presente e garantir que o controle social, em sua organização enquanto conferência fosse respeitado. Como o município não contemplava o critério populacional de 15 mil habitantes, estabelecido pela Portaria nº3 de 2017 para implantação de um CAPS I, seguimos buscando outras alternativas e possibilidades.

Em um colegiado da macrorregião, a autora escutou sobre a experiência com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (AMENT), serviço que era regulamentado pela Portaria GM/MS nº 3588 de 21 de dezembro de 2017, no município de Rio Acima, o qual possuía características em comum com o município da autora. Juntamente com a secretária de saúde, foi realizada uma visita técnica para conhecer melhor o serviço e entender como a AMENT atenderia as demandas de saúde mental do município. Viu-se aí uma possibilidade de um lugar/equipe de referência para a saúde mental.

Em meio à muitos impasses políticos, foi possível inaugurar a AMENT, estabelecida no Centro Municipal de Saúde Mental, a portaria foi extinta logo depois por meio da Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023, mas o serviço segue promovendo saúde mental e cuidado em liberdade. Durante o processo de implementação vários questionamentos surgiram “E se virar um grande ambulatório?”, “E se a população não aderir?”, “E se ficar um serviço solto na rede?”, mas que foram sanadas ao decorrer

do processo, pois percebia-se a real necessidade de reinventar a RAPS do município, propor novas articulações e intervenções.

Em 18 de maio de 2023 inauguramos nosso serviço-casa, gosto de chamar assim pois retrata o acolhimento e aconchego desse lugar. Foi um dia lindo, de muita alegria e de muita Luta Antimanicomial, na inauguração foi apresentado para a população o histórico da reforma psiquiátrica brasileira, a importância do cuidado em liberdade, do acolhimento e do vínculo.

Ofertava-se o que era possível, composto por duas psicólogas, um psiquiatra, uma assistente social, uma auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista, o serviço caminhava e se construía no coletivo. Era ofertado atendimentos ambulatoriais, mas não só, também havia diversos grupos de saúde mental, separados por faixa etária, atendimento com psiquiatra que passou a ser semanalmente, visitas domiciliares realizadas por todos os profissionais de saúde, inclusive o médico, acolhimento das famílias, grupo de atividade física e em datas comemorativas, nós também comemorávamos.

A Secretaria de Saúde disponibilizou um carro para que as visitas domiciliares fossem possíveis de serem realizadas. Para melhor articulação entre os serviços de saúde, equipamentos da assistência social e educação, realizava-se reuniões com as equipes das ESF a cada 15 dias, juntamente com os serviços da rede de Assistência Social CRAS e CREAS, para discutirmos os casos e dar os encaminhamentos necessários.

PRINCIPAIS APRENDIZADOS DA EXPERIÊNCIA

Alguns apontamentos são necessários com relação à Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, conforme o documento elaborado pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG), a portaria em questão trouxe graves retrocessos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A “nova” política possuía caráter médico-centrada, instiga a ambulatorialização da RAPS e reduz do investimento nos CAPS, em contrapartida, aumenta o investimento em hospitais psiquiátricos, privilegia as Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento, não legitima a Política de Redução de Danos e estimula longas internações.

A AMENT, de fato pela portaria, configura-se como uma equipe ambulatorial, o

que retoma um modelo antigo e ineficaz, que privilegiava o atendimento individual e dentro do consultório, resultando em filas de espera infinitas. Porém cabe a cada gestor e trabalhador ter criticidade quanto aos seus objetivos, estar alinhados com a luta antimanicomial e promover o cuidado em liberdade.

Observou-se que a construção de um espaço físico dedicado aos cuidados das pessoas com sofrimento mental promoveu mais visibilidade para a discussão sobre a temática no município. Além disso, com a movimentação para a construção do Centro Municipal de Saúde Mental, mais pessoas acessaram os serviços de saúde e da rede socioassistencial.

Um dos maiores desafios foi o impasse político, foi necessário muito diálogo na tentativa de sensibilizar o poder executivo e legislativo quanto a importância de se promover saúde mental e estratégias de cuidado em território, pois não compreendiam a necessidade em se ter um serviço para essa finalidade.

Após a implantação do serviço, os profissionais ficaram mais próximos dos usuários e familiares, visitas domiciliares se tornaram possíveis, em algumas ocasiões realizadas em conjunto com a rede de assistência social.

A adesão da população aos grupos e atividades coletivas também foi desafiador, já que a cultura do atendimento ambulatorial já estava enraizada. Esse também é um aspecto para se ter prudência e cautela uma vez que as atividades coletivas, no território, em conjunto com outros serviços, devem ser priorizadas em relação aos atendimentos ambulatoriais.

Com relação às equipes de estratégia de saúde da família foi construído ao longo do tempo uma relação de parceria e de cuidado compartilhado. As reuniões quinzenais de discussão de casos, envolvendo a rede de Assistência Social, tornaram-se também espaço para trocas, para formação permanente e construção sobre um cuidado em saúde mental possível em liberdade.

Vale ressaltar que ter um serviço substitutivo não é garantia de acesso a saúde mental, cuidado em liberdade, garantia de direitos humanos ou uma clínica antimanicomial, esses aspectos são uma construção interna de cada trabalhador e trabalhadora da rede.

São necessárias capacitações, formações e educação permanente, mas é crucial que o trabalhador acredite de fato naquilo que se propõe a trabalhar, que tenha disposição

e boa vontade. Tecer uma rede de atenção psicossocial só é possível a várias mãos, muitas trocas e vínculo, como já dizia Guimarães Rosa “viver é um rasgar-se e remendar-se”, assim também é nossa rede, desatando nós e criando laços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste relato de experiência sobre a vivência e atuação da autora ao longo de dois anos em um município com menos de 9.000 habitantes, articulado com revisão bibliográfica sobre saúde mental em municípios de pequeno porte, trabalho em rede e território, foi possível identificar as principais possibilidades e os desafios do cuidado em território e estratégias intersetoriais.

A ausência de serviços substitutivos em saúde mental, associada a fatores como preconceito, estigma, fragilidade da rede de cuidados, pactuações mal estabelecidas e impasse políticos, interfere diretamente no cuidado em liberdade. Uma vez que este é constituído no território e não se dissocia dos outros aspectos da vida do sujeito.

O cuidado em saúde mental só é possível em rede e precisa estar articulado com diversos autores e equipamentos do município. Não basta um serviço substitutivo, é imprescindível iniciativa da gestão e dos trabalhadores para tratar sobre as questões inerentes a promoção de saúde mental, a prevenção e tratamento do sofrimento psíquico e a reabilitação psicossocial.

Além disso notou-se que o controle social, através da V Conferência de Saúde Mental, foi fundamental para a elaboração de propostas e garantia de acesso aos serviços de saúde, bem como a mobilização para a construção de um novo serviço. A atuação do Conselho Municipal de Saúde foi de extrema importância na elaboração do projeto e em sua execução.

Esse relato de experiência contribui para a compreensão das limitações e potencialidades da atenção primária em saúde mental, evidenciando a importância de ações colaborativas, sensibilização das equipes e articulação em rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amarante, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

Associação Dos Usuários Dos Serviços De Saúde Mental De Minas Gerais; Camey, Laura Fusaro (Org.); Co-Autor@S. **Luta antimanicomial na prática**. Belo Horizonte: 1. ed. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 6 fev. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 36, p. 30-31, 20 fev. 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 22 dez. 2017.

Conselho Estadual De Saúde De Minas Gerais. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios**. Belo Horizonte : CES-MG, [s.d.].

Faria, A. R.; Alcântara, A. V.; Machado, A. R.; Souza, A. V. F.; Pereira, L. S. M.; Morelo, L.; Rodrigues, T. B. C. **Guia para o trabalho nas redes de atenção psicossocial em Minas Gerais**. 1. ed. Belo Horizonte: ESPMG, 2022

Firmino, Hiram. **Nos porões da loucura**. Belo Horizonte: Edições Ecológico, 2014.

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Municípios**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 abr. 2025.

Luzio, C. A.; L'Abbate, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105–116, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000100016>.

Seixas, C. T.; Baduy, R. S.; Cruz, K. T.; Bortoletto, M. S. S.; Slomp Junior, H.; Merhy, E. E. **O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam**. Botucatu: Interface (*Botucatu*), v. 23, n.0, 2019.

Silva, Marcos Vinicius de Oliveira (Org.). **A instituição sinistra: mortes violentas em**

hospitais psiquiátricos no Brasil. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2001.

Souza, T. G. Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Municípios de Pequeno Porte: uma revisão de literatura. Barbacena: **Mental**, v. 14, n. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v14n26.0008>. Acesso em: 30 mar. 2025.

Yasui, S.; Luzio, C. A.; Amarante, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 173, 2018.