

**ENTENDENDO O CONTEXTO E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE
MENTAL**

Understanding the context and the role of primary care in mental health

Marcos Aurélio Maeyama¹, Guilherme Dalcin Dilda², Marco Aurélio da Ros³, Tatiane
Muniz Barbosa⁴

¹ Curso de Medicina da Universidade do Vale do Itajaí – Itajaí, SC, Brasil.

² Sociedade Esportiva Palmeiras – São Paulo, SP, Brasil.

³ Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí – Itajaí, SC, Brasil.

⁴ Curso de Medicina. Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí – Rio do Sul, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Marcos Aurélio Maeyama

Rua Elias Brich Adaime, 20 – Ressacada – Itajaí/SC.

CEP: 88307-430

Email: marcos.aurelio@univali.br

Resumo

Apesar da clareza das diretrizes do Ministério da Saúde, a oferta de serviços de saúde mental, na Atenção Básica e na Especializada, ainda está centrada na consulta médica, individualizada, na qual a prescrição de medicamentos é o instrumento básico do atendimento, prevalecendo uma atenção limitada, com medicalização do sofrimento. O presente estudo buscou identificar o papel da Atenção Básica na Saúde Mental. Para tanto, utilizou-se de abordagens qualitativas, com a técnica da triangulação de dados. Foram entrevistados 7 profissionais da Atenção Básica e 3 *experts* na área de Atenção Básica e Saúde Mental. Os dados foram analisados pela técnica de conteúdo temático. A partir das falas dos entrevistados identificaram-se três categorias temáticas: Formação Profissional; Organização dos Serviços de Saúde; e Papel da Atenção Básica. As mudanças necessárias devem ter, na gestão, a instância facilitadora do processo, especialmente na reorganização da Atenção Básica, incluindo nesta o respeito pelo número máximo de usuários por área de abrangência, a organização e incentivo às ações de educação permanente, além da integração em rede dos pontos de atenção.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Saúde Mental; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Although the clearness of the Health Ministry guidelines, the offer of mental health services in the Primary Care as well as in the Specialized one, is still centered in the medical individualized consultation where the medication prescription is the basic instrument of attendance, thus with the prevalence of a limited care, evidenced by the suffering medicalization. The current study aimed at identifying the role of Primary Care in Mental Health. For such purpose, qualitative approaches were utilized with the technique of data triangulation. Interviews were carried out with 7 professionals of the Primary Care and 3 experts from the field of Primary Care and Mental Health. The data were analyzed by applying the thematic content technique. From the speeches of the interviewees, three thematic categories were identified: Professional Education; Organization of Health Services; and, the Role of the

Primary Care. The management of the needed changes must have the instance that facilitates the process, especially regarding the reorganization of the Primary Care which should include the regard as to the maximum number of users per range area, the organization and incentive to permanent education actions, besides the network integration of the care units.

Keywords: Brazilian National Health System; Mental Health; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), há um crescente aumento da prevalência de transtornos mentais na população, com estimativas de que atualmente o problema atinge cerca de 700 milhões de pessoas no mundo¹.

Pesquisas realizadas no Brasil e no mundo apontam que uma em cada quatro pessoas que procuram a Atenção Básica tem algum transtorno mental². Um estudo da OMS, divulgado em 2001, demonstrou que os sofrimentos psíquicos mais frequentes na Atenção Primária estão relacionados com quadros de depressão e ansiedade, e ainda que outros sintomas físicos persistentes, sem explicação médica, também podem estar associados a questões de saúde mental³.

No Brasil, até a década de 1980, a institucionalização em hospitais psiquiátricos, também chamados de manicômios, era a forma de tratar as pessoas com problemas mentais graves.

Foi após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento do Estado de Bem-Estar Social e das políticas sociais, que a instituição manicomial passa a ser problematizada como um lugar de produção de doença mental⁴.

Nos anos de 1970 iniciam-se os Movimentos da Reforma Sanitária Brasileira e da Reforma Psiquiátrica. A Reforma Sanitária constituiu-se no marco de referência das lutas pela saúde no País, especialmente quanto à atenção integral e à universalização do acesso à saúde.

O movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, ganha força na década de 1980, pautado em denúncias feitas sobre maus tratos e as péssimas condições de higiene dos hospitais psiquiátricos⁵. Nesta mesma década, surgem o Núcleo de

Atenção Psicossocial (NAPS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que tinham como objetivo criar novas práticas de cuidado pautadas na reabilitação psicossocial daqueles que padeciam de transtorno mental, no sentido da desinstitucionalização manicomial⁶.

O Movimento de reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região das Américas, iniciado em 1990, deu novo impulso para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, apresentando como premissas o atendimento das reais necessidades dos usuários. Apontando para a organização da rede de serviços de atenção à saúde mental e evitando o isolamento, a estigmatização e a discriminação, a fim de buscar a emancipação do indivíduo, da família e da comunidade⁷.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira foi também influenciada pelas experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental manicomial por um modelo de serviços comunitários com forte inserção territorial².

Porém, somente em abril de 2001 é sancionada a Lei 10.216, que “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”⁸.

Em paralelo com a política de Saúde Mental, em 1993 o Ministério da Saúde inicia o Programa de Saúde da Família – que a partir de 2006 passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) – como estratégia prioritária para a organização do sistema de saúde, tendo como princípios a interdisciplinaridade, a responsabilização, o cuidado integral e humanizado; considerando, ainda, a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais⁹.

Dentro desta lógica de organização do sistema de saúde, a Atenção Básica passa a ser a porta preferencial de entrada do usuário, inclusive para os transtornos mentais, e deve desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção do sofrimento psíquico e cuidar de transtornos leves e moderados que não necessitem do acompanhamento de serviço de referência. Já os transtornos moderados e graves devem ser referenciados aos serviços de referência, como os CAPS; e quando necessário, devem recorrer aos leitos em hospitais gerais, CAPS III, serviços de urgências/emergências¹⁰.

Dados de prevalência utilizados pelo Ministério da Saúde apontam que entre 20% e 25% dos transtornos mentais são de ordem severa e persistente e necessitam de cuidados contínuos, e os transtornos leves e moderados

correspondem a um percentual entre 75% e 80%, com necessidade de cuidados eventuais³. Estes dados colocam a Atenção Básica como grande protagonista no cuidado em Saúde Mental.

O modelo de atenção em Saúde Mental proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem como principal objetivo a ampliação e a qualificação do cuidado às pessoas com transtornos mentais, com base no território. Isso implica em realizar o cuidado o mais próximo da rede familiar, social e cultural da pessoa, para facilitar a reapropriação de sua história de vida e de seu processo de saúde/adoecimento³.

Apesar das determinações legais de reorganização do modelo de atenção, o que prevalece ainda nos serviços de saúde no campo da saúde mental é a oferta centrada na consulta médica, na renovação de receitas e prescrição de medicamentos, não gerando autonomia para as pessoas e ocasionando estrangulamento dos serviços de saúde.

Diante deste panorama, o presente estudo buscou identificar e contextualizar aspectos que dificultam e favorecem o protagonismo da Atenção Básica na Saúde Mental para sua reorganização na busca pela integralidade da atenção.

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, realizado no município de Itajaí/SC.

Itajaí situa-se no litoral norte do Estado de Santa Catarina, com população estimada de 183.373 habitantes¹¹. A rede de atenção à saúde municipal conta com 23 Unidades Básicas de Saúde e 49 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 2 unidades de pronto-atendimento, ambulatório de especialidades, 1 hospital geral e 1 hospital infantil. Na área da Saúde Mental possuiu um CAPS para Álcool e Drogas, um CAPS para Sofrimento Mental Grave e um CAPS para Infância e Adolescência.

A escolha pelo método qualitativo permitiu a descrição do contexto da Saúde Mental na Atenção Básica, uma vez que valoriza os significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes que interferem na construção das relações, processos e fenômenos¹².

Para maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do estudo, foi utilizada a técnica da triangulação¹², com participação de profissionais da Atenção Básica e *experts* na área de Atenção Básica e Saúde Mental.

Na primeira etapa foi realizado o grupo focal, com participação de médicos e enfermeiros da Atenção Básica, visando caracterizar os principais problemas em Saúde Mental e seu manejo na Atenção Básica.

A escolha do grupo focal para o grupo de profissionais se deu por permitir a criação de uma situação interativa mais próxima da vida cotidiana e por apresentar referências de processos de construção de realidade social¹³. Portanto, apropriado pelo fato de compartilharem o mesmo espaço e contexto da Saúde Mental e Atenção Básica.

A amostra desta etapa apresentou como critério de inclusão profissionais de saúde da Atenção Básica participantes do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) do município, sendo sete médicos e sete enfermeiros. Foram excluídos da amostra os profissionais participantes do PET-Saúde que não puderam comparecer no dia da realização do grupo focal. O motivo alegado para a não participação foi terem outros compromissos no horário, sendo que nenhum destes alegou não querer participar da pesquisa. Participaram do grupo focal quatro médicos e três enfermeiros.

A escolha intencional pode ser realizada com base no julgamento das necessidades dos pesquisadores de que determinados elementos fossem os mais representativos da população¹⁴. A escolha pelos profissionais do PET-Saúde foi pelo fato destes estarem inseridos nas discussões sobre a qualificação da Atenção Básica e possuírem especialização na área de Saúde Coletiva, e que, portanto, poderiam contribuir de forma mais significativa na discussão e construção de novas práticas de Saúde Mental na Atenção Básica, objetivos primários da pesquisa.

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais especialistas no assunto (*experts*), sendo dois professores que estudam o campo da Atenção Básica e ministram aulas na universidade do entorno do estudo e um Coordenador Municipal de Saúde Mental, portanto, conhecedores do campo de estudo e da realidade loco-regional, com o objetivo de discutir o contexto da Saúde Mental na Atenção Básica, propondo novas formas de organização que atendam as necessidades da população.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise, com aviso e consentimento prévio dos participantes.

Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo Temático, buscando os significados manifestos e latentes das entrevistas e do grupo focal, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação¹².

A análise dos dados permitiu a escolha de algumas unidades de registro, que posteriormente foram organizadas em categorias e subcategorias, com relação à temática Saúde Mental na Atenção Básica.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da UNIVALI, sob o Parecer 227.561, em 22/03/2013. Foram respeitados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos participantes da pesquisa, sendo os convidados informados sobre os objetivos e riscos da pesquisa, no ato do convite e antes do início da coleta de dados. A pesquisa teve autorização prévia das instituições indiretamente envolvidas e os resultados foram devolvidos aos participantes.

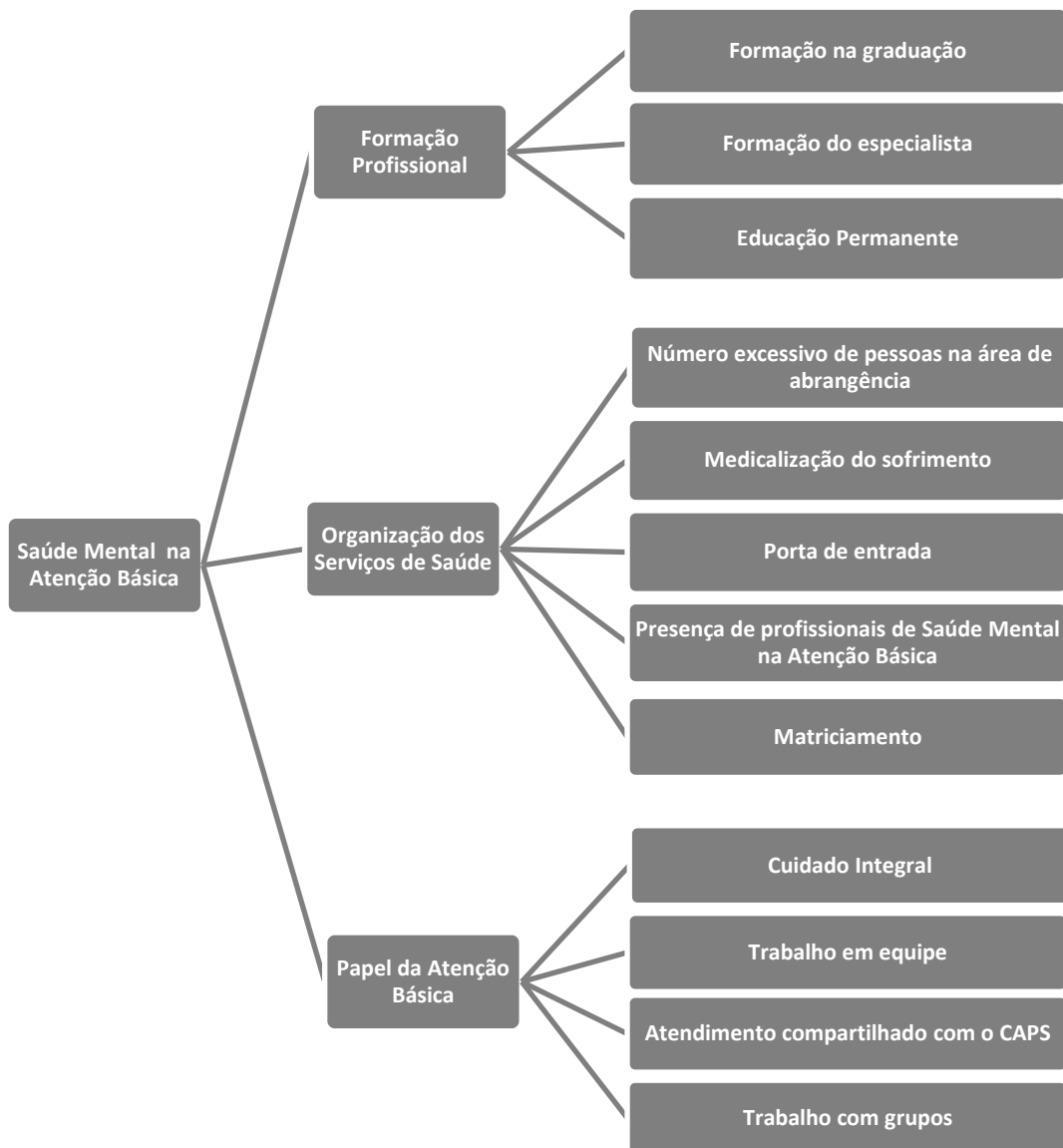
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados num único bloco de categorias, sem separação entre profissionais e *experts*, pois o objetivo do trabalho não foi confrontar falas ou mesmo avaliar os serviços, mas sim entender o contexto da Saúde Mental, em especial na Atenção Básica, partindo da ótica tanto de quem trabalha, quanto de quem estuda este campo.

Os entrevistados foram identificados da seguinte forma: médicos, enfermeiros e *experts*, que receberam um número para diferenciação.

A partir das falas dos entrevistados, foram identificadas três categorias temáticas de conteúdos que apresentam relação com a Saúde Mental na Atenção Básica: Formação Profissional, Organização dos Serviços de Saúde, e Papel da Atenção Básica. Dentro destes grupos, pôde-se, ainda, identificar subcategorias, esquematizadas na Figura 1.

Figura 1. Categorias e Subcategorias Relacionadas à Saúde Mental na Atenção Básica.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Formação Profissional

A categoria “Formação Profissional” indicou que a formação dos profissionais para a rede de Saúde Mental ainda é inconsistente diante das demandas preconizadas pelo SUS. A partir da análise dos dados foi possível identificar três subcategorias: Formação na Graduação, Formação do Especialista e Educação Permanente.

Uma carência, identificada na “Formação na Graduação”, é a falta de aprendizado no campo da subjetividade, o que acaba dificultando a percepção dos transtornos mentais e, conseqüentemente, sua abordagem: *Relação médico-paciente não se dá. Não se aprende o que são os sentimentos que o paciente está passando, como o sintoma físico pode significar um sintoma mental (Expert 1).*

Esta objetivação do processo saúde-doença tem base no Modelo Flexneriano, cuja prática segue a lógica de queixa-conduta baseada em protocolos clínicos, desconsiderando a singularidade dos sujeitos.

Assim como a prática psiquiátrica contemporânea se centrou na preocupação pelos sintomas e na, conseqüente, prescrição de medicamentos, o processo de formação nos cursos da saúde também o fez. Dessa forma, a formação na graduação abriu mão de incluir no ensino-aprendizagem alternativas de reabilitação psíquicas, cognitivas e sociais¹⁵.

A superação desta limitação no processo de formação na graduação deve envolver, necessariamente, mudança para um olhar ampliado de saúde e cenários de prática que permitam, ao estudante, o conhecimento da realidade política, econômica, social e cultural em que vivem as pessoas.

Neste contexto, a Atenção Básica aparece como locus privilegiado de aprendizado na graduação: *O cenário de prática tem que ser a Atenção Básica. Inserir precocemente pra entender que o sofrimento psíquico tem contexto, é determinado socialmente. Não existe sofrimento psíquico que não tenha relação com contexto biográfico da pessoa (Expert 2).*

O aprendizado na Atenção Básica torna possível a vivência de diferentes aspectos, seja no campo cultural ou clínico, contextualizando os indivíduos em seu território, possibilitando atenção integral e longitudinal no âmbito individual e coletivo, contribuindo ainda para o desenvolvimento de uma prática integrada e interdisciplinar¹⁶.

A exemplo do processo de formação profissional, a subcategoria “Formação do Especialista”, representada principalmente pelas residências médicas, segue a lógica estabelecida pelo Modelo Flexneriano, contrário ao Modelo de Atenção proposto pelo SUS: *Durante toda a residência, não tem o eixo de debate de clínica ampliada (Expert 2). Na residência tu não convives com interdisciplinaridade (Expert*

1). *O que eu espero desse cara, que vai ser matriciador daqui a três anos, se ele mal sabe o que é matriciamento? (Expert 2).*

Bernardo e Garbin¹⁷ descrevem que a formação dos profissionais de saúde mental ainda é fortemente influenciada por vertentes individualizantes. A ênfase dada pela psiquiatria às questões orgânicas dos transtornos e soluções medicamentosas para os sintomas pode ser identificada em revistas e congressos dos campos tradicionais da psiquiatria que demonstram sua dominância absoluta¹⁵. Essa dificuldade de responder a uma esfera mais ampla do trabalho também pode ser identificada na formação dos profissionais da psicologia, que apresentam uma formação mais voltada para uma dimensão clínica tradicional¹⁸.

Esta formação estritamente técnica exclui o trabalho em equipe, a clínica ampliada, o matriciamento, a educação em saúde, requisitos estes fundamentais no cuidado integral do paciente com transtorno mental. É necessário, portanto, que as pós-graduações se desenvolvam afinadas com o que se deseja quanto à organização do SUS.

Outra subcategoria que emerge como consequência da limitação da formação profissional na graduação e pós-graduação diz respeito à necessidade de “Educação Permanente”, uma vez que muitos profissionais já atuam no sistema de saúde e apresentam dificuldade em lidar com os sofrimentos psíquicos: *A equipe tem insegurança de fazer um grupo pras pessoas ansiosas, e não falar de ansiedade. Fazer dinâmica, terapia ocupacional... A gente não está capacitado pra isso (Médico 3).*

Essa dificuldade se traduz em impotência para intervenções que não sejam a medicamentosa, com condutas extremamente técnicas e desumanas, apresentando carência de recursos operacionais e teóricos para lidar com o sofrimento psíquico¹⁹. As equipes da ESF apresentam grande dificuldade de romper com o instituído, ainda bastante presas aos protocolos, muito em função da insuficiência na formação acadêmica e da falta de capacitação em saúde mental²⁰.

Neste sentido, a educação permanente surge como necessidade de qualificação destes profissionais: *O que eu faço agora com o cara que já tá lá, formado dentro de uma lógica biomédica? Eu preciso trabalhar a educação permanente em cima da organização do processo de trabalho (Expert 2).*

A educação permanente deve partir do aprendizado significativo, por meio do processo de problematização, reflexão e ação. Segundo Branquinho et al.²¹, a educação permanente das equipes de ESF é importante estratégia para desenvolver reflexão crítica sobre as próprias práticas, e deve ser orientada para a transformação do processo de trabalho, englobando as necessidades de aprendizagem das equipes e valores da comunidade.

Organização dos Serviços de Saúde

Esta categoria, segundo as unidades de registro, é representada por cinco subcategorias: Número Excessivo de Pessoas na Área de Abrangência, Medicalização do Sofrimento, Porta de Entrada, Presença dos Profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica e Matriciamento.

Um dos aspectos levantados pelos profissionais de saúde que dificulta o processo de atenção integral na Atenção Básica relaciona-se ao “Número Excessivo de Pessoas na Área de Abrangência”: *Tu podes pensar em grupos terapêuticos, grupos de promoção de saúde. Só que a disponibilidade que a Atenção Básica tem hoje de fazer isso é quase nula, porque ela tá sobrecarregada de atendimento (Expert 1). A gente tenta trabalhar na perspectiva do cuidado, longitudinalmente, mas a gente é vencido pela demanda vil que tem que atender todos os dias (Médico 2).*

O excesso de demanda dificulta a realização de uma escuta qualificada que propicie entender o contexto do problema e realizar o acompanhamento mais frequente do paciente, favorecendo o processo de medicalização e medicamentação, com consultas rápidas e objetivas.

Observa-se que a produção massificada, característica do trabalho contemporâneo, afeta os serviços de saúde, à medida que a atuação dos profissionais e gestores desses serviços priorizam a quantidade numérica de procedimentos, atendimentos e relatórios, deixando o cuidado em segundo plano²⁰.

O cuidado na lógica da integralidade exige, além de uma clínica ampliada (que representa a forma de apreender necessidades), soluções igualmente ampliadas, considerando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação²².

Portanto, o cuidado integral requer tempo e um modo de operacionalizar a atuação dos serviços em saúde que leve em conta as reais necessidades de saúde.

A demanda excessiva, de fato, limita uma abordagem mais integral, mas, por outro lado, o simples respeito quanto ao número de usuários por área também não garante a abordagem integral. Ademais, se pontua que a organização de ações de prevenção e promoção da saúde, aliada ao processo de escuta qualificada, em boa medida reduz a procura por atendimentos clínicos e reconsultas ao longo do tempo.

A visão medicalizante não se deve apenas pela demanda excessiva. Segundo Barros²³, a hipervalorização da consulta e dos medicamentos é partilhada por profissionais de saúde e usuários, e também foi identificada como subcategoria – “Medicalização do Sofrimento” – neste estudo: *Se, muitas vezes, tu tenta problematizar outras coisas, mobilizar outros recursos terapêuticos, tu acaba sendo visto como “Não está tentando resolver o problema” ou “Eu esperava outra coisa da consulta” ou “Não é um bom médico”* (Médico 2).

A dificuldade para a solução dos problemas pessoais, sociofamiliares e profissionais faz com que os pacientes acreditem na potência mágica dos medicamentos, e a sensação de impotência do profissional diante destas queixas² justificam esse contexto medicalizante, com frágil comunicação entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves.

Não se trata de negar a importância do medicamento que, em muitas situações, pode e deve ser utilizado, porém, geralmente ocorre a generalização de sua utilização como terapia única: *A grande maioria tem sido só medicamento mesmo, porque a psicoterapia na prática não tá funcionando, e grupos nem se fala* (Médico 3). *Eu tenho um horário no final de um dia, só pra pegar receita. Tu só tá repetindo a receita e não tá discutindo como é que a pessoa tá* (Médico 2).

Esta prática é relatada por estudo realizado por Dimenstein et al.⁴, o qual descreve que os técnicos das equipes de ESF, em geral, renovam as receitas psiquiátricas sem maiores questionamentos sobre essa estratégia de intervenção.

A prática medicalizante exclui a singularidade das pessoas, restringindo as ações de saúde estritamente para o campo biológico, guiada por protocolos generalizantes e medicamentais: *Tem fluxograma de protocolo que começa com critérios diagnósticos. Eles acabaram medicalizando coisas da vida. Uma pessoa agora não pode viver um luto sem que use um antidepressivo. Não pode*

passar por um momento contingencial de sua vida de stress sem um ansiolítico (Expert 2).

A racionalidade do Modelo Biomédico tem patologizado os sofrimentos normais da vida, portanto, com supradiagnóstico de problemas, o que gera o uso desnecessário de medicamentos e, mesmo nos casos em que existe a necessidade, não produz a autonomia dos sujeitos, pois atua apenas na consequência do problema (sintomas), sem de fato trabalhar a sua causa, gerando, desta forma, dependência dos medicamentos e dos serviços de saúde e aumentando, exponencialmente, a demanda em saúde mental.

O abuso da nosologia e da prescrição, frente às emoções e estados comuns, como a tristeza, o abatimento, o pesar, o estresse e inclusive o cansaço, que não deveriam ser medicalizados, pois simplesmente não são doenças, podem ser explicados em grande medida pelos interesses da indústria farmacêutica, pela organização burocrática dos serviços de saúde e pelas necessidades e expectativas construídas pela sociedade de consumo^{24,25}.

O uso desnecessário de medicamentos pôde ser comprovado em estudos controlados duplo-cego, na qual o placebo apresentou eficácia próxima a vários antidepressivos².

Esta forma de organização, que não gera autonomia para as pessoas portadoras de transtornos mentais, é destacada por Mielke et al.²⁶, que chama atenção para uma institucionalização velada.

Outra subcategoria identificada que limita o protagonismo da Atenção Básica foi quanto a “Porta de Entrada” para a Saúde Mental. Na conformação do SUS, a Atenção Básica se coloca como porta preferencial de entrada, pela possibilidade de criação de vínculo e pelo conhecimento que a equipe pode ter de sua comunidade, famílias e indivíduos, implicando em melhor resolubilidade. O acesso aos serviços especializados eletivos, em geral, se dá por encaminhamento realizado pela Atenção Básica, o que não ocorre na Saúde Mental, que apresenta o serviço de referência multiprofissional com acesso direto à população: *O CAPS é porta aberta, então ele vai receber todos os casos. Seja a pessoa que esteja em processo de luto, quanto aquela que já está com um transtorno mais grave (Expert 3).*

Se, por um lado, a porta aberta facilita o acesso do usuário ao serviço especializado, por outro, fragiliza a Atenção Básica como porta de entrada

Artigo Original

Saúde e Processos Psicossociais

preferencial e, conseqüentemente, a criação de vínculo que se pode estabelecer a partir do processo de acolhimento. Além disso, a grande demanda de saúde mental está relacionada com transtornos leves e moderados, de responsabilidade da Atenção Básica: *Muitas vezes, nem seria necessário o CAPS estar atendendo aquilo. Às vezes, um acolhimento, uma escuta, já resolveria aquela situação. Mas como há muitos anos tudo se direcionava pro CAPS, acaba que tudo volta pra ali. Os próprios profissionais da rede orientam isso, mesmo nos casos leves e moderados (Expert 3).*

Uma pesquisa realizada por Paes et al.²⁷ demonstrou que os usuários que buscaram a atenção básica por problemas relativos à saúde mental geralmente foram encaminhados para outros pontos da rede, como o CAPS e ambulatório, fragilizando a atenção primária como porta de entrada preferencial, e ainda estrangulando o serviço especializado pelo grande número de atendimentos e encaminhamentos.

Esta forma de organização desresponsabiliza a Atenção Básica pelo cuidado do usuário, o que pode ser justificado pela dificuldade de manejo, pelo excesso de demanda e pelo próprio pensamento hegemônico da Atenção Básica como “triadora” para especialidades.

Ainda assim, existe uma busca por alternativas que melhorem a resolubilidade em Saúde Mental na Atenção Básica, e uma das propostas identificadas na pesquisa, como subcategoria, foi a “Presença dos Profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica” para apoio das equipes. O que ocorre é que essa inserção tem sido feita à revelia da formação de rede proposta pelo SUS, com viés biomédico assistencialista exclusivamente: *Eles estão fazendo atenção secundária dentro de predinhos de atenção primária, não estão matriciando de fato (Expert 2).*

Cunha & Campos²⁸ afirmam que a falta de serviços de saúde especializados pode conduzir a um funcionamento equivocado do serviço de referência dentro da Atenção Básica, que assume um papel de “substituição do serviço que falta”, na tentativa de responder à demanda da população.

Além disso, a inserção dos profissionais especialistas é, muitas vezes, alheia até mesmo à equipe, com agenda própria e independente, reforçando o pensamento biomédico: *O psiquiatra não faz a interação com a ESF, é uma ação paralela (Enfermeiro 1).*

Esta dificuldade de interação é relatada por Dimenstein⁴, que descreve o modelo hierarquizado como produtor da fragmentação e burocratização nas formas de relacionamento entre os serviços de saúde, dificultando este processo.

A presença do especialista nas unidades de saúde, nesta perspectiva assistencialista, gera, inclusive, uma concorrência com a própria equipe local, especialmente pela cultura medicalizante que supervaloriza o especialista, reforçando, ainda mais, o Modelo Biomédico: *Ele tá atendendo pacientes que deveriam ser da ESF e está perdendo de instrumentalizar a gente* (Médico 2).

Exemplificando o que ocorre com outras especialidades presentes nas unidades básicas, como a pediatria e a ginecologia, os pacientes acreditam ser melhor realizar o tratamento com os especialistas, por desconhecerem o papel destes profissionais na Atenção Básica.

A subcategoria “Matriciamento” foi bastante citada nas entrevistas, e o primeiro aspecto relacionado ao tema diz respeito à necessidade de incorporá-lo ao processo de trabalho da Atenção Básica, como forma de melhorar a resolubilidade: *A gente precisa dessa instrumentalização do profissional para alguns casos que podem ficar na unidade de saúde e não precisam ir para o CAPS* (Enfermeiro 2). *Através do matriciamento, podemos conseguir conceber a saúde mental de uma maneira adequada e ampliada, e tentar fazer com que a equipe repense seu processo de trabalho* (Médico 3).

Existe uma expectativa de que o matriciamento da atenção especializada (mais biomédica e assistencialista) transformará as práticas de saúde mental na Atenção Básica na lógica ampliada. Porém, esse não só não tem sido capaz, como tem enfatizado o modelo biomédico: *O matriciamento, além de não municiar a saúde mental dentro da perspectiva da clínica ampliada, tá trazendo todo um sistema conceitual da psiquiatria para dentro da Atenção Básica. Ou seja, está medicalizando as demandas de saúde mental da Atenção Básica* (Expert 2).

Estas crenças e práticas biomédicas também puderam ser identificadas em estudo realizado com psicólogos apoiadores matriciais, que apresentaram grande dificuldade na compreensão dos novos papéis de matriciamento e atuação em políticas sociais, e viés fortemente clínico-assistencialista²⁹.

Por outro lado, o serviço especializado não é o responsável pela instrumentalização da equipe para o trabalho com tecnologias leves (fundamentais

no cuidado em saúde mental), que deveriam ser próprias da Atenção Básica: *Se esperaria que pelo menos a discussão partisse da Atenção Básica e não do matriciamento. Mas nem a Atenção Básica tem essa fortaleza conceitual da clínica ampliada (Expert 1).*

No entanto, os profissionais da Atenção Básica referem dificuldades para lidar com o sofrimento psíquico de seus pacientes, incluindo especialmente a abordagem das questões psicossociais da clientela por eles atendida e o manejo de transtornos mentais³. Neste sentido, o matriciamento pode aumentar a capacidade das equipes de Saúde da Família em lidar com o sofrimento psíquico, possibilitando que o tratamento e prevenção dos transtornos mentais aconteçam a partir da Atenção Básica³, que pode ser realizado tanto pelas equipes de NASF quanto as do CAPS.

Desta forma, para que a Atenção Básica se torne resolutiva, questões relacionadas ao processo de trabalho, como clínica ampliada, escuta qualificada, acolhimento, promoção da saúde, entre outras, devem ser discutidas internamente pelas próprias equipes ou em educação permanente, e não apenas pelo matriciamento dos profissionais de Saúde Mental. Cabe ao matriciamento a discussão de casos, elaboração conjunta de projetos terapêuticos singulares, atendimento compartilhado e educação permanente relacionada aos problemas de saúde mental e, eventualmente, intervenções específicas com usuários e famílias encaminhados³⁰.

Papel da Atenção Básica

A categoria temática “Papel da Atenção Básica” apresentou quatro subcategorias: Cuidado Integral, Trabalho em Equipe, Atendimento Compartilhado com o CAPS e Trabalho com Grupos.

Existe o reconhecimento de que a Atenção Básica é espaço privilegiado para a identificação dos problemas, para o “Cuidado Integral” e longitudinal: *A Atenção Básica, pelos seus atributos de porta de entrada, longitudinalidade e coordenação do cuidado, é um espaço privilegiado pra gente trabalhar com saúde mental (Médico 2).*

Bernardo & Garbin¹⁷ referem que a Estratégia de Saúde da Família é uma proposta muito importante, que se fundamenta na atenção integral e na territorialização, as quais são conceitos-chave para a atenção psicossocial.

Em relação ao cuidado propriamente dito, o entendimento dos profissionais da Atenção Básica é muito próximo das propostas da Reforma Psiquiátrica e do CAPS, especialmente no que se refere à desinstitucionalização, território e reinserção social:

Tratar de outra forma, fazendo a inserção no meio social, fazendo a inserção no mercado de trabalho, tirar daquela condição frágil até economicamente (Enfermeiro 2). O mínimo de internação, fazer integração na sociedade e na família (Médico 1).

O CAPS se propõe a uma prática na lógica de território, como espaço no qual as pessoas vivem, trabalham e constroem suas vidas. Assim, no processo de reabilitação, o indivíduo deve estar inserido em espaços que possibilitem sentido e pertença, a fim de promover mudanças nas relações entre sociedade e “loucura” na perspectiva da inclusão social³¹.

Assumindo outra visão acerca do cuidado integral, um dos *experts* aponta para a determinação social do processo saúde doença: *Atenção Básica é um espaço privilegiado pra entender essas demandas, porque pressupõe que eu conheço meu território e as famílias que estão inseridas nele. Então é um espaço privilegiado pra você conseguir fazer um diagnóstico social do sofrimento psíquico (Expert 2).*

No sentido da determinação social, o território passa a ser um espaço social, no qual indivíduos e famílias estão inseridos e produzem relações sociais, que potencialmente podem gerar iniquidades relacionadas à privação de renda, trabalho, moradia adequada, lazer, segurança, paz, felicidade, entre outros, que, por sua vez, podem causar transtornos mentais de variadas tipologias e intensidades, inclusive tendo a família como protetora ou potencializadora destes transtornos. Neste caso, o indivíduo não é considerado o problema, e sim vítima de uma sociedade com suas formas desiguais de distribuição de bens.

Esta localização sobre o entendimento do “social” muda, consideravelmente, as propostas terapêuticas no campo da saúde mental. Eles deslocam-se da reintegração ao meio para as transformações sociais. Desta forma, a atenção em

saúde mental passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de seus sintomas, implicando em participação ativa dos usuários e integração com outras políticas públicas².

Reinserir, portanto, vai além de propiciar atividades e oficinas de ocupação do tempo, que em muitos casos ainda são práticas excludentes e institucionalizadas, devendo caminhar para a construção de circuitos de socialização e inserção em equipamentos intersetoriais com centros de arte, bibliotecas, cinemas, museus, espaços culturais e de esporte, entre outros³², bem como inclusão em projetos de economia solidária³³ e no trabalho formal com acompanhamento de pessoal especializado³⁴, que de fato são potenciais produtores de autonomia e inclusão social.

Em relação à potencialidade de desenvolver ações, os entrevistados reconhecem que a Atenção Básica, pela sua estrutura organizacional, tem instrumentos mais completos para o cuidado integral: *Uma coisa que a ESF tem como fazer, mas o CAPS não tem como fazer, é a parte de promoção e proteção da saúde mental* (Médico 1). *A gente tem que começar a pensar em estratégias coletivas de saúde mental, promoção da saúde* (Expert 2).

Ainda que as ações coletivas sejam de fundamental importância, é preciso atenção para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas, descontextualizadas da vida do usuário e do território em que ele vive².

Nessa ótica, a clínica ampliada – que entende os determinantes culturais, sociais, econômicos, subjetivos na produção do sofrimento psíquico e nos processos de adoecimento e cura³⁵ – assegura que as pessoas e seus sofrimentos e as ações em saúde mental sejam singularizadas.

Outra subcategoria bastante evidenciada como potencialidade na reorganização da Atenção Básica na Saúde Mental foi o “Trabalho em Equipe”. Foi descrita a importância do papel de cada profissional da equipe, em especial do Agente Comunitário de Saúde (ACS): *A ACS capta muita coisa e traz pra gente, o que facilita bastante uma compreensão mais ampliada do sofrimento e do adoecimento* (Médico 2). *O papel que o ACS pode ter é fantástico, de fazer grupo operativo* (Expert 1).

Destacam, ainda, o protagonismo que todos os profissionais podem realizar no cuidado em saúde mental, deslocando o eixo centrado no médico para a equipe:

Entender que o acolhimento não tem que ser só o médico. A psicóloga, o enfermeiro, o ACS, quem tem vínculo com aquela pessoa tem que estar ouvindo (Expert 3).

A discussão de problemas de ordem emocional necessita de vínculo entre paciente e profissional, e nem sempre o médico é o profissional que está mais próximo do paciente. A realização da escuta por outros profissionais se justifica ainda pelo fato de que, no geral, os problemas emocionais são de ordem relativamente simples, “crises normais”, próprias do cotidiano das pessoas. O profissional que possui mais vínculo pode ser o porta-voz da equipe para o auxílio interdisciplinar.

O matriciamento e o atendimento compartilhado, que também compõem o trabalho em equipe, foram discutidos em outros tópicos e classificados como subcategorias apenas por uma questão didática, mas também fazem parte do trabalho em equipe.

O “Atendimento Compartilhado com os CAPS” também aparece como subcategoria relacionada à atribuição da Atenção Básica: *Fazer o acompanhamento dos pacientes moderados à graves junto com o CAPS (Médico 1).*

Se, por um lado, existe certo reconhecimento desta atribuição, por outro ainda existe, na prática, uma grande fragmentação do processo, sem a coordenação do cuidado: *Como se fosse assim, “Eu sou da estratégia, eu tô vendo que naquela casa tem um paciente com algum transtorno, mas ele acompanha com o CAPS, então não vou nem ver” (Expert 3).*

O que parece justificar esse não compartilhamento, além da fragmentação propriamente dita, de certa forma, é a incapacidade demonstrada pela Atenção Básica em manejar os casos: *Quando os pacientes que foram pro CAPS tiverem alta? Os funcionários não são aptos a fazer esse atendimento (Enfermeira 1).*

Os usuários que não possuem transtorno mental grave ou que já foram estabilizados devem ter a equipe de saúde da família como co-participante do projeto terapêutico, por meio de acolhimento e vínculo²⁷.

Apesar dessa dificuldade relatada pela equipe, a potencialidade de reabilitar o indivíduo, em seu sentido mais amplo, está no escopo da Atenção Básica, pois é neste espaço que o indivíduo vive e que, portanto, mesmo nos casos em que o CAPS faz o acompanhamento, é no território que as soluções maiores devem

acontecer. Além disso, não deve existir rigor quanto ao compartilhamento, pois os casos são singulares e o lócus do tratamento se revela mutável ao longo do tempo, com intensificação de um ou outro ponto de atenção de acordo com a necessidade da pessoa².

A experiência de atenção compartilhada, no município de Santa Cruz, entre as equipes da ESF e o CAPS, resultou em um maior número de capacitações, encontros e instrumentalizações em saúde mental, na qual ambas se fortaleceram, e ainda potencializaram a comunicação e a integralidade na atenção³⁶.

A subcategoria “Trabalho com Grupos” foi bastante citada como alternativa para superação da prática estritamente medicalizante: *Às vezes, a cura do paciente começa, não por conseguir falar dos seus problemas e, sim, por conseguir escutar o problema dos outros e de desenvolver empatia em cima* (Médico 1).

O trabalho com grupos terapêuticos, como forma de ajuda mútua e troca de experiências, dá-se com a perspectiva de reforçar o indivíduo no enfrentamento dos problemas ou na sua própria resiliência.

De acordo com Antonacci & Pinho³⁷, a atenção prestada à pessoa com sofrimento psíquico deve transcender as ações meramente clínicas, com a construção de espaços coletivos de trocas como estratégia assistencial, enquanto dimensão educativa, participativa e de empoderamento dos usuários e da comunidade.

Ainda no sentido de ampliar as ofertas no cuidado em saúde mental, os grupos operativos surgiram como alternativa: *O que eu tenho visto é a superação de um grupo de apoio para um grupo operativo* (Expert 2).

Os grupos operativos são grupos que objetivam a promoção da saúde e transpassam o foco na doença. Correia, Barros & Colvero³⁸ descrevem que grupos operativos devem envolver atividades grupais criadas pela equipe da ESF, seja na unidade ou na comunidade, desenvolvendo ações de promoção da cidadania, como, por exemplo, atividades de pintura, grupos de caminhada, que suscitem interação e participação.

A exemplo da abordagem individual, a formação dos grupos operativos não pode ser aleatória, com formatos prontos de atividades. Eles devem se constituir a partir de necessidades e desejos elencados pelas pessoas em sofrimento mental. A partir deste conhecimento, a equipe de saúde tem como criar recursos coletivos e

individuais de cuidado para o acompanhamento e suporte das pessoas e de sua comunidade².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grande parte dos problemas para a atenção integral na Saúde Mental, encontrada nesta pesquisa, tem como pano de fundo as deficiências na formação acadêmica para o trabalho dos profissionais de saúde no âmbito da Atenção Básica em saúde. Os modelos de formação ainda se mostram conservadores, trabalhando na lógica biomédica e medicalizante, portanto, descontextualizados das necessidades que se impõem para o trabalho no SUS.

Os esforços atuais, para a mudança na formação, têm se mostrado insuficientes para transformar o modelo hegemônico. Portanto, a prerrogativa do SUS de ordenar a formação de recursos humanos deve se fazer valer, de forma mais intensa, com estratégias universalizantes e abrangentes, na graduação, na pós-graduação e na educação permanente, considerando ainda as necessidades da população e dos profissionais de saúde.

A pesquisa aponta que a abordagem integral da Saúde Mental na Atenção Básica tem sua limitação muito mais relacionada com a própria organização de seu processo de trabalho do que de conhecimentos de Saúde Mental, ainda que estes conhecimentos também sejam ponto de fragilidade.

A prática medicalizante e fragmentadora exclui, inicialmente, a possibilidade do entendimento real das causas dos transtornos mentais, por considerar com maior ênfase os sinais e sintomas, desconsiderando o contexto do problema. Conseqüentemente o tratamento acaba se reduzindo a consultas médicas e renovação de receitas de medicamentos, não gerando autonomia nas pessoas com sofrimento psíquico, tornando-as dependentes dos serviços de saúde, aumentando exponencialmente a demanda.

Este processo de medicalização do sofrimento psíquico é influenciado pelo Modelo Biomédico, que descaracteriza a presença dos profissionais de saúde mental na Atenção Básica, distorce o papel do NASF e, conseqüentemente, fragiliza a Atenção Básica como porta de entrada preferencial. Além disso, fragmenta o

cuidado nos pontos de atenção, desestimulando a coordenação do cuidado e, assim sendo, a responsabilização e o cuidado compartilhado.

A mudança do olhar sobre o processo de saúde/adoecimento, tendo a integralidade como eixo norteador, oportuniza um olhar singular e ampliado para o sofrimento psíquico, no contexto individual, familiar e social. Ademais, amplia as possibilidades de respostas que extrapolam a terapia medicamentosa, nas quais a escuta qualificada, o acolhimento, a participação em grupos e projetos comunitários, entre outras, se tornam ferramentas fundamentais para a reabilitação das pessoas.

O entendimento de integralidade deve ser transversal e corresponsável, incluindo NASF e CAPS, caso contrário ainda existirá a fragmentação do cuidado. A partir da integralidade, entende-se que o trabalho em equipe e o atendimento compartilhado ganham sentido, com valorização de todos os profissionais e pontos de atenção.

O matriciamento e a presença de profissionais de Saúde Mental na Atenção Básica se transformam em apoio. Isso dá uma nova perspectiva de transformação não só das práticas sanitárias, mas, sobretudo, de transformação social, para uma sociedade mais justa e solidária, ainda que se iniciem nos espaços micro-políticos.

Ressalta-se que este estudo foi realizado no contexto municipal, mesmo que dialogue com o cenário nacional e com as políticas de saúde vigentes, apresenta limitações, não podendo servir para generalizações, mas se presta a contribuir com reflexões acerca do tema da Saúde Mental na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra, 2013. 50p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
4. Dimenstein M, Severo AK, Brito M, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(1): 63-74.

5. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(3): 238-246.
6. Soares SRR, Toyoko S. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006; 14(6): 923-929.
7. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. 207p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. (5ª ed. ampl.) Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
10. Medeiros EN. Prevalência dos Transtornos mentais e perfil sócio-econômico dos usuários atendidos nos serviços de saúde dos municípios paraibanos. [Dissertação]. [João Pessoa]: Centro de Ciências da Saúde da UFP; 2005. 136p.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@Santa Catarina, 2010. Acesso em 02 de abril de 2015, Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=420820>
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (11. ed.) São Paulo: Hucitec, 2008. 408p.
13. Flick U. Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa. Tradução de Sandra Regina Netz. (2 ed.) Porto Alegre: Bookman, 2004. 312p.
14. Goldim JR.. Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde. Porto Alegre: da Casa, 1997. 199p.
15. Campos GWS, Onocko-Campos RT, Del Barrio LR. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013; 18(10): 2797-2805.
16. Demarzo MM, Almeida RCC, Marins JJN, Trindade TG, Anderson MIP, Stein AT, et al. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em medicina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2011; 6(19): 145-150.
17. Bernardo MH, Garbin AC. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2011; 36(123): 103-117.
18. Cantele J, Arpini DM, Roso A. A Psicologia no Modelo Atual de Atenção em Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32(4): 910-925.

19. Miranda L, Oliveira TFK, Santos CBT. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: Paradoxos e Efeitos da Precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2014; 34(3): 592-611.
20. Belotti M, Lavrador MCC. Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS - Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. p.129-146.
21. Branquinho NCSS, Bezerra ALQ, Paranaguá TTB, Paulino VCP. Ações de educação permanente no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Revista Enfermagem UERJ*. 2012; 20(3): 312-316.
22. Maeyama MA, Cutolo LRA. As concepções de saúde e suas ações consequentes. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2010; 39(1): 89-96.
23. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*. 2002; 11(1): 67-84.
24. Hernáez AM. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: Caponi S, Verdi M, Brzozowski FS, Hellmann F (orgs). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010. p. 111-134.
25. Galindo D, Lemos FCS, Lee HO, Rodrigues RV. Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2014; 34(4): 821-834.
26. Mielke FB, Kantorski LP, Olschowsky A, Jardim VMR. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. *Trabalho, Educação e Saúde (Online)*. 2011; 9(2): 265-276.
27. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2013;11(2): 395-409.
28. Cunha GT, Campos GWS. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2011; 20(4): 961-970.
29. Freire FMS, Pichelli AAWS. O Psicólogo Apoiador Matricial: Percepções e Práticas na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013; 33(1): 162-173.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, (Seção 18, p. 47)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

31. Paranhos-Passos F, Aires S. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis*. 2013; 23(1): 13-31.
32. Acioli Neto ML, Amarante PDC. O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013; 33(4): 964-975.
33. Andrade MC, Burali MAM, Vida A, Fransozio MBB, Santos RZ. Loucura e Trabalho no Encontro entre Saúde Mental e Economia Solidária. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013; 33(1): 174-191.
34. Salis ACA. Projeto Gerência de Trabalho e Inclusão Social de Usuários de Saúde Mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2013; 33(3): 758-771.
35. Neves R, Dimenstein M, Paulon S, Nardi H, Bravo O, Galvão VABM, et al, A saúde mental no sistema único de saúde do Brasil: duas realidades em análise. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2012; 30(2): 356-368.
36. Mello VRC, Paulon SM. Travesias de Humanização na Saúde Mental: Tecendo Redes, Formando Apoiadores. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos HumanizaSUS - Saúde Mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. p. 85-106.
37. Antonacci MH, Pinho LB. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. (Online). 2011; 32(1): 136-142.
38. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde Mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(6): 1501-1506.