

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DANIELY DOS ANJOS MUNIZ SOARES

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
A PRÁTICA EDUCATIVA COMO CAMINHO PARA INTEGRALIDADE DO
CUIDADO**

CORINTO

2015

DANIELY DOS ANJOS MUNIZ SOARES

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
A PRÁTICA EDUCATIVA COMO CAMINHO PARA INTEGRALIDADE DO
CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde - CEFPEPS -, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Virgínia Mascarenhas Nascimento Teixeira

CORINTO

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

SOARES, DANIELY DOS ANJOS MUNIZ

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PRÁTICA
EDUCATIVA COMO CAMINHO PARA INTEGRALIDADE DO
CUIDADO [manuscrito] / DANIELY DOS ANJOS MUNIZ
SOARES. - 2015.

39 f.

Orientador: Virgínia Mascarenhas Nascimento Teixeira.

Monografia apresentada ao curso de Especialização em
Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de
Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de
Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de
Saúde.

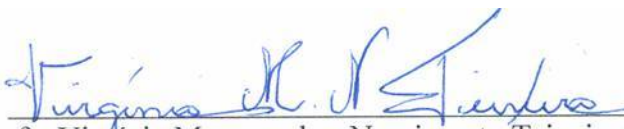
1.Atenção Primária à Saúde. 2.Saúde Mental. 3.Educação em
Saúde. I.Teixeira, Virgínia Mascarenhas Nascimento.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

Daniely dos Anjos Muniz Soares

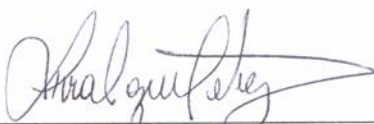
**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A PRÁTICA EDUCATIVA COMO
CAMINHO PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Virginia Mascarenhas Nascimento Teixeira



Prof. Livia Cozer Montenegro

Data de aprovação: **04/07/2015**

Dedico esse trabalho ao Senhor Jesus, razão de minha existência; ao meu esposo Silas, grande amor da minha vida; aos meus amados filhos, Thiago Augusto e João Guilherme, motivadores da minha perseverança e maiores bênçãos que Deus já me concedeu; aos meus pais, pela contínua dedicação e apoio constante.

AGRADECIMENTOS

Ao meu **Pai Celestial** e o **Senhor Jesus** pelo seu infinito amor, misericórdia, generosidade, fidelidade e graça; por me conceder vida (e vida em abundância), sabedoria e inteligência; por ser o alvo de minha vida, razão de minha existência – Tudo por Ele e tudo para Ele Glória a Deus por isso!

Ao meu esposo **Silas** e meus filhos **Thiago Augusto** e **João Guilherme** (que cresceu e se desenvolveu juntamente com o curso), pelo apoio constante, carinho e dedicação e por compreenderem minhas ausências, pois sem o apoio deles não seria possível chegar a reta final desse curso.

Aos meus pais **Marconi e Talita**, pelas renúncias por mim realizadas e pelo apoio contínuo, o que me possibilitou chegar até aqui;

À **Coordenação do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais da área da Saúde**, pela oportunidade de iniciar esse curso que possibilitou tantas mudanças em minha vida pessoal e profissional;

Aos Tutores Presenciais **Fábio e Míria**, pelo carinho, respaldo, apoio e por me mostrarem que minha capacidade vai além das minhas conquistas;

À professora e orientadora **Virgínia Mascarenhas Nascimento Teixeira**, pelo carinho desde o início, pela dedicação e, principalmente, por me mostrar que sou mais do que tudo aquilo que me fizeram acreditar durante anos, o que trouxe dor e amargura à minha alma. Com toda certeza, a referida professora foi grande instrumento de Deus em minha vida, para me libertar da prisão em que me encontrava. Hoje sou livre para sonhar;

Aos amigos íntimos e aqueles conquistados no decorrer do curso, pelos momentos de alegria e descontração, em especial à **Dagmar, Alessandra, Daniela e Cristielle** por me socorrerem nos momentos de sufoco, pelos almoços inesquecíveis e por cada risada proporcionada, que não foram poucas.

“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem. Lutar pelas diferenças sempre que a igualdade nos descaracterize”.

(Boaventura de Souza Santos)

RESUMO

O cuidado em saúde mental tem se configurado como grande desafio para os profissionais atuantes na atenção primária à saúde e pode favorecer a (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Objetivou-se, nesse estudo, discutir as práticas educativas desenvolvidas na atualidade acerca do cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com utilização de estudos publicados no período de 2010 e 2014, localizados na Biblioteca Virtual em Saúde. Para isso, foram utilizados os seguintes descritores: atenção primária à saúde, saúde mental e educação em saúde. Ao final da busca, foram selecionados e analisados 13 artigos. Os dados obtidos nos estudos analisados apontaram: a falta de articulação (ou articulação precária) entre atenção primária à saúde e saúde mental; assistência baseada no modelo biológico, centrado na doença; percepção limitada ou deturpada dos profissionais de saúde acerca da saúde mental e falta de responsabilização da equipe; práticas educativas em saúde mental voltadas aos profissionais da atenção primária. Dentre as práticas educativas encontradas, destacam-se aquelas baseadas na metodologia da roda de conversa, de grupos de discussão e do sociodrama. As práticas educativas desenvolvidas na atualidade na atenção primária têm auxiliado os profissionais a repensarem suas práxis e a perceberem o quão importante é incorporar a saúde mental ao cotidiano de trabalho nas unidades de saúde da família. Mas, há necessidade de realizar profundas mudanças, tanto no que diz respeito à reestruturação das propostas pedagógicas e metodológicas que norteiam os cursos de formação na área da saúde (e na educação permanente em saúde em si), como nas próprias políticas de saúde para que as práticas sejam efetivamente incorporadas ao trabalho na atenção primária.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The mental health care has been set to challenge for professionals working in primary health care and may facilitate the (re) insertion of individuals in psychological distress. This study aimed to discuss educational practices developed at present about mental health care in primary health care. It is an integrative literature review, using studies published in the 2010 and 2014 period, located in the Virtual Health Library For this, the following descriptors were used: Primary health care, mental health and health education. At the end of the search, were selected and analyzed 13 articles. The data obtained in the studies analyzed showed: lack of articulation (or poor articulation) between primary health care and mental health; assistance based on the biological model, centered on the disease; limited or misleading perception of health professionals about mental health and lack of team-responsibility; educational practices in mental health aimed at primary care professionals. Among the educational practices found, there is those based on the methodology of the conversation wheel, discussion groups and social drama. Educational practices developed at present in primary care have helped professionals to rethink their practice and realize how important it is to incorporate mental health to daily work in family health units. But there is need for profound changes, both with regard to the restructuring of educational and methodological proposals that guide training courses in health (and permanent health education itself), as in their own health policies for practices are effectively incorporated into the work in primary care.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 METODOLOGIA.....	15
3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: DISCUTINDO AS AÇÕES EDUCATIVAS	17
3.1 Falta de articulação (ou articulação precária) entre atenção primária à saúde e saúde mental.....	20
3.2 Assistência baseada no modelo biológico, centrado na doença.....	23
3.3 Percepção limitada ou deturpada dos profissionais de saúde acerca da saúde mental e falta de responsabilização das equipes.....	26
3.4 Práticas educativas em saúde mental voltadas aos profissionais da atenção primária.....	28
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Por várias décadas, a noção de saúde esteve atrelada ao conceito de ausência de doenças orgânicas, no qual o foco na doença se sobrepunha à ideia de saúde. A assistência, por sua vez, baseava-se no modelo curativo, sendo realizada de forma desigual (assistência de qualidade era prestada à elite e/ou a quem poderia pagar por ela) e restritiva, o que gerava grande insatisfação na população, em especial no proletariado. Esse modelo assistencial, além de intensificar os problemas sociais, também se mostrava insuficiente frente à crescente complexidade da demanda em saúde, o que levou a Organização Mundial de Saúde e as Nações Unidas a reformularem tanto o conceito de saúde, que passou a ser compreendida como completo bem estar físico, psíquico e social (OMS/WHO, 1946), como dispor o direito à saúde para todos. A partir dessa reformulação a implantação de políticas públicas, normas e diretrizes para regulação da assistência (contrapondo-se ao modelo biológico até então vigente) se fizeram necessárias (AMARANTE, 2001).

Essa mudança de paradigma, da forma de vislumbrar a saúde e os diferentes aspectos que interferem direta e indiretamente no processo saúde-doença, associada a importantes manifestações sociais (como a reforma sanitária, por exemplo), tornou-se elemento crucial para a implantação da Política Pública de Saúde – o Sistema Único de Saúde (SUS) – vigente em todo território brasileiro, a fim de garantir o acesso universal, igualitário e gratuito a todo e qualquer cidadão (MENDES, 2011).

A partir dos princípios e diretrizes que regem o SUS, programas e serviços de saúde foram implementados obedecendo critérios de complexidade e densidade, organizando-se em três níveis: atenção primária (ou atenção básica), média e alta complexidade, ou níveis secundário e terciário. Em função de alguns problemas desencadeados pelo uso do conceito de complexidade na definição e organização dos diferentes níveis da assistência em saúde, como ressalta Mendes (2011), algumas mudanças se fizeram necessárias, tanto do ponto de vista conceitual como estrutural. Dessa forma, a assistência em saúde passou a ser organizada e estruturada a partir da noção de densidade tecnológica, que não julga a complexidade do cuidado em cada nível (o que antes estava posto em uma relação hierárquica, verticalizada entre os setores), mas a disposição necessária de tecnologias avançadas em saúde. Assim sendo, passou-se a compreender não a divisão (separação) da assistência em diferentes níveis, mas a otimização dos recursos para a melhoria e integralidade do cuidado, que passou a ser organizado em: atenção primária (ou atenção básica), unidades de pronto-atendimento e unidades hospitalares (MENDES, 2011).

A partir dessa redefinição, novas discussões emergiram quanto a operacionalidade desses três níveis, a fim de propor estratégias efetivas que abarcassem a complexidade e os desafios postos no e pelo cotidiano de trabalho. Uma dessas discussões diz respeito à interlocução desses níveis, isto é, a relação intersetorial entre ambos que, além de propor uma relação horizontal entre os setores (todos possuem igual valor e importância), vem trazer a ideia que na atualidade é tão difundida e defendida por todo o país, que é a ideia do trabalho em rede.

Dentre esses níveis da assistência em saúde interessa-se, em particular, o nível da atenção básica, que sob a perspectiva da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),

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 (BRASIL, 2007, p. 13).

Reconhecida como um dos componentes-chave de um sistema de saúde eficaz, pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (2007), a atenção primária prioriza a Saúde da Família como estratégia organizadora e possui como preceitos: cobertura e acesso universais, ações intersetoriais, atenção integral, integrada e continuada, orientação familiar e comunitária, ênfase na prevenção e promoção de saúde, participação social, políticas e programas pró-equidade e marco político, legal e institucional sólido (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007)

Pensando sobre o cuidado em saúde na atenção primária / atenção básica, conforme os preceitos supracitados, destaca-se a saúde mental como um dos maiores desafios para a equipe interdisciplinar, tanto no que se refere ao tratamento, reabilitação e redução de danos, como proporcionar ao sujeito em sofrimento psíquico a assistência em seu sentido mais amplo, fortalecendo o vínculo, valorizando e reconhecendo sua autonomia e levando-o ao exercício pleno de sua cidadania (Brasil, 2013). Esse desafio se faz presente não somente em função da própria história da “loucura”, como também pela crescente necessidade de se reinventar as práticas assistenciais que ultrapassam as questões puramente nosográficas.

Para obter maior compreensão acerca dessa crescente necessidade de melhorias no cuidado em saúde mental, tanto no que se refere à assistência prestada ao usuário e sua família como à educação permanente para os profissionais, faz-se necessário e oportuno discutir

acerca do contexto histórico em que a loucura se inscreve e que práticas têm sido desenvolvidas na atualidade de (re)inserção social do sujeito em sofrimento mental.

Conforme as contribuições de Silveira (2000), a loucura somente passou a ser concebida como doença no século XVIII, havendo, portanto, a necessidade de um saber científico e técnico destinado para seu tratamento, o que possibilitou a apropriação da loucura pela psiquiatria. Esta, por sua vez, também emerge no século XVIII, que de acordo com Guerra (2000), vem como resposta ao paradoxo existente em relação ao tratamento destinado ao louco e suas capacidades. Em suas palavras: “[...] No campo da medicina, será a psiquiatria que sintetizará o paradoxo dessa dupla apreensão que se manifesta de um lado na prática do internamento nos hospitais gerais, e, de outro, na complexa análise jurídica da capacidade do louco” (GUERRA, 2000, p. 14).

Por muito tempo o louco foi compreendido como pessoa desprovida da razão, um insensato incapaz de gerir bens e sua própria vida. Isolado em hospitais gerais e manicômios, cabia a psiquiatria a tutela do paciente, cujos métodos e práticas se baseavam no modelo curativo e, na maioria das vezes, punitivo (AMARANTE, 2001).

Esse enclausuramento da loucura somente cedeu lugar a novas práticas terapêuticas após a Segunda Guerra Mundial, por três motivos: primeiro, em função da necessidade de reconstrução do país flagelado pela guerra e, para isso, era imprescindível a recuperação da força de trabalho; segundo, devido ao alto custo para manutenção dos manicômios, o que era impossível naquele contexto; terceiro, pelo aumento da demanda ao saber psiquiátrico, também gerado pelo pós-guerra (AMARANTE, 2001).

É nesse cenário que diferentes experiências são desenvolvidas com vistas à desinstitucionalização do paciente, o que possibilitou posteriormente a reforma psiquiátrica¹. Dentre essas experiências, pode-se citar a implantação do conceito e proposta de comunidade terapêutica por Maxwell Jones em 1959, a eclosão do saber psicanalítico (que trouxe outro olhar sobre a loucura e, conseqüentemente, sobre o louco, sendo este compreendido como sujeito desejante), o surgimento da psiquiatria de setor e, posteriormente, da psiquiatria preventiva (AMARANTE, 2001).

É por meio da psiquiatria preventiva que se estabelece a mudança de paradigma: do modelo curativo focado na doença e saber nosográfico para o modelo com ênfase na saúde mental, como afirma Amarante (2001). Em suas palavras:

¹ Amarante (2001) aponta que, como esses pacientes se apresentavam de forma degradante em função dos maus tratos, descaso e abandono em hospitais gerais, a sociedade passou a se dar conta que tal modelo de tratamento se assemelhava aos campos de concentração, o que gerou grande repúdio por violar os direitos humanos.

Nasce nos Estados Unidos, propondo-se a ser a terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), pelo fato de ter ‘descoberto’ a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando –se, assim, não apenas a prevenção das mesmas, mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental (AMARANTE, 2001, p. 36).

Todavia, a reforma psiquiátrica propriamente dita e a implementação de políticas públicas para regulamentar a assistência em saúde mental (tendo como pressuposto a inclusão social dos desinstitucionalizados) se concretizou por meio de importantes manifestações sociais e da Psiquiatria Democrática, movimento iniciado por Franco Basaglia, na Itália, em 1973 (AMARANTE, 2001). Tal movimento consiste em uma crítica feita aos modelos assistenciais existentes e na construção de um novo cenário político, evidenciando a necessidade de reinventar o campo da assistência, levando em consideração as relações entre cidadania e justiça, assim como a compreensão do usuário da saúde mental como sujeito de direito.

Mais que desinstitucionalizar o paciente era necessário intervir na relação que a comunidade estabelece com ele, desmistificando-o como perigoso ou incapaz de falar por si. Por essa razão era imprescindível a criação (e transformação) de práxis integradoras, capazes não somente de inserir o usuário da saúde mental como estabelecer relação de respeito e confiança mútua entre este e a comunidade em que está inserido (AMARANTE, 2001).

A partir dessa necessidade de novas práxis em saúde mental, importantes mudanças ocorreram no âmbito conceitual, político e assistencial. No âmbito conceitual, de paciente psiquiátrico ou doente mental passou a ser identificado como sujeito em sofrimento mental. Mais que a nomenclatura utilizada, essa mudança reflete o modo de vislumbrar a saúde mental e, conseqüentemente, o sujeito que sofre (sua personalidade e existência não se limita ao conjunto de sintomas desencadeados ou critérios diagnósticos de classificação). No âmbito político, por sua vez, com a implementação e regulação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental), diferentes serviços destinados ao cuidado em saúde mental (sejam eles voltados para situações de urgência e emergência ou à convivência social) são regulamentados, como, por exemplo, os Centros de Referência Psicossocial, Centros de Convivência e Residências terapêuticas (BRASIL, 2001). Outra mudança ocorrida é a regulação das internações hospitalares, que passaram a ser adotadas como parte integrante do projeto terapêutico, sendo indicada quando necessário e por período determinado (aproximadamente 45 dias). Por fim, no âmbito assistencial o cuidado é

estabelecido em todos os níveis, muito embora tenha a Atenção Primária como porta de entrada, tornando-se assim, um grande desafio para as equipes em seu cotidiano de trabalho (BRASIL, 2013).

Esse desafio se configura à medida que, além de ofertar cuidado digno e contínuo, os profissionais também assumem papel crucial quanto ao resgate (ou conquista) da cidadania do sujeito em sofrimento mental. Um dos requisitos para o cuidado contínuo é o reconhecimento que, por traz dos sintomas e suas manifestações, existe um sujeito que sofre, pensa, sente e tem seu jeito próprio de ser no mundo (BRASIL, 2013). Outro requisito essencial é inclusão da Educação Permanente no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, que de acordo com a definição do Ministério da Saúde, trata-se de

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e ampliação dos laços de formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2012, p. 19).

No campo da saúde não somente a educação permanente tem se mostrado uma importante ferramenta na intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade em geral (principalmente no que se refere a prevenção e promoção de saúde) como também a própria educação em saúde em si. Esta é definida como:

1. Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. 2. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cotidiano e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL, 2012, p.19).

Falkenberg et al. (2014, p. 848) complementam que, como processo político pedagógico a educação em saúde “[...] requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade”.

Por essa razão a educação em saúde tem sido tão difundida no contexto da saúde coletiva, tanto no que diz respeito às práticas educativas direcionadas à população, como às práticas educativas voltadas especificamente para os profissionais.

Na trajetória profissional da presente autora tem-se percebido que, embora tenha ocorrido profundas mudanças nos âmbitos assistenciais e políticos, certos estereótipos continuam presentes tanto na representação social do sujeito em sofrimento mental como na percepção da maioria dos profissionais da atenção básica. Observa-se que muitos profissionais tentam desvendar o conteúdo do discurso do sujeito em sofrimento mental, para

se ter clareza do que provém de alterações sensoperceptivas (delírio e alucinações). Outrora, facilmente encontramos aqueles profissionais que, ao se deparar com uma queixa do sujeito em sofrimento mental, acreditam que se trata de uma demanda para os saberes *psi* (psicologia e psiquiatria), como se toda queixa fizesse parte de uma construção delirante. Ou ainda, também se tem notado que muitas equipes na atenção básica não se corresponsabilizam por esses pacientes, principalmente em territórios onde Centros de Atenção Psicossocial se fazem presentes.

Em função dessa realidade observada em diferentes municípios, entende-se o quão importante é discutir acerca da desmistificação da saúde mental na atenção primária.

Por essa razão, pretende-se investigar nessa pesquisa a seguinte questão-problema: que práticas de cuidado em saúde mental têm sido desenvolvidas na Atenção Primária, com vistas a garantir a integralidade? Objetiva-se, portanto, discutir as práticas de cuidado em saúde mental que têm sido desenvolvidas atualmente na Atenção Primária, com vistas a garantir a integralidade.

É sob essa perspectiva que se propõe a realizar a presente pesquisa, buscando auxílio nas astúcias da Educação em Saúde para desmistificar a saúde mental na atenção primária, como uma tentativa de minimizar e/ou refrear os estereótipos que ainda se fazem presentes na sociedade contemporânea e entre os próprios profissionais de saúde. Por essa razão essa pesquisa mostra-se relevante, uma vez que poderá contribuir para a prática clínica, ao propor reflexão crítica acerca dos conceitos cristalizados entre os profissionais da área da saúde, bem como evidenciar a importância da execução de práticas integradoras no cuidado em saúde mental.

2 METODOLOGIA

Como método científico para fundamentação desta pesquisa destaca-se a Revisão Integrativa que, conforme Jenal et al. (2012), reúne e sintetiza pesquisas anteriores acerca de um delimitado problema, de forma ordenada e sistematizada, o que possibilita o conhecimento aprofundado sobre o assunto.

Para tanto, a Revisão Integrativa da Literatura segue algumas etapas que lhe permitem maior rigor técnico e científico e que, de acordo Jenal et al. (2012) se dispõe da seguinte forma: 1ª Etapa: Identificação do tema ou formulação da questão norteadora; 2ª Etapa: Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e realização da amostragem ou busca na literatura; 3ª Etapa: Categorização dos estudos; 4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5ª Etapa: Discussão e interpretação dos resultados (trata-se de estabelecer discussão entre os principais resultados encontrados); 6ª Etapa: Síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados.

Nesse sentido, a presente pesquisa foi realizada com base em estudos disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em fevereiro de 2015, pautada na seguinte questão-problema: que práticas de cuidado em Saúde Mental têm sido desenvolvidas na Atenção Primária, com vistas a garantir a integralidade? Tal busca foi feita a partir dos descritores: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental e Educação em Saúde.

No que se refere aos critérios para seleção do acervo utilizado, optou-se pela inclusão de artigos que discorrem sobre a Atenção Primária e sobre os cuidados em saúde mental, bem como Educação em Saúde, e exclusão de teses, dissertações e notas editoriais. Outros critérios para a seleção foram o período temporal das publicações de 2010 a 2014, os idiomas português ou espanhol, sendo disponível o texto completo.

Na busca inicial associando-se os descritores Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental foram encontrados 787 artigos. Por considerar um índice excessivo e para que se pudesse avaliar criticamente os achados, optou-se por selecionar os artigos encontrados a partir dos critérios de inclusão supracitados. Assim sendo, tal índice foi reduzido para 72. A partir do título e resumo, foi feita nova seleção dos artigos, totalizando 11 trabalhos.

Em um segundo momento, os descritores Educação em Saúde e Saúde Mental foram associados, alcançando um total de 486 estudos. Assim como fora feito na associação anterior, optou-se pela seleção dos achados obedecendo os critérios de inclusão, o que reduziu esse número para 17 artigos. Estes foram avaliados, à princípio, pelo título e resumo, mas apenas dois correspondiam ao tema do presente estudo, sendo descartados os demais.

A partir da leitura na íntegra, observou-se que os 13 artigos selecionados (11 artigos com os descritores Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental e 2 artigos com os descritores Educação em Saúde e Saúde Mental) poderiam compor tal pesquisa, uma vez que abordam aspectos acerca do cuidado em saúde mental na atenção primária, assim como a educação em saúde como importante ferramenta no cotidiano de trabalho.

Com base nessa leitura, fichamentos foram produzidos a fim de se destacar os principais aspectos relacionados ao cuidado em saúde mental e educação em saúde na atenção primária, trazidos pelos estudos selecionados. Em seguida, foi realizada a interpretação dos dados e a elaboração textual da presente pesquisa, cujos achados são apresentados a seguir.

3 SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PRIMÁRIA: DISCUTINDO AS AÇÕES EDUCATIVAS

Foram analisados 13 artigos científicos, disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde, que compõem essa pesquisa de revisão integrativa. O quadro 1 apresenta a síntese dos artigos selecionados no período de 2010 a 2014, especificando periódico, ano, idioma, autoria, título, objetivo(s) e resultado(s).

Quadro 1 - Síntese dos artigos científicos selecionados, BVS, 2010-2014

Periódico/Ano Idioma/ Autoria	Título	Objetivo	Metodologia	Resultado
Acta. Paul. Enferma. [online] / 2012 / português / SOUZA, Jacqueline de; LUIS, Margarita Antônia Vilar.	Demandas de Saúde Mental: percepção de enfermeiros de equipes de Saúde de Família.	Descrever como são identificadas e acolhidas as necessidades de saúde mental por equipes de saúde da família, conforme a concepção de enfermeiras.	Estudo exploratório e descritivo, sob a perspectiva qualitativa.	Identificou-se que a falta de indicadores no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) afeta o planejamento das ações de saúde mental e que outras doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, são prioritárias para as equipes.
Revista Rene / 2013 / português / RAMOS, Luciane Siva; BECK, Carmem Lúcia Colomé; SILVA, Gilson Mafacioli da; SILVA, Rosângela Marion da; DISSEN Caliandra Marta.	Estratégia de Roda de Conversa no processo de educação permanente em saúde mental.	Descrever um relato de experiência sobre a utilização da estratégia de rodas de conversa como impulsionadoras do processo de educação permanente em saúde no contexto de reforma psiquiátrica.	Relato de experiência.	Identificou-se a potência dos primeiros movimentos da estratégia aqui denominada Saúde Mental na Roda em desacomodar parte dos trabalhadores da atenção básica, no sentido de reverem suas práticas e seu olhar em relação aos usuários em sofrimento mental.
Acta. Paul. Enferma. [online] / 2013 / português / SOUZA, Jacqueline de; ALMEIDA, Letícia Yamawaka de; VELOSO, Tatiana Maria Coelho; BARBOSA, Sara Pinto; VEDANA, Kelly Graziani Giaccherio.	Estratégia de Saúde de Família: recursos comunitários na atenção à saúde mental.	Investigar a percepção de profissionais de estratégia de saúde da família sobre recursos existentes no território para atendimento de demandas em saúde mental.	Estudo exploratório e descritivo, sob a perspectiva qualitativa.	A percepção dos enfermeiros em relação aos recursos comunitários centrou-se em instituições formais relacionadas à saúde ou ao ensino de cursos na área da saúde. Os coordenadores identificaram outros serviços de saúde e dispositivos de proteção social. Os agentes comunitários têm a maior percepção dos recursos existentes em saúde mental.
Temas em Psicologia [online] / 2013 / português / LIMA, Ana Izabel Oliveira;	O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no	Analisar o cuidado que as equipes de saúde da família exercem diante dos usuários da saúde	Pesquisa qualitativa, baseada na Análise	Precarização dos vínculos de trabalho prejudicando a construção do vínculo e responsabilização; a

SEVERO, Ana Kalliny; ANDRADE, Nathaly da Luz; SOARES, Gabriela Pinheiro; SILVA, Larissa Melo da.	âmbito da atenção primária.	mental.	Institucional.	reprodução irrefletida do conhecimento técnico sobre o diagnóstico psiquiátrico; a reprodução de práticas de encaminhamento e medicalização.
Revista Brasileira Psicologia Social / 2011 / português / OLIVEIRA, Francisca Bezerra de; GUEDES, Helena Karolyne Arruda; OLIVEIRA, Thaliny Batista Sarmiento de; JÚNIOR, José Ferreira Lima.	(Re)Construindo cenários de atuação em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família.	Avaliar a interação entre a saúde mental e a atenção básica, bem como analisar se esses serviços possibilitam o processo de acolhimento e reinserção do usuário na família e na comunidade.	Estudo exploratório e descritivo, sob a perspectiva qualitativa.	Falta de articulação entre a equipe de saúde da família e a saúde mental, resultando no cuidado dispensado ao usuário com sofrimento psíquico centrado no CAPS II, sem uma articulação possível com a rede de atenção básica.
Trabalho Educação em Saúde [online] / 2011 / português / PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; GONZALEZ, Alberto Durán; GARANHANI, Mara Lúcia.	Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde.	Analisar as concepções de educação em saúde de profissionais da equipe de saúde da família e pensar criticamente sobre a relação estabelecida entre as práticas de educação em saúde e os discursos desses trabalhadores.	Pesquisa qualitativa.	Necessidade de maior valorização do papel do trabalhador como sujeito propulsor de mudanças na prática educativa e no modelo de atenção vigente; reconhecimento do usuário como sujeito atuante na própria saúde e com capacidade de intervenção na sua realidade.
Saúde soc. [online] / 2013 / português / MOLINER, Juliane de; LOPES, Stela Maris Brum.	Saúde Mental na Atenção Básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental.	Conhecer como vem se configurando as práticas em saúde mental na atenção básica, através de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de que novas reflexões sejam despertadas acerca da temática.	Pesquisa qualitativa.	Atendimento diferencial; grupos e visitas domiciliares, responsabilização da família e medicalização.
Revista Escola de Enfermagem USP / 2011 / português / CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida.	Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família.	Identificar e analisar na produção científica as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde da família na atenção à saúde mental.	Pesquisa Bibliográfica.	As ações desenvolvidas na atenção básica não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor.
Revista Gaúcha de Enfermagem / 2011 / português / ANTONACCI, Milena Hohmann; PINHO, Leandro Barbosa de.	Saúde Mental na Atenção Básica: uma abordagem convergente assistencial.	Conhecer expectativas e anseios de uma comunidade em relação à implantação de um grupo de saúde mental na atenção básica.	Pesquisa qualitativa.	Constatou-se que espaços voltados à saúde mental no contexto da atenção básica contribuirão para a efetivação de práticas e construção de novos saberes para a produção de saúde e vida no território existencial dos sujeitos.
Saúde soc. [online]. / 2012 / português / SOUZA, Luiz Gustavo Silva; MENANDRO, Maria Cristina Smith;	Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: revisão da literatura	Analisar os principais temas da literatura científica brasileira sobre saúde mental na Estratégia de Saúde da	Revisão Bibliográfica.	Os estudos revisados apontaram problemas como visões estereotipadas sobre os transtornos mentais, predominância da lógica

COUTO, Leandra Lúcia Moraes; SCHIMITH, Polyana Barbosa; LIMA, Rebeca Panceri de.	brasileira.	Família.		manicomial, ausência de registros, fluxos, estratégias, apoio qualificado às famílias e de integração em rede.
Physis Revista de Saúde Coletiva / 2014 / português / FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia.	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários.	Investigar a avaliação que os usuários fazem do cuidado em saúde mental recebido por dois serviços públicos de atenção primária à saúde: Unidade de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde.	Pesquisa qualitativa.	Os usuários apontaram a necessidade de uma escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo: assistência humanizada, longitudinal e integral.
Revista Brasileira Enfermagem / 2010 / português / NEVES, Hilton Giovani; LUCCHESI, Roselma; MUNARI, Denize Bouttelet.	Saúde mental na atenção primária: necessidade de constituição de competências.	Refletir sobre a necessidade de constituição de novos saberes / fazeres para atenção à saúde mental na atenção primária, na perspectiva do referencial de competências.	Revisão Bibliográfica.	Os estudos apontaram para a necessidade de investir na formação do profissional de saúde, para mudar a realidade da assistência em saúde mental na atenção primária.
Comunicação Saúde Educação / 2012 / português / NOVAES, Magdala de Araújo; MACHIAVELLI, Josiane Lemos; VERDE, Filipe Cesário Villa; FILHO, Amadeu Sá de Campos; Rodrigues, Tereza Roberta Castro.	Tele-educação para educação das equipes de saúde da família em saúde mental.	Apresentar as estratégias para a implantação e avaliação de um serviço de telemedicina, ou telessaúde, os seminários por Webconferência em saúde mental, oferecidos pela Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco (redeNUTES), vinculada ao Programa Telessaúde Brasil Redes, para as equipes de saúde da família.	Relato de Experiência.	

Fonte: elaborado para fins desse estudo, Corinto, 2015.

Conforme explicitado no Quadro 1, dos 13 estudos que compõem esse manuscrito, oito correspondem ao método de pesquisa qualitativa, três referem-se à revisão bibliográfica e dois são baseados em relatos de experiências.

A partir da análise dos textos selecionados, foram construídas quatro categorias correspondentes a: Falta de articulação (ou articulação precária) entre atenção primária à saúde e saúde mental; Assistência baseada no modelo biológico, centrado na doença; Percepção limitada ou deturpada dos profissionais de saúde acerca da saúde mental e falta de responsabilização da equipe; Práticas educativas em saúde mental voltadas aos profissionais da atenção primária. Tais categorias serão descritas e discutidas a seguir.

3.1 Falta de articulação (ou articulação precária) entre atenção primária à saúde e saúde mental

Essa categoria discorre sobre a precariedade ou inexistência de articulação entre atenção primária à saúde e os serviços especializados em saúde mental, tanto no que diz respeito ao cuidado propriamente dito quanto ao trabalho em rede.

Na pesquisa desenvolvida por Oliveira et al. (2011) foi possível detectar a falta de articulação entre atenção básica e os serviços especializados no que tange o cuidado em saúde mental, muito embora seja reconhecida por tais autores como local privilegiado de acolhimento e vínculo, por ter a territorialização e interdisciplinaridade como princípios norteadores da assistência e por enfatizar a prevenção, promoção de saúde e redução de agravos. Em suas pesquisas, Moliner e Lopes (2013) e Frateschi e Cardoso (2014) também consideram a atenção primária como local privilegiado de atendimento da demanda em saúde mental, por possibilitar a (re)inserção do sujeito em sofrimento psíquico, uma vez que presta o cuidado continuado em seu próprio território. Essa discussão é melhor explicitada nos trechos a seguir.

Para Moliner e Lopes (2013) a articulação entre saúde mental e atenção básica, além de ser uma necessidade (pensando sobre a promoção de saúde e cidadania dos usuários), também se apresenta como grande desafio quanto à execução de novas práticas em saúde mental nesse nível da assistência, pois requer dos profissionais envolvidos maior desprendimento, percepção ampliada acerca da saúde mental e a corresponsabilização do cuidado. Tais requisitos se constituem, ao mesmo tempo, como desafio e uma possibilidade de efetivação da articulação entre setores.

Nas palavras de Frateschi e Cardoso (2014, p. 547), por sua vez, “[...] se for levado em conta que as pessoas em sofrimento mental necessitam de cuidados básicos de saúde e que o SUS preconiza a desinstitucionalização e a assistência humanizada, a Atenção Primária à Saúde se torna importante estratégia para a (re)inserção dessas pessoas na sociedade.”

Quanto à ausência de articulação entre os serviços, Oliveira et al. (2011) consideram como um dos principais entraves à corresponsabilização dos profissionais no cuidado em saúde mental, haja vista que os profissionais atuantes na atenção básica muitas vezes têm percebido o cuidado como sendo de responsabilidade exclusiva dos serviços especializados, conforme pôde ser observado no discurso dos enfermeiros por eles entrevistados. Evidenciam, também, que a equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família

é “corresponsável não só pelo cuidado do usuário, da família e da sociedade, como também pela atuação diante da identificação dos sinais iniciais do adoecimento mental e agravamento dos transtornos psíquicos.” (OLIVEIRA et al., 2011, p. 110).

Essa falta de articulação e corresponsabilização dos profissionais também são apontadas por Correia, Barros e Colvero (2011) como principais causas de encaminhamentos indiscriminados aos serviços especializados sem a resolução dos casos, chamados por esses autores como “empurroterapia”. De acordo com Correia, Barros e Colvero (2011), embora tenham ocorrido importantes mudanças em relação ao modelo de assistência em saúde mental, as práticas de cuidado na atenção básica em saúde mental não são uniformes e ficam, quase sempre, a encargo dos profissionais e/ou da decisão política do gestor, isto é, não existe a regulação e orientação dessas ações pelos programas de saúde, desse modo, a sua execução depende quase que exclusivamente do interesse e engajamento dos profissionais e apoio e investimento dos gestores.

Todavia, essa realidade também tem sido influenciada, em grande parte, pela própria política de saúde e programas que estruturam a atenção primária, por não reconhecerem a saúde mental como foco de atenção, conforme questionam Lima et al. (2013), e por se voltarem mais às doenças crônicas, como a diabetes e hipertensão, por exemplo (SOUZA; LUIS, 2012). Um exemplo é a ausência de espaço em registros oficiais para dispor as ações desenvolvidas em saúde mental na atenção primária (LIMA et al., 2013), e de indicadores no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB – que orientam o planejamento das ações das equipes (SOUZA; LUIS, 2012). No entanto, essa ausência de indicadores em saúde e falta de reconhecimento da saúde mental como foco de atenção na Estratégia de Saúde da Família não impedem as equipes em sistematizar os cuidados a uma demanda específica, como questiona Souza e Luis (2012).

Considerando-se a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2011) e a própria Reforma Psiquiátrica e relacionando-as à Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007), pode-se perceber que os princípios e diretrizes que regem tais políticas são congruentes e complementares umas às outras, o que foi discutido na maioria dos estudos analisados. A Política Nacional de Saúde Mental, fundamentada na Reforma Psiquiátrica, tem como princípio a assistência em saúde mental prestada na comunidade, possibilitando o fortalecimento dos vínculos familiares, sociais e comunitários e a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, o que também se legitima pela Política Nacional de Atenção Básica (que tem a assistência organizada pela Estratégia de Saúde da Família), na qual é preconizado a territorialização, o cuidado continuado, o acolhimento, o vínculo, a prevenção e promoção

de saúde e a redução de agravos (BRASIL, 2007). Em função dessa congruência entre os princípios que regem a saúde mental e a atenção primária, essa última se configura como local privilegiado do cuidado em saúde mental e “porta de entrada” da demanda (OLIVEIRA et al., 2011).

Contudo, na prática, o que se tem observado é que a atenção primária, embora devesse atuar como porta de entrada, tem se responsabilizado por menos de 10% da demanda em saúde mental, como Moliner e Lopes (2013) puderam constatar em suas pesquisas.

Se os princípios que norteiam as políticas de saúde são congruentes e complementares e se a saúde mental é considerada como resposta ou reação do sujeito frente à sua vida, suas relações, seus problemas, adversidades e sofrimento (BRASIL, 2013), por que a atenção primária não tem configurado e legitimado o cuidado em saúde mental no cotidiano de trabalho? Por que essa articulação tem sido encontrada tão deficitária na prática? Se a atenção primária é considerada como porta de entrada, por que tem se responsabilizado por somente 10% da demanda em saúde mental? Esses questionamentos têm se tornado frequentes, até mesmo porque se interpõem como grande discrepância entre o ideal e o real, isto é, o que é preconizado e o que é observado na prática (OLIVEIRA et al., 2011).

Percebe-se, que o cotidiano de trabalho aliado à crescente exigência pelo cumprimento de metas pré-estabelecidas pelos programas e políticas de saúde têm dificultado as equipes a desenvolverem a assistência em saúde mental pautada na prevenção e promoção de saúde, assim como estreitar os vínculos entre atenção primária e os serviços especializados.

Como possibilidade de atenuar essa discrepância, a educação permanente para os profissionais atuantes na atenção primária tem se configurado como importante estratégia de melhoria do cuidado em saúde mental, o que foi levantado por Lima et al (2013), Correia, Barros e Colvero (2011), Souza e Luis (2012) e Pinafo et al (2011). Essa possibilidade se torna possível, uma vez que a educação permanente visa problematizar as questões que se interpõe à *práxis* dos profissionais em seu cotidiano de trabalho, levando-os ao processo de reflexão, diálogo e (re)construção do conhecimento, “(...) constituindo-se, assim, em processos educativos que buscam promover a transformação das práticas de saúde e de educação” (PEDUZZI et al., 2009, p. 122).

Peduzzi et al. (2009, p. 122) sintetizam a finalidade da educação permanente em saúde no trecho a seguir:

Assim concebida, a EPS [educação permanente em saúde] reconhece o caráter educativo do próprio trabalho, que passa a ser compreendido não apenas em seu sentido instrumental da produção de resultados, da ação dirigida a um dado fim já definido a priori, mas também como espaço de problematização, reflexão, diálogo e

construção de consensos por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da integralidade da saúde.

Outra possibilidade muito interessante proposta por Oliveira et al. (2011) é a formação de equipes volantes de saúde mental que, além de estreitar os vínculos entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (atuantes na atenção primária) e os serviços especializados, sob a perspectiva do trabalho em rede, também podem favorecer a capacitação e problematização do cotidiano de trabalho dessas equipes (efetivar a educação permanente em saúde). Assim sendo, a atenção primária poderia ser potencializada a assumir seu papel enquanto porta de entrada em saúde mental, o que é preconizado pelo SUS.

3.2 Assistência baseada no modelo biológico, centrada na doença

Nessa categoria será discutido sobre o modelo de assistência que tem pautado o cuidado em saúde mental na atenção primária e que foi evidenciado nos artigos analisados, procurando-se fazer um contraponto com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Reforma Psiquiátrica.

Moliner e Lopes (2013) observaram, em pesquisa desenvolvida em uma Unidade de Saúde da Família de Santa Catarina, que a equipe de saúde tem fundamentado suas ações na perspectiva puramente biológica do adoecimento, focando-se na doença, ao invés de priorizar a saúde do usuário. Em decorrência disso, a medicalização dos sintomas tem se tornado a única (ou a principal) possibilidade de cuidado, quando, na verdade, corresponde a apenas um de seus aspectos.

Lima et al. (2013) também evidenciam essa realidade na pesquisa que realizaram na região Nordeste do país, tendo sido entrevistados os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. De acordo com os dados levantados, toda a terapêutica adotada por essa equipe se baseava apenas na medicalização, na qual se estrutura na hegemonia do saber biomédico. Os usuários em saúde mental eram identificados a partir de critérios diagnósticos e sintomatologia apresentada, em sua maioria tendo sido encaminhados por serviços especializados para renovação de receitas. “[...] Profissionais que trabalham na rede primária de saúde, geralmente têm sua atuação embasada em um modelo de atenção à saúde burocratizado e mecanicamente organizado, onde as ações se limitam a reprodução de receitas e encaminhamentos aos níveis especializados do SUS” (LIMA et al., 2013, p. 73).

Essa consideração também é compartilhada por Frateschi e Cardoso (2014) que, além de apontar a hegemonia do saber médico e a medicalização na prática em saúde mental

de duas equipes de saúde da família – no interior de São Paulo, trazem a fragmentação das ações e a falta do cuidado continuado e longitudinal ofertado aos usuários e suas famílias, o que também é evidenciado na pesquisa desenvolvida por Souza et al. (2012).

Antonacci e Pinho (2011) traçam importantes reflexões acerca da medicalização como único recurso terapêutico possível na atenção primária. Em suas pesquisas, usuários da saúde mental relataram que o uso excessivo de medicação tem prejudicado sua reinserção social. De acordo com tais autores, embora a medicalização faça parte da proposta terapêutica, não deve ser a única estratégia. Pelo contrário, os profissionais devem promover espaços de escuta e trocas e qualificar o acolhimento e a assistência, rompendo com a lógica organicista, ou seja, não se limitar ao contexto dos sintomas e sua estabilização. Para isso, os autores propõem a reconstrução dos laços afetivos e sociais e a convivência.

Fazendo um paralelo ao que é preconizado pelas políticas de saúde, destaca-se os princípios da Estratégia de Saúde da Família trazidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (2007), que vão desde as ações intersectoriais e atenção integral até a orientação familiar e comunitária, atribuindo maior ênfase na prevenção, promoção de saúde e participação social. Assim sendo, embora o tratamento e a redução de agravos façam parte da assistência em saúde, a atenção primária tem como foco as ações voltadas à prevenção e promoção da saúde, objetivando maior resolutividade dos casos e “desafogamento” dos serviços especializados, unidades hospitalares e de pronto-atendimento. Dessa maneira, como efetivar a prevenção e promoção de saúde se o cuidado tem sido destinado apenas aos sujeitos que já estão em sofrimento mental? Como possibilitar a reinserção social, o acolhimento humanizado e o vínculo com o sujeito em sofrimento psíquico, se o cuidado tem se resumido meramente à reprodução / renovação de receitas?

Percebe-se que, embora tenha havido grandes e importantes transformações acerca da assistência em saúde mental, advindas da Reforma Psiquiátrica, as ações desenvolvidas atualmente na atenção primária vão na contramão desses avanços. Pode-se dizer que chegam a se operacionalizar como retrocesso histórico e social, haja vista que as inúmeras experiências desenvolvidas na Europa (como mencionado na parte introdutória dessa pesquisa) emergiram, sobretudo, como críticas feitas ao modelo biomédico hegemônico, focado na doença e manifestação dos sintomas e como propostas inovadoras de cuidado humanizado, que efetivamente pudessem promover a inserção social dos sujeitos acometidos por transtornos mentais e a transformação da sociedade (AMARANTE, 2001).

Para que o cuidado em saúde mental na atenção primária seja fundamentado e estruturado a partir da concepção defendida Reforma Psiquiátrica e pelas Políticas Públicas de

Saúde em geral, Moliner e Lopes (2013) acreditam que é necessário o reconhecimento, por parte dos profissionais, que a demanda em saúde mental vai além da doença / transtorno instaurado. Requer um pensar e agir pautado na atenção psicossocial e de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os serviços especializados. Para tanto, aponta-se as práticas educativas em saúde como caminho viável para mudança, tanto no que diz respeito a percepção dos profissionais como na transformação das práticas em saúde mental, desenvolvidas na atenção primária. É por meio da efetivação das práticas educativas no cotidiano de trabalho, que encontrar-se-á respostas para as questões mencionadas anteriormente nessa pesquisa.

Como possibilidade de tornar aquilo que é preconizado e defendido em realidade na atenção primária, Frateschi e Cardoso (2014) trazem uma sugestão que pode ser um importante avanço à assistência em saúde mental na atenção primária, de profundos impactos no cuidado, se desenvolvida com vistas à mudança. Trata-se da criação de metodologias de avaliação, com a finalidade de identificar se a assistência em saúde mental tem sido efetiva e se as ações têm atingido o(s) objetivo(s) das equipes. Segundo Frateschi e Cardoso (2014), a avaliação deve ser contínua e feita a partir da percepção dos usuários. Também apontam a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como recurso importante para melhorar e ampliar a resolutividade da equipe local e evitar encaminhamentos indiscriminados aos serviços especializados (FRATESCHI; CARDOSO, 2014).

Outra possibilidade destacada por Lima et al. (2013) configura-se através do apoio matricial, que pode auxiliar na construção de novo modelo assistencial, fundamentado na proposta compartilhada entre os saberes, sujeitos, família e comunidade. Segundo os autores, o apoio matricial

[...] baseia-se na construção coletiva de projetos de intervenção, valendo-se tanto de ofertas originárias do núcleo de conhecimento, experiência e visão de mundo do apoiador (psicólogos, psiquiatras ou especialistas em saúde mental), quanto incorporando demandas trazidas pelo outro também em função de seu conhecimento, desejo, interesses e visão de mundo (LIMA et al., 2013, p. 79).

Sintetizando, para transformar o atual modelo assistencial voltado para o cuidado em saúde mental na atenção primária é preciso mudança na forma de se “pensar sobre saúde” e em como “fazer saúde”, incorporando à prática o que Vasconcelos (2002) denomina de interdisciplinaridade paradigmática, que se caracteriza pela relação de reciprocidade entre os saberes e disciplinas, com enriquecimento mútuo em uma tendência à “horizontalização” das relações de poder entre os diversos campos implicados e a transdisciplinaridade, que relaciona-se à capacidade de “confrontar e flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e

democratizar as relações de poder entre elas, tendendo a criar, inclusive, novos tipos de trabalhadores, com uma profissionalidade mais ampla” (VASCONCELOS, 2002, p. 251) E isso é possível através das práticas educativas, que precisam ser incorporadas e melhor exploradas no cotidiano de trabalho dentro das unidades de saúde da família.

3.3 Percepção limitada ou deturpada dos profissionais da saúde acerca da saúde mental e falta de responsabilização da equipe

Nessa categoria serão tratados aspectos relacionados à percepção dos profissionais atuantes na atenção primária acerca da saúde mental e sua práxis, assim como a falta de responsabilização do cuidado nesse nível da assistência.

Moliner e Lopes (2013) observaram em pesquisa realizada com duas equipes de Saúde da Família em Santa Catarina, que a percepção dos profissionais entrevistados ainda se encontra atrelada à estereótipos, demonstrando, com isso, desconhecimento acerca do que realmente é saúde mental e como seu cuidado deve ser desenvolvido na atenção básica.

Souza e Luis (2012) trazem outro aspecto que tem influenciado a percepção dos profissionais de saúde na atenção primária, que é a supervalorização do saber especializado. A esse respeito, esclarecem que tem sido notório a dicotomia entre a visão integral do paciente / usuário do serviço e a divisão em especialidades, levando os profissionais a terem visão deturpada acerca da saúde mental, isto é, a perceberem que somente são responsáveis pelos quadros leves ao passo que os casos mais graves são de responsabilidade exclusiva dos serviços / saberes especializados.

A influência desse “especialismo” também é detectada na pesquisa desenvolvida por Lima et al. (2013), que apontam como explicação para isso a própria formação dos profissionais de saúde e o modo como os cursos voltados para essa área em específico são fundamentados e estruturados.

Quanto à educação continuada dos profissionais, Souza et al. (2013) também fazem importante consideração, complementando a afirmativa de Lima et al. (2013). Souza et al (2013) vem dizer, que o processo de ensino-aprendizagem tem sido fragmentado e reduzido às disciplinas. Segundo os autores, isso interfere diretamente na percepção limitada dos profissionais. A pesquisa desenvolvida por Souza et al. (2013) mostrou que tanto os enfermeiros como os coordenadores integrantes de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família possuíam percepção limitada quanto aos recursos comunitários disponíveis em saúde mental, estando mais ligados às instituições formais ou de proteção social. Em contrapartida, perceberam que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) possuíam visão e conhecimento

mais amplo sobre os dispositivos existentes no território, tendo em vista que estabelecem relação de proximidade com a comunidade (SOUZA et al., 2013).

A importância da atuação dos ACS's também é indicada por Souza et al. (2012) como meio de implantação e efetivação da saúde mental na atenção primária. Tais autores também mencionam sobre percepção limitada por parte dos profissionais, em pesquisa bibliográfica realizada. Dentre os achados, Souza et al. (2012) descrevem: a falta de clareza quanto aos aspectos que envolvem a alteridade (como por exemplo, o alcoolismo e outras drogas); deficiência em registros; alto índice de abandono de tratamento. Esses dois últimos dados estão associados à falta de responsabilização dos profissionais da atenção primária, que acabam não assumindo seu papel no cuidado continuado, longitudinal e integral do usuário e de sua família. Consideram ainda, que embora a demanda em saúde mental tenha aumentado na Estratégia de Saúde da Família, as práticas e percepções continuam arraigadas de estereótipos (SOUZA et al, 2012).

Por um lado, se a falta de responsabilização do cuidado integral dos usuários e suas famílias tem se configurado como resultado da percepção limitada ou deturpada dos profissionais de saúde (atuantes na atenção primária) e como elemento dificultador da articulação entre atenção primária e serviços especializados (e demais níveis da assistência), por outro tem sido reforçado pela política de gestão - com a precariedade dos vínculos empregatícios, pautados em um regime de contratação que favorece a rotatividade e dificulta o estabelecimento de relações de proximidade entre profissionais e usuários / comunidade (LIMA et al, 2013) – e pela própria fragilidade do SUS, uma vez que esse sistema mostra-se “[...] fragmentado, com poucas articulações entre os serviços e ações desintegradas, além do acesso desigual aos diferentes níveis de atenção [...]” (SOUZA; LUIS, 2012, p. 857).

Como possibilidade de mudar esse cenário, a educação permanente configura-se como importante recurso quanto à problematização e reflexão crítica acerca do cuidado em saúde mental na atenção primária, o que é apontado na maioria dos estudos analisados. No entanto, a educação permanente por si só não será suficiente para tratar todas essas questões (podendo haver o risco de acabar reproduzindo a visão tradicionalista e reforçar os estereótipos existentes), havendo também a necessidade de inovações educacionais e reestruturação da docência, aproximando mais os estudantes da área da saúde da comunidade (SOUZA et al., 2013).

Moliner e Lopes (2013) também defendem essa inovação na formação dos profissionais, considerando-a como importante estratégia para uma nova percepção e, consequentemente, uma nova prática em saúde mental. Para esses autores, “[...] se faz

necessário novo enfoque, tanto em termos de formação dos profissionais como também dos programas de saúde [...]” (MOLINER; LOPES, 2013, p. 1081). Para isso, tanto a educação permanente (além de ser adotada como parte integrante das políticas públicas de saúde) como a educação continuada precisam estar alicerçadas em uma tendência pedagógica emancipadora, com o auxílio de metodologias participativas que proporcionem a construção coletiva do conhecimento, numa relação de proximidade entre teoria e prática.

Considera-se, portanto, que é preciso haver mudanças tanto do ponto de vista micro (na percepção e engajamento dos profissionais de saúde) como no macro (nas políticas e programas que regulamentam e estruturam a assistência em saúde na atenção primária). E ainda, faz-se necessário a expansão e efetivação da educação permanente nos serviços de saúde, assim como mudanças estruturais e metodológicas na própria docência em cursos destinados à área da saúde.

3.4 Práticas educativas em saúde mental voltadas aos profissionais da atenção primária

Essa categoria trata as estratégias que têm sido adotadas na atualidade, voltadas para o cuidado em saúde mental, para efetivação da educação permanente de profissionais de diferentes áreas do saber, atuantes na atenção primária à saúde.

Sabe-se que a saúde mental tem se configurado como grande desafio na atenção primária, principalmente em se tratando da Estratégia de Saúde da Família que, além de ofertar o cuidado humanizado, continuado e longitudinal (ações a serem executadas a curto, médio e longo prazo) de sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias (possibilitando também sua (re)inserção social), também é responsável pela identificação e acolhimento das demandas, assim como a execução de ações preventivas e capazes de promover a saúde da população assistida (BRASIL, 2007).

Tendo em vista que a Atenção Primária à Saúde deve atuar como “porta de entrada” de toda demanda referente à saúde mental, o cuidado ao sujeito em sofrimento e sua família, pautado nos princípios de desinstitucionalização, desospitalização e (re)construção da autonomia e cidadania desses sujeitos, tem provocado “uma crise no fazer cotidiano dos trabalhadores”, como afirma Ramos et al. (2013), gerando com isso, ansiedade, medo, insegurança e desconforto quanto ao atendimento desta demanda. Isso se dá, segundo estes autores (2013, p. 846), principalmente pela “[...] falta de preparo para enfrentar determinadas situações que vão além da capacidade diagnóstica e terapêutica como os problemas de acesso dos usuários com demanda reprimida crescente, a fragilidade na articulação entre os serviços de saúde mental e desses com a atenção básica, dentre outros aspectos”.

Em função disso, a implantação da educação permanente como prática educativa constante no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, principalmente os que integram equipes de saúde da família, se faz imprescindível para minimizar ou atenuar as discrepâncias entre o que é preconizado e o que se tem praticado na atenção primária.

A pesquisa bibliográfica desenvolvida por Neves, Lucchesi e Munari (2010) traz justamente algumas das principais razões para existência dessa discrepância entre o ideal e o real (quanto ao cuidado em saúde mental na atenção primária), que são a formação dos profissionais envolvidos e o modo como o ensino em si tem sido estruturado e executado pedagogicamente. Para tais autores, além de haver a necessidade constante de educação permanente e melhor qualificação dos profissionais, também é preciso reformular a proposta pedagógica que tem norteado os cursos voltados para área da saúde, como foi abordado na categoria anterior (NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010). Como meio de se efetivar essa mudança, estes autores sugerem a adoção de proposta pedagógica baseada nas vivências desses profissionais, aproximando a teoria à prática, pois além de problematizar as questões que se apresentam no cotidiano de trabalho, também buscam soluções que melhor se adequam às reais necessidades da população assistida.

De certa forma, Pinafo et al. (2011) também evidenciam essa necessidade de reformulação na proposta pedagógica dos cursos de formação profissional na área da saúde na pesquisa que realizaram em município do Paraná. Os profissionais entrevistados mostraram concepção e prática educativa baseada no modelo tradicional, em que o educador que detém o saber transmite o conhecimento para o educando, que é entendido como mero receptor de informações e conteúdos. Segundo Pinafo et al. (2011, p. 203), “no contexto da atenção básica, a forma como o profissional compreende a educação em saúde também pode determinar como ele a pratica”. Ou seja, se estiverem alicerçados em práticas educativas pautadas na pedagogia tradicional, muito facilmente poderão assumir posição superior aos usuários, estabelecendo relação totalmente verticalizada sem levar em consideração o saber popular (PINAFO et al., 2011).

Para efetivação da educação permanente em instituições de saúde da atenção primária, em particular, enquanto prática educativa capaz de promover o pensamento e postura crítica-reflexiva promotora de transformação social, Pinafo et al. (2011) destacam a proposta da Pedagogia Progressista Libertadora, baseada na concepção de Paulo Freire (educação problematizadora), como importante recurso para melhorar a assistência em saúde e o próprio SUS.

Na verdade, tanto é possível articular a Tendência Pedagógica Progressista Libertadora – idealizada e defendida por Paulo Freire (1996), como a perspectiva fundamentada na vivência dos atores envolvidos no processo educacional. Desse modo, a metodologia utilizada nos cursos de formação e na própria educação permanente também precisa ser reestruturada, a fim de possibilitar a formação de sujeitos críticos capazes de problematizar as questões que têm interposto suas práxis em saúde.

Frente a essa necessidade de implementação da educação permanente em instituições de saúde as equipes de saúde da família, em particular, têm adotado diferentes recursos metodológicos em suas práticas educativas, o que tem favorecido experiências exitosas. Um desses recursos metodológicos, que tem apresentado bons resultados, é a Roda de Conversa.

Em pesquisa realizada em município do Rio Grande do Sul, com diferentes equipes de saúde da família, Ramos et al. (2013) avaliaram a implantação e execução da Roda de Conversa como estratégia de efetivação da educação permanente em saúde mental. Conforme as contribuições dos autores supracitados, a Roda de Conversa

[...] consiste na criação de espaços de diálogo, em que as pessoas se expressam, escutam os outros e a si mesmas. Esta estratégia estimula a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. Nessa perspectiva, a roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências e que todos os que entram na roda têm poderes iguais sobre o território de que falam. (RAMOS et al., 2013, p. 847).

Como continua os autores, a roda de conversa possibilita aos profissionais expor suas dúvidas, sentimentos e questionamentos acerca do cuidado em saúde mental, bem como problematizar os entraves e desafios que tem abarcado sua prática e, com isso, repensar sua atuação e propor novas formas de cuidado. Acrescentam, ainda, que por meio da roda de conversa é possível suscitar o estranhamento e a desconforto dos sujeitos envolvidos, favorecendo sua implicação no processo de construção de conhecimento.

Outro exemplo de prática educativa é o serviço de Tele-educação, que de acordo com Novaes et al (2012), visa promover a educação continuada às equipes de saúde, assim como consultorias para otimizar a assistência prestada à população. Acessados por meio da internet, os serviços de Tele-educação oferecem, além de consultorias, espaço de aprendizagem disponibilizado à distância para diálogo entre profissionais de diferentes áreas do saber e em diversos municípios e estados brasileiros. Novaes et al. (2012) consideram os serviços de Tele-educação como recursos eficazes no apoio ao profissional, operando como

agente potencializador de suas ações em saúde, muito “embora não sejam suficientes para transformar as práticas de saúde [...]” (NOVAES et al., 2012, p. 1099).

Pode-se mencionar, também, a contribuição de grupos de discussão e do sociodrama na prática clínica dos profissionais atuantes na atenção primária, favorecendo o diálogo e a relação horizontal entre os saberes e entre os atores envolvidos, além de acolher os sentimentos despertados pelo seu cotidiano de trabalho. Os grupos de discussão são espaços criados para o diálogo, troca de saberes e experiências e fortalecimento do grupo, por meio da cooperação e solidariedade. O sociodrama, por sua vez, é definido por Nery et al (2006) como uma técnica de pesquisa qualitativa, para compreender as relações interpessoais e os conflitos provenientes nestas e destas relações. Acrescenta-se, que a prática educativa pode ser desenvolvida em diferentes espaços e de diferentes maneiras, inclusive durante as reuniões de equipe ou até mesmo através da construção do Projeto Terapêutico Singular (é a terapêutica traçada pela equipe interdisciplinar, no cuidado a um determinado usuário e sua família, com estabelecimento de metas a serem cumpridas a curto, médio e longo prazo).

Enfim, considera-se a educação permanente como recurso imprescindível a ser adotado pelos serviços de saúde e pelas Políticas Públicas de Saúde em geral. Contudo, além de efetivar a educação permanente no cotidiano de trabalhos dos profissionais de saúde também é necessário transformar o cenário educacional do país, por meio de profundas mudanças nos Projetos Políticos Pedagógicos e, conseqüentemente, nas metodologias e didática adotadas na formação desses atores, para que assim se torne possível a mudança na percepção e atuação dos profissionais atuantes na atenção primária quanto ao cuidado em saúde mental.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inegavelmente o SUS se constitui como grande avanço, tanto no que se refere à assistência prestada em saúde como também ao cenário político e social em que ele se inscreve, tendo em particular a atenção primária como foco de sua atenção por enfatizar as ações de prevenção e promoção de saúde, o que anteriormente não existia. É por meio da atenção primária à saúde que se busca aumentar o escopo e a resolutividade dos casos, desafogando os serviços especializados nos demais níveis da assistência (unidades de pronto-atendimento e unidades hospitalares), com a otimização dos recursos disponíveis e diminuindo os encaminhamentos que, na maioria das vezes, poderiam ser evitados com o cuidado continuado no próprio território.

Como a atenção primária tem a Saúde da Família como principal estratégia para organizar a assistência em saúde e otimizar os recursos disponíveis, esta opera (ou deveria operar) como porta de entrada às demandas. Assim sendo, toda demanda em saúde mental em específico deveria ser acolhida em primeira instância na atenção primária que, por sua vez, é responsável não somente pelo cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico e sua família, como na identificação de novos casos, no planejamento e execução de ações preventivas e de promoção à saúde da população assistida em determinado território e pela corresponsabilização do cuidado integral, continuado e longitudinal desses usuários, atuando assim sob a perspectiva do trabalho em rede.

Contudo, essa não tem sido a realidade da atenção primária, no que tange o cuidado em saúde mental, observada na atualidade. Diante dos artigos analisados, pôde-se perceber que a atenção primária tem funcionado de maneira contrária aos seus próprios princípios e ao que é preconizado pelas políticas públicas de saúde e pela própria Reforma Psiquiátrica, quanto ao acolhimento e atendimento das demandas em saúde mental. Tal argumento se fortalece e se legitima pela falta de articulação entre as equipes de saúde da família e os serviços especializados (CAPS, Centros de Convivência, entre outros), pelo desconhecimento dos profissionais do que de fato corresponde a saúde mental, pelo cuidado ainda ser pautado no modelo biomédico (centrado na doença), pela falta de corresponsabilização do cuidado das equipes de saúde da família, pelos profissionais entenderem a saúde mental como objeto exclusivo dos saberes e serviços especializados, entre outras questões evidenciadas nos estudos que compõem essa pesquisa.

Como possibilidade de mudar essa realidade, destaca-se a importância da educação permanente como recurso a ser utilizado no cotidiano de trabalho, a fim de problematizar as questões emergentes no decorrer da prática dos profissionais e de propiciar o pensamento crítico-reflexivo entre esses atores, considerados como agentes potencializadores de transformação social. Todavia, reconhece-se que a educação por si só não será suficiente para gerar mudanças capazes de impactar o modo de vislumbrar a saúde e, conseqüentemente, o modo de fazer saúde. É preciso, também, que hajam profundas mudanças em duas vertentes: na reestruturação das propostas pedagógicas e metodológicas que norteiam os cursos de formação na área da saúde, aproximando assim a teoria da prática; na reestruturação das políticas de saúde, principalmente aquelas que fundamentam a assistência na atenção primária, agregando também a saúde mental como parte integrante de suas prioridades.

É por meio do reconhecimento da importância da implementação da educação permanente em instituições de saúde que equipes de saúde da família têm desenvolvido práticas educativas bem-sucedidas, utilizando-se recursos metodológicos de diferentes modalidades.

Como, nesse trabalho, toda a pesquisa foi voltada para a questão referente ao desenvolvimento, na Atenção Primária, de práticas de cuidado em saúde mental, pôde-se perceber que, se por um lado o cuidado em saúde mental na atenção primária não está em consonância com o que é preconizado pelos programas e políticas públicas de saúde (e a Reforma Psiquiátrica propriamente dita), por outro, essa realidade tem levado muitas equipes de saúde da família a buscar o auxílio das práticas educativas, tanto para lidar com seus anseios e inseguranças como para refletir criticamente sobre suas ações ou condutas e, com isso, mudar suas práticas em saúde mental. Dentre as ações educativas encontradas, pode-se citar aquelas pautadas na metodologia da roda de conversa, dos grupos de discussão e do sociodrama, cujos resultados têm sido considerados como positivos na prática assistencial.

Por fim, as práticas educativas desenvolvidas na atualidade na atenção primária têm auxiliado os profissionais a repensarem suas práxis e a perceberem o quanto importante é incorporar a saúde mental ao cotidiano de trabalho nas unidades de saúde da família, devido não somente à complexidade da demanda, como a crescente necessidade de se atuar com vistas ao resgate da autonomia e cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, pode-se dizer que essa pesquisa pode tanto contribuir para a prática clínica dos profissionais atuantes na atenção primária, como subsidiar novas pesquisas acerca dessa temática, considerando a complexidade da questão e sua urgência interposta pelos desafios e entraves vivenciados nas unidades de saúde da família.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Revisitando os Paradigmas do Saber Psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001, p. 21-50.

ANTONACCI, Milena Hohmann; PINHO, Leandro Barbosa de. Saúde mental na Atenção Básica: Uma abordagem convergente assistencial. *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]. 2011, vol. 32, n. 1, pp. 136-142. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a18v32n1.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental*. Brasília: Editora MS, nº 34, 2013, 170 páginas.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 10. 216* de 06 de abril de 2001. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 26 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva* [online]. Brasília: Editora MS, v. 4, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf. Acesso em: 01 dez. 2014.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; Colvero, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online]. 2011, v. 45, n.6, p. 1501-1506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. Vol. 19, n 3, 2014, pp 847-852. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2015.

FRATESHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Avaliação sob a ótica dos usuários. *Physis* [online]. 2014, vol. 24, n. 2, pp. 545-565. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n2/0103-7331-physis-24-02-00545.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

GUERRA, Andéa Máris Campos. *Oficinas em Saúde Mental – a experiência de Belo Horizonte: o objeto como regulador ético entre subjetividade e cidadania no tratamento da psicose*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

JENAL, Sabine et al. O processo de revisão por pares: uma revisão integrativa de literatura. *Acta Paul. Enferm.* 2012.

LIMA, Ana Izabel Oliveira et al. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. *Temas em Psicologia* [online]. 2013, v. 21, n. 1, p. 71-

82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a05.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *As redes de atenção à saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2. ed. 2011. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf. Acesso em: 01 dez. 2014.

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na Atenção Básica: Possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde soc.* [online]. 2013, v. 22, n. 4, p. 1072-1083. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/10.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

NERY, Maria da Penha; COSTA, Liana Fortunato; CONCEIÇÃO, Maria Inês Gandolfo. O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Revista Paidéia* [online], Ribeirão Preto 2006, edição 16, nº 35, p. 305-313. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2006000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 04 jun. 2015.

NEVES, Hilton Giovani; LUCCHESI, Roselma; MUNARI, Denize Bouttelet. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2010, v.63, n.4, p. 666-670. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/25.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

NOVAES, Magdala de Araújo et al. Tele-Educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: uma experiência de Pernambuco, Brasil. *Interface (Botucatu)* [online]. 2012, v. 16, n. 43, p. 1095-1106. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4612.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de et al. (Re) Construindo Cenários de Atuação em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família. *RBPS Fortaleza* [online]. 2011, v. 24, n. 2, p. 109-115. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/artigo3_2011.2.pdf. Acesso em: 18 fev. 2015.

OMS/WHO. *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 26 Jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Washington: D.C., 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf. Acesso em: 30 nov. 2014.

PEDUZZI, Marina et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009, v.13, n.30, p. 121-134. ISSN 1807-5762. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a11.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2015.

PINAFO, Elisangela et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab. educ. saúde (Online)* [online]. 2011, v.9, n.2, p. 201-221. ISSN 1981-7746. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n2/03.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

RAMOS, Luciane Silva et al. Estratégia de Roda de Conversa no Processo de Educação Permanente em Saúde Mental. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste* [online]. 2013, v. 14, n. 4, p. 845-853. Disponível em: <file:///C:/Users/DANIELY/Downloads/1462-7771-1-PB.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

SILVEIRA, Renato Diniz. *Cidadania do louco: da utopia à possibilidade*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

SOUZA, Jacqueline de et al. Estratégia de Saúde da Família: Recursos Comunitários na Atenção à Saúde Mental. *Acta paul. Enferm.* [online]. 2013, v. 26, n. 6, p. 594-600. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/14.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva et al. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. *Saúde soc. [online]*. 2012, v. 21, n. 4, p. 1022-1034. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a19.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

SOUZA, Jacqueline de; LUIS, Margarita Antonia Villar. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. *Acta paul. Enferm.* [online]. 2012, v. 25, n. 6, p. 852-858. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a05.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Os conceitos e tipos de práticas interdisciplinares e interparadigmáticas. IN: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.