

Práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: uma revisão de literatura

Mental health practices in the family health strategy: a literature review

Larissa Tristão Gramacho¹, Elzo Pereira Pinto Junior^{2*}

¹Psicóloga, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial; ²Mestre em Saúde Coletiva, Doutorando em Saúde Pública – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Resumo

Introdução: o crescimento da demanda por serviços de saúde mental na população implica no desafio da oferta do cuidado no âmbito da Atenção Básica (AB). **Objetivo:** compreender como se efetiva o cuidado em saúde mental na AB, a partir das práticas das equipes de Saúde da Família no contexto do sistema de saúde brasileiro. **Metodologia:** trata-se de uma revisão da literatura, realizada na base de dados LILACS. Foram incluídos os artigos de pesquisas nacionais, que objetivassem analisar ou avaliar as práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado em saúde mental, e estivessem disponíveis em texto completo. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 22 artigos para a análise. **Resultados:** os estudos apontaram que o cuidado em saúde mental ofertado na ESF ainda é muito precário e fragmentado, restrito a algumas categorias profissionais e relacionado geralmente ao controle do uso de medicamentos. A assistência ofertada se caracteriza como pontual, descontínua e descontextualizada da vivência e da realidade dos usuários em sofrimento psíquico. Percebe-se preocupação ainda muito voltada para a doença e os sintomas, em detrimento do sujeito, das suas reais necessidades e demandas. **Conclusão:** as práticas em saúde mental desenvolvidas no âmbito da AB ainda são fragmentadas, desarticuladas e descontextualizadas, não havendo continuidade do cuidado nem preocupação com o sujeito, apesar dos avanços em relação à escuta, acolhimento e vínculo.

Palavras-chave: Saúde Mental. Serviços de Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família.

Abstract

Introduction: the growth of the demand for mental health services in the population implies the challenge of the provision of care in the scope of Primary Care (PC). **Objective:** to understand how mental health care in PC is effective, based on the practices of the Family Health teams in the context of the Brazilian health system. **Methodology:** this is a literature review, carried out in the LILACS database. National research articles were included, which aimed to analyze or evaluate the practices of the Family Health Strategy (FHS) teams in mental health care, and were available in full text which. After the application of the inclusion and exclusion criteria, it was select 22 articles to analyze. **Results:** the studies pointed out that the mental health care offered in the FHS is still very precarious and fragmented, restricted to some professional categories and generally related to the control of medication use. The offered assistance is characterized as punctual, discontinuous and decontextualized of the experience and the reality of the users in psychological suffering. A concern is still very much centered within the disease and the symptoms, to the detriment of the subject, of his real needs and demands. **Conclusion:** the mental health practices developed within the PC are still fragmented, disarticulated and decontextualized. There is no continuity of care or concern for the subject, despite advances in relation to listening, welcoming and bonding.

Keywords: Mental Health. Mental Health Services. Family Health Strategy;

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) constitui-se como um conjunto de serviços e ações de saúde que objetiva interferir de forma resolutiva na maioria das necessidades e situações de saúde das pessoas e impactar nos determinantes e condicionantes de saúde da população (BRASIL, 2010, 2012). Neste sentido, como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), deve estar preparada para acolher a todos os usuários e referenciá-los na rede de assistência e cuidados (SANTOS; NUNES, 2014), desenvolvendo ações de prevenção, promoção e reabilitação, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde como principal estratégia de operacionalização da AB nos municípios brasileiros (ALMEIDA, 2014), deveria desenvolver as suas ações a partir de uma perspectiva ampliada, em unidades básicas e nas residências da população de uma região delimitada (BRASIL, 2010). Entretanto, este programa acabou se voltando para populações de risco, sendo considerado um “programa seletivo” implementado pelo governo (ALMEIDA, 2014, p. 8), o que tornou necessária a sua reestruturação.

No seu processo de reestruturação, o PSF foi substituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que passou a ser o principal dispositivo para a expansão e consolidação da AB no Brasil. Com o objetivo de reorganizar toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a ESF deve integrar e coordenar o cuidado de acordo com as necessidades de saúde da população (ALMEIDA, 2014), através da reorientação do

Correspondente/Corresponding: *Elzo Pereira Pinto Junior – End: Rua Oito de Dezembro, nº 808, Apto. nº 103, Graça, Salvador, BA – CEP: 40150-000 – Tel: (71)99285-7608 /3264-0584 – E-mail: elzojr@hotmail.com

seu processo de trabalho pelas equipes multiprofissionais, na busca da produção de uma atenção integral, que valorize a singularidade do sujeito e a sua inserção cultural (BRASIL, 2012).

É nesse contexto de reorientação de práticas sanitárias que a saúde mental surge como uma das principais propostas a serem efetivadas na AB, dado seu caráter indissociável da visão geral de saúde dos indivíduos (BRASIL, 2013). Apesar da Atenção Básica ter se ausentado do cuidado em saúde mental ao longo do tempo (BRASIL, 2010), desde 2001, organismos internacionais já haviam reconhecido a necessidade de proporcionar tratamento e atenção às pessoas com transtorno mental neste nível de atenção como a primeira recomendação para o enfrentamento dos problemas referentes a este campo (TANAKA; RIBEIRO, 2009). A importância desta integração passou a ser ainda mais reconhecida com a adoção da ESF como eixo estruturador da AB, que fez com que as equipes de Saúde da Família (SF) se deparassem com questões relativas à dependência química, depressão e violência doméstica, que são problemas de grande magnitude na população geral (VECCHIA; MARTINS, 2009).

Dessa forma, o crescimento da demanda em saúde mental (BOCK et al., 2011), representada pelo crescente número de pessoas que sofrem de transtornos mentais (SANTOS; NUNES, 2014) e pela alta frequência de questões relacionadas ao sofrimento psíquico nas queixas dos pacientes atendidos pelas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2013), fez com que aumentasse a participação destes profissionais neste campo. Nesse sentido, dados indicam que aproximadamente 56% das equipes de AB já realizou alguma prática de saúde mental em seus atendimentos e serviços (BRASIL, 2003).

Contudo, apesar deste crescimento, ainda há muitas dúvidas e receios dos profissionais da ESF quanto ao cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). Alguns dados revelaram que os profissionais do PSF tendem a não enxergar o serviço como lugar de auxílio e apoio à saúde mental (BRÊDA; AUGUSTO, 2001). Outras pesquisas indicaram ainda que os casos de saúde mental não são registrados nos prontuários da AB, uma vez que não existe uma prática de documentar tais eventos pelos profissionais deste nível de atenção (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009). Apesar da relevância do tema, ainda há pouca produção científica que aborde o atendimento em saúde mental ou a ocorrência de problemas de saúde mental entre os indivíduos que utilizam os serviços de saúde no nível da Estratégia Saúde da Família (BANDEIRA; FREITAS; CARVALHO FILHO, 2007).

Dessa forma, a presente revisão teve como objetivo compreender como se efetiva o cuidado em saúde mental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a partir das práticas realizadas pelas equipes de Saúde da Família no Brasil.

METODOLOGIA

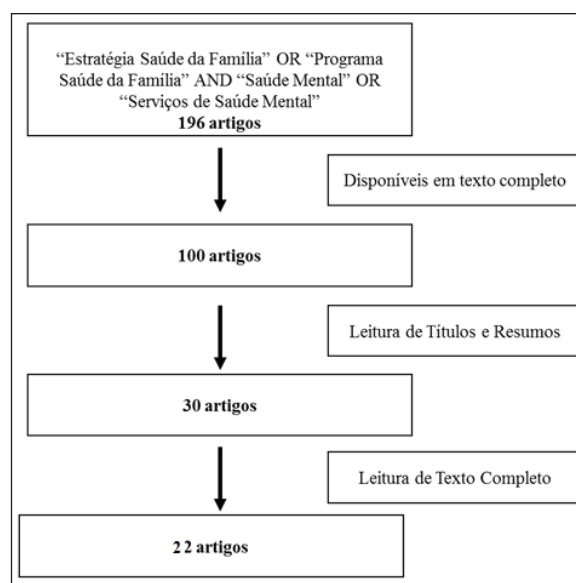
O presente trabalho se caracteriza como uma revisão de literatura sobre as práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas no contexto da ESF. Utilizou-se como fonte de pesquisa dos artigos, a base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), uma vez que esta é um dos principais índices da literatura científica sobre a temática no país.

Inicialmente, consultaram-se as palavras-chave sugeridas pelo DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), até encontrar a estratégia de busca mais apropriada para o tema, num processo de calibração dos unitermos. Assim, chegou-se à estratégia final de busca: “Estratégia Saúde da Família” OR “Programa Saúde da Família” AND “Saúde Mental” OR “Serviços de Saúde Mental”.

Foram considerados como critério de inclusão os artigos de pesquisas nacionais realizadas que objetivassem analisar ou avaliar as práticas das equipes da ESF no cuidado em saúde mental, e estivessem disponíveis em texto completo. Foram excluídos artigos que tratassem da atuação em saúde mental relativa a algumas categorias profissionais específicas, voltadas a um público, tipo de transtorno ou comportamento específico, que propunham ou analisavam algum tipo de intervenção ou terapia, além de relatos de experiência, teses e revisões bibliográficas.

Dessa forma, foram encontrados 196 documentos no total, dos quais 120 eram da base de dados LILACS e 100 estavam disponíveis em texto completo. Desses, a partir da leitura dos títulos, foram selecionados para a leitura dos resumos 54 artigos, dos quais 38 foram escolhidos para a leitura na íntegra. A realização deste procedimento permitiu a seleção de 22 artigos para a revisão, por estarem de acordo com o tema e se adequarem aos critérios de inclusão e exclusão (Figura 1).

Figura 1 – esquema de seleção de artigos



Fonte: Autoria própria

A sistematização dos artigos selecionados foi realizada através de dois quadros: um contendo colunas com as suas características gerais, como primeiro autor, ano de publicação, metodologia, tipo de estudo e local do estudo; e outro com a descrição dos participantes das pesquisas e dos seus principais resultados. O tipo de estudo inclui também o caráter da pesquisa, e a metodologia inclui o referencial teórico. A análise dos dados possibilitou a categorização das informações em “Práticas de atendimento fragmentadas e biologizantes”, “Práticas de saúde mental e potencialidades” e “Contradições e desafios”.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização das pesquisas

Dos artigos analisados (n=22), apenas um utilizou o método quantitativo associado ao qualitativo; todos os outros apresentaram uma metodologia qualitativa. Em relação ao referencial teórico-metodológico utilizado, foram citados: a Análise Institucional de Barenblit (n=1), a Avaliação de Quarta Geração (n=3), os Círculos de Cultura de Paulo Freire (n=1), a Dialética marxista baseada em Mendes-Gonçalves (n=1), a Hermenêutica crítica (n=2), a Hermenêutica Gadameriana (n=1) e a Psicossociologia francesa de Eugene Enriquez (n=1) (Quadro 1).

Quadro 1 – Descrição dos artigos segundo primeiro autor, ano de publicação, metodologia, tipo de estudo e local.

AUTOR	ANO	METODOLOGIA	TIPO/CARÁTER	ANÁLISE DE DADOS	LOCAL
Brêda	2001	Qualitativa	Estudo de Caso	Unidades Significativas (Minayo)	Maceió (AL)
Nunes	2007	Qualitativa	Recorte de um Estudo Etnográfico	<i>Não informado</i>	Salvador (BA)
Ribeiro	2008	Qualitativa	Exploratório-descritivo	Análise de Conteúdo (Bardin)	Cuiabá (MT)
Silveira	2009	Qualitativa, Dialética-marxista de Mendes-Gonçalves	Estudo de Caso	Análise de Conteúdo Temática (Bardin)	Rio de Janeiro (RJ)
Camuri	2010	Qualitativa, Análise Institucional	<i>Não informado</i>	<i>Não informado</i>	Município do Nordeste
Mielke	2010	Qualitativa, Avaliação de Quarta Geração	Avaliativo	Método Comparativo Constante	Porto Alegre (RS)
Arce	2011	Quali-quantitativa	<i>Não informado</i>	Discurso do Sujeito Coletivo	Brazlândia, (DF)
Campos	2011	Qualitativa, Hermenêutica Gadameriana	Avaliativo e participativo	Análise de Narrativas e Triangulação de Métodos	Campinas (SP)
Cavalcante	2011	Qualitativa, Hermenêutica crítica	Crítico-reflexivo	Hermenêutica Crítica	Fortaleza (CE)
Mielke	2011	Qualitativa, Avaliação de Quarta Geração	Estudo de caso	Método Comparativo Constante	Porto Alegre (RS)
Oliveira	2011	Qualitativa	Exploratório	Análise de Conteúdo – Temática (Bardin)	Cajazeiras (PB)
Sousa	2011	Qualitativa	<i>Não informado</i>	Análise de Conteúdo (Minayo)	Dois Municípios do Nordeste
Pinto	2012	Qualitativa, Hermenêutica crítica	Crítico-reflexiva	Hermenêutica Crítica	Dois Municípios do Ceará (CE)
Andrade	2013	Qualitativa	Exploratório – descritivo	Análise de Conteúdo (Minayo)	Montes Claros (MG)
Azevedo	2013	Qualitativa	Descritivo	Análise de Conteúdo	Caicó (RN)
Moliner	2013	Qualitativa	<i>Não informado</i>	<i>Não informado</i>	Um município de Santa Catarina (SC)
Ribeiro	2013	Qualitativa	<i>Não informado</i>	Análise Temática	Um município de São Paulo (SP)
Frateschi	2014	Qualitativa	<i>Não informado</i>	Análise de Conteúdo Temática (Bardin)	Município de São Paulo (SP)
Jorge	2014	Qualitativa	<i>Não informado</i>	Análise de Conteúdo Temática (Minayo)	Fortaleza (CE)
Miranda	2014	Qualitativa, Psicossociologia Francesa de Enriquez	<i>Não informado</i>	Análise de Conteúdo (Bardin e Minayo)	Município do Rio de Janeiro (RJ)
Wetzel	2014	Qualitativa, Avaliação de Quarta Geração	Recorte de uma pesquisa avaliativa	Método Comparativo Constante	Porto Alegre (RS)
Martins	2015	Qualitativa, Círculos de Cultura	Pesquisa Ação	Triangulação de Métodos	Juazeiro do Norte (CE)

Fonte: Elaboração dos autores.

Quanto ao tipo e caráter do estudo, foram encontrados estudos de caso (n=3), pesquisa-ação (n=1), estudo etnográfico (n=1), pesquisas avaliativas (n=2); estudo exploratório (n=1), estudo descritivo (n=1), estudos exploratórios-descritivo (n=2), estudo avaliativo e participativo (n=1), pesquisas crítico-reflexivas (n=2) e 8 artigos não informaram o tipo e o caráter do estudo (Quadro 1). Em relação ao ano de publicação, houve um crescimento nos últimos 5 anos no número de pesquisas publicadas. Quanto à divisão regional referente aos locais de desenvolvimento das pesquisas, 10 foram realizadas no Nordeste, 6 no Sudeste, 4 no Sul e 2 na região central do país, evidenciando uma predominância de estudos sobre esta temática no Nordeste, principalmente no estado do Ceará (n=4). Apenas um artigo foi publicado em inglês, apesar da pesquisa ter sido realizada no Brasil (Quadro 1).

A maioria das pesquisas (n=16) utilizaram como método para a coleta de dados as técnicas de entrevista semi-estruturada, observação e registro de campo, sendo utilizadas também, associadas a essas, os grupos focais (n=4), pesquisa documental (n=1), análise de prontuários

(n=2) e análise de documentos no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (n=1); sendo que a entrevista foi usada como único instrumento em 4 estudos, e os grupos focais em 2. Foram utilizadas diferentes abordagens para a análise dos dados obtidos: Análise de Conteúdo, (n=5); Análise de Conteúdo na modalidade Temática (n=5); Método Comparativo Constante (n=3), Hermenêutica Crítica (n=2); Discurso do Sujeito Coletivo (n=1); Análise das Narrativas (n=1) e Unidades Significativas (n=1) (Quadro 1).

A maioria das pesquisas (n=21) investigaram as práticas de saúde mental a partir do relato dos profissionais de saúde que atuavam na ESF (técnicos, agentes comunitários e profissionais de nível superior), 4 contaram também com o relato dos usuários de saúde mental, e somente uma contou exclusivamente com a participação de usuários de saúde mental. Em apenas 3 estudos, os profissionais tinham recebido capacitação e treinamento em saúde mental. Estas informações e os principais resultados da pesquisa são apresentados no Quadro 2, abaixo.

Quadro 2 – Descrição dos artigos segundo o público que participou dos estudos e os principais resultados encontrados.

AUTORES/ANO	EQUIPES E PROFISSIONAIS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Brêda e Augusto (2001)	Portadores de transtorno psíquico residentes na comunidade (Pontal da Barra) e os profissionais de saúde da família que nela trabalham.	Cuidado medicalizado, hospitalar e fragmentado, lógica do internamento psiquiátrico, insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental local.
Nunes, Jucá e Valentim (2007)	Quatro equipes de saúde da família de uma Unidade de Saúde da Família (ACS, técnicos de enfermagem, auxiliar de dentista e profissionais de nível universitário).	Práticas fragmentadas, excessivamente normatizadas, apoiadas no modelo biomédico hospitalocêntrico, voltada para a medicação, sendo, muitas vezes discriminatório e de cunho moralista-repressivo.
Ribeiro, Ribeiro e Oliveira (2008)	Duas unidades de PSF, cujas equipes receberam capacitação em saúde mental (17 sujeitos: 2 enfermeiros, 1 médico, 12 ACS e 2 técnicos em enfermagem).	Dificuldade de acesso, infra-estrutura precária e vínculo frágil das unidades com a comunidade.
Silveira e Vieira (2009)	Profissionais que desenvolveram suas atividades na unidade de saúde ou na comunidade – Centro de Saúde Escola (4 médicos, 6 profissionais de saúde não-médicos, 2 técnicos de saúde e 2 ACS).	Predomínio do modelo biomédico de organização da atenção à saúde, a psiquiatrização do cuidado em saúde mental, a burocratização do processo de trabalho e o centramento nas ações intramuros.
Camuri e Dimenstein (2010)	3 das equipes de uma Unidade de Saúde da Família que tiveram treinamento para a identificação de usuários com demanda em saúde mental (12 trabalhadores: 3 médicos, 3 enfermeiros e 6 ACS).	Modos de trabalho burocratizados e hierarquizados, práticas de cuidado esquadram os usuários a partir do saber/fazer de cada categoria profissional; lógica do especialismo e encaminhamento.
Mielke e Olschowsky (2010)	2 equipes da ESF – total de 14 profissionais (2 médicos, 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 6 ACS).	Os profissionais das equipes estudadas avaliaram a necessidade de retaguarda assistencial e orientações técnicas de equipes especializadas em saúde mental para a realização de ações de saúde mental no território.
Arce, Sousa e Lima (2011)	26 Profissionais das equipes de Saúde da Família, que receberam capacitação em saúde mental (2 enfermeiras, 5 técnicos e auxiliares de enfermagem, 1 técnico de higiene dental, 1 auxiliar de consultório dentário e 17 ACS).	Dificuldade de acesso da população, rede de apoio desestruturada, baixa capacidade de resolutividade, privilégio por consultas ambulatoriais médicas e encaminhamentos para internações.
Campos, Gama, Ferrer, Santos, Stefanello, Trapé e Porto (2011)	6 UBS – ACS, 12 usuários e 12 profissionais de saúde (2 médicos, 2 enfermeiros, 4 psicólogos ou terapeutas ocupacionais e 4 profissionais de nível médio).	O apoio matricial se mostrou potente para definir fluxos, qualificar as equipes e promover uma assistência conjunta e compartilhada. Detectou-se um papel estratégico do ACS para propiciar escuta de forma mais próxima à população.

AUTORES/ANO	EQUIPES E PROFISSIONAIS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Cavalcante, Pinto, Carvalho, Jorge e Freitas (2011)	Profissionais de 6 UBS e Centros de Saúde da Família (12 trabalhadores de saúde: 6 enfermeiros, 3 médicos, 2 auxiliares de enfermagem e 1 ACS).	Ações de saúde mental restritas a alguns trabalhadores de saúde na ESF, como: o apoio matricial, as tecnologias relacionais, a visita domiciliária e a terapia comunitária. Contudo, ainda prevalece o modelo patológico curativo.
Mielke e Olschowsky (2011)	Duas equipes de uma unidade de saúde da família (14 sujeitos: 2 médicos, 2 enfermeiros, 4 técnicos de enfermagem e 6 ACS).	Diversas tecnologias para a inclusão da saúde mental no território: acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupo terapêutico.
Oliveira, Guedes, Oliveira e Lima Júnior (2011)	13 enfermeiros de 14 UBS e 5 profissionais de nível superior do CAPS tipo II (obs: no resumo tinha 13 e na metodologia 14 UBS).	Falta de articulação entre a equipe de saúde da família e a da saúde mental, resultando no cuidado dispensado ao usuário com sofrimento psíquico centrado no CAPS II, sem uma articulação com a rede de AB.
Sousa, Jorge, Vasconcelos, Barros, Quinderé e Gondim (2011)	47 profissionais de saúde da ESF e dos CAPS (enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos; e ACS).	O apoio matricial é uma estratégia potente, pois possibilita a construção de um sistema articulado em rede no SUS, não limitado às fronteiras de um dado serviço.
Pinto, Jorge, Vasconcelos, Sampaio, Lima, Bastos e Sampaio (2012)	Participaram 32 usuários e 22 familiares, 46 profissionais de saúde da ESF e 15 dos CAPS (médicos, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêutico e fisioterapia).	A integração das ações de saúde mental na APS estabelece inovação das abordagens psicossociais pela assistência compartilhada entre equipe, familiares e usuários.
Andrade, Rodrigues, Carvalho, Mendes e Leite (2013)	8 profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (1 médico, 1 enfermeira, 1 dentista, 5 ACS).	Ações isoladas e pouco inovadoras, fragmentação na assistência multiprofissional.
Azevedo, Gondim e Silva (2013)	12 profissionais de saúde de um CAPS III, um SRT e uma equipe da ESF, inseridas no mesmo território de atuação (2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 psicólogo, 1 assistente social, 2 ACS e 4 cuidadores).	Os serviços de saúde pesquisados desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado, além de não reconhecerem o matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde.
Ribeiro, Caccia-Brava e Guanaes-Lorenzi (2013)	Profissionais das 2 unidades de saúde da família (17 profissionais de saúde: sendo 8 na equipe A, e sete na equipe B. Cada equipe era composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 recepcionista e de 4 a 5 ACS).	Acompanhamento de pacientes em situação de crise, construção de espaços de escuta e diálogo, monitoramento dos pacientes em uso contínuo de medicação psiquiátrica, mediação de relações familiares e construção de autonomia.
Moliner e Lopes (2013)	Duas equipes multidisciplinares que atuavam em uma Unidade de Saúde da Família (USF).	Atendimento diferencial, grupos e visitas domiciliares, e medicalização. Práticas que refletem a concepção de saúde mental como doença; com pouca referência a práticas de caráter promocional e preventivo.
Frateschi e Cardoso (2014)	13 usuários em sofrimento mental de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e uma UBS.	Os usuários apontam a necessidade de uma escuta qualificada, que promova acolhimento e vínculo, bem como de uma assistência humanizada, longitudinal e integral.
Jorge, Vasconcelos, Maia Neto, Gondim e Simões (2014)	10 profissionais da ESF e do CAPS (2 médicos, 4 enfermeiros, 1 assistente social, 1 psiquiatra, 1 psicólogo e 1 terapeuta ocupacional).	O apoio matricial assume variadas formas, dependendo do contexto e das percepções dos profissionais. Sua efetivação sugere mudança nas práticas desses, com a inclusão de ações interdisciplinares e de compartilhamento de saberes.
Miranda, Oliveira e Santos (2014)	80 sujeitos, representados por profissionais de oito unidades de ESF, do NASF e do CAPS, bem como por usuários deste último (psicólogos, terapeuta ocupacional, nutricionista, farmacêutico, enfermeira, assistente social, técnicas de enfermagem, assistente de odontologia e ACS).	O CAPS assume lugar de referência e confiança para os pacientes, mas se mantém isolado e responsabilizado pelo mandato social sobre a loucura e o louco. Na ESF, os pacientes são identificados por meio dos signos da periculosidade e carência, enquanto que o remédio se constitui como a principal estratégia terapêutica.
Wetzel, Pinho, Olschowsky, Guedes, Camatta e Schneider (2014)	16 trabalhadores e 10 familiares de uma ESF.	Foram identificados importantes recursos de cuidado na AB, como a parceria com a academia. No entanto, a constituição desse cuidado ainda está embasada no especialismo, com a lógica do encaminhamento.
Martins, Souza, Vieira, Pinheiro e Braga (2015)	2 equipes da Estratégia Saúde da Família (22 sujeitos – médicos, enfermeiras, técnicos de enfermagem, agentes administrativos, ACS e acadêmicos de enfermagem e medicina envolvidos nas práticas do serviço).	Prescrição de psicotrópicos, encaminhamento ao ambulatório, visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Consultas individuais e poucas atividades em grupo realizadas pelo NASF.

Fonte: Elaboração dos autores.

Categorização dos Resultados

1. Práticas de atendimento fragmentadas e biologizantes

De uma maneira geral, foram descritas práticas fragmentadas de cuidado (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013), voltadas para a doença e o diagnóstico (MOLINER; LOPES, 2013) e centradas no modelo biomédico tradicional, de atendimento pontual para a resolução de um determinado problema (WETZEL et al., 2014). Este modelo de atenção focado nos aspectos biológicos em detrimento aos aspectos psicossociais (CAVALCANTE et al., 2011), gera o esquadramento do sujeito e de seu sofrimento a partir de um campo específico de saber (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010) e leva os técnicos e profissionais a desenvolverem atividades intra-muros (SILVEIRA; VIEIRA, 2009), de caráter emergencial, com o foco na remissão dos sintomas (FRATESCHI; CARDOSO, 2014), priorizando-se o cuidado médico-ambulatorial, a identificação e o encaminhamento dos casos (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011).

Alguns estudos evidenciaram um processo de medicação exagerada prescrita por médicos aos usuários com adoecimento psíquico e o uso constante de psicofármacos por uma grande parte da população atendida em PSFs (BRÊDA; AUGUSTO, 2001). A ausência de atendimento clínico continuado e a falta de avaliações periódicas, bem como a ausência de informação aos usuários quanto ao uso, duração e justificativa deste tipo de tratamento, gerou um consumo elevado e descontrolado de psicotrópicos pelos usuários (CAMPOS et al., 2011). Nesse sentido, a prevalência do tratamento farmacológico indica a persistência de uma visão dicotômica entre corpo e mente, que fragmenta a assistência (MARTINS et al., 2015) e caracteriza as práticas de atendimento em saúde mental como práticas de repetição de receitas médicas (CAMPOS et al., 2011), de dispensação e controle do uso de medicamentos (PINTO et al., 2012).

Outros estudos indicaram que o encaminhamento para serviços especializados era realizado assim que um usuário com sofrimento psíquico procurava atendimento nas unidades de saúde (OLIVEIRA et al., 2011). Os usuários afirmaram serem encaminhados quase que automaticamente, e acabavam circulando pelos serviços, sem reconhecer nenhum deles como referência para o cuidado (FRATESCHI; CARDOSO, 2014), gerando a “síndrome da peregrinação” (SOUSA et al., 2011, p. 1590). Como consequência, muitos dos casos de saúde mental acabaram ficando perdidos num “emaranhado institucional”, onde os usuários não encontravam na rede de cuidados um lugar para o acolhimento do seu sofrimento e os seus familiares enxergavam o tratamento como algo longo e extremamente difícil e desgastante (CAMPOS et al., 2011, p. 4646).

A lógica de encaminhamento de casos, segundo alguns autores, foi reforçada pelo não reconhecimento da ESF como parte integrante da rede de saúde mental do

território e o não entendimento sobre o apoio matricial por parte dos profissionais da atenção básica, que acabavam transferindo a responsabilidade de tal cuidado a outros serviços (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013). De acordo com Miranda, Oliveira e Santos (2014), os serviços especializados estudados eram vistos, na maioria das vezes, como o detentor do saber sobre o sofrimento psíquico, uma vez que os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), apesar de reconhecerem o seu papel como articulador entre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a ESF, sempre acionavam este dispositivo para intervir ou apoiar as equipes de SF.

A postura de encaminhamento também foi reforçada pela priorização de uma conduta baseada em procedimentos técnicos e administrativos (BRÊDA; AUGUSTO, 2001; FRATESCHI; CARDOSO, 2014), tais como o registro das atividades, o recebimento e a solicitação de materiais e medicações e o preenchimento do Sistema de Informação da Atenção Básica, além de outros formulários (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010). A lógica de organização do trabalho baseada na produtividade e no atendimento às demandas dos programas propostos pelo governo, de cumprimento da exigência quantitativa de atendimentos clínicos, prejudicaram a consolidação do matriciamento (JORGE et al., 2014) e a realização de atividades mais voltadas para o cuidado, como os grupos com as famílias e/ou usuários e a articulação com os equipamentos comunitários (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Nesse mesmo sentido, alguns estudos indicaram que o desenvolvimento de práticas com foco em medidas de controle e intervenções programáticas (PINTO et al., 2012) revelou uma dificuldade dos profissionais da AB em ampliar o olhar sobre a pessoa em sofrimento psíquico, evidenciando o preconceito e o estigma que este campo ainda enfrenta (FRATESCHI; CARDOSO, 2014). Essa visão estigmatizada estimulou a realização de práticas discriminatórias e de cunho moralista-repressivas (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014; NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007), pela crença dos profissionais de que os usuários de saúde mental precisam de um tratamento diferenciado dos outros (ANDRADE et al., 2013), por serem mentalmente confusos, necessitarem de medicação contínua, e por gerarem confusões nos locais de atendimento que procuram (MOLINER; LOPES, 2013).

Dessa forma, os profissionais da AB mostraram ter dificuldades em assumir a corresponsabilização pelos projetos terapêuticos dos usuários, identificada pela ausência dos profissionais nas reuniões marcadas com a equipe de matriciamento (SOUSA et al., 2011), pela carência de terapêuticas alternativas e pela ausência de ações (de promoção) de saúde mental nas unidades de saúde (CAMPOS et al., 2011). A resistência destas equipes em atender as pessoas com problemas psíquicos relevantes (PINTO et al., 2012) foi justificada pela falta de tempo, pelo número incompleto de profissionais necessários para tal cuidado (JORGE et al., 2014), e pelo entendimento de que este é um trabalho a mais e, por isso, sobrecarrega

as equipes (SOUSA et al., 2011).

Nesse sentido, a ausência de profissionais e de uma rede especializada para oferecer o apoio às equipes da ESF (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011), bem como o desconhecimento do papel da rede de atenção psicossocial e a conseqüente desarticulação dos níveis e serviços de assistência (MARTINS et al., 2015), quando existentes, comprometeu a criação de vínculo entre as equipes e os usuários, favorecendo o isolamento das práticas e a reprodução do modelo assistencial vigente, de atendimentos psiquiátricos e psicológicos (SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Assim, se, por um lado, as equipes de AB delegavam a responsabilidade do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico aos profissionais de saúde mental, por outro, estes pressionavam o atendimento dos casos mais leves neste nível de atenção (CAMPOS et al., 2011).

A dificuldade de acesso, decorrente da distância física entre o CAPS e a ESF, bem como a exigência de mecanismos intermediários para a vinculação do usuário ao serviço especializado, por este não atuar de portas abertas, foram apontadas por Wetzel et al. (2014) como empecilhos à realização do matriciamento. Outros empecilhos relacionados à precariedade de recursos físicos e materiais também foram citados: ausência de salas e espaço acolhedor (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008), inexistência de uma estrutura física compatível com as demandas dos usuários (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013), coexistência de um grande número de equipes numa mesma unidade e realização de serviços de média complexidade dentro dos equipamentos de atenção primária (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010).

Outra dificuldade apontada pelos familiares dos usuários de saúde mental foi em relação ao não reconhecimento da legitimidade do encaminhamento que é dado pelas equipes de ESF para outros serviços, uma vez que o atestado médico que recebem é questionado e não considerado pelo serviço especializado, o que impede a efetivação do sistema de referência e contra-referência (WETZEL et al., 2014). O referenciamento também foi comprometido pela grande demanda em saúde mental e pela falta de comunicação entre os serviços (OLIVEIRA et al., 2011), representada pela ausência de informações sobre os pacientes portadores de transtorno mental que retornavam à ESF para dar continuidade ao tratamento (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

Foram levantadas ainda pelos profissionais das equipes de saúde da família dificuldades no reconhecimento e na identificação da população que apresentou problemas de saúde mental (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007), principalmente o público específico de dependentes de álcool e outras drogas (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008). Estudos indicaram que, mesmo após a capacitação recebida por algumas equipes, estas não se sentiam aptas para acolher e acompanhar as demandas de saúde mental, mostrando uma submissão ao saber médico (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011). Além dessas, a pobreza de serviços que possam configurar uma rede de promoção de saúde, a precariedade

dos vínculos trabalhistas, as dificuldades em lidar com problemas de saúde mental mais graves (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014), bem como o grande número de filas e listas de espera, e a necessidade de atendimento individual e avaliação inicial, acabaram dificultando a concretização de uma abordagem mais integralizada no cuidado em saúde mental (PINTO et al., 2012).

2. Práticas de saúde mental e potencialidades

Os artigos também revelaram alguns avanços no cuidado em saúde mental que estão sendo realizados na ESF, principalmente no que se refere à utilização de diversas tecnologias relacionais, tais como o acolhimento, a escuta e o vínculo. Dentre as práticas de saúde mental, foram preconizadas a realização de visitas domiciliares e discussão de casos entre as equipes, o que possibilitou a troca de informações e saberes entre os profissionais e favoreceu a corresponsabilização das equipes (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011) assim como a realização do apoio matricial, a partir da construção do projeto terapêutico e da necessidade do momento de cada usuário e equipe (CAMPOS et al., 2011).

Alguns estudos indicaram que o campo da saúde mental não é visto pelos profissionais das equipes da ESF apenas a partir de uma concepção biomédica, mas coexistindo também uma compreensão dos aspectos e determinantes sociais do sofrimento psíquico e uma visão da saúde como direito (RIBEIRO; CACCIA-BAVA; GUANAES-LORENZI, 2013). Dessa forma, alguns profissionais buscaram superar a dicotomia entre os problemas da mente e do corpo (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007), focando a relação com os usuários e incentivando a participação e a liderança de todos os cidadãos na assistência em saúde (ANDRADE et al., 2013).

De acordo com outros autores, a percepção da importância da reabilitação psicossocial dos usuários em sofrimento psíquico (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013) e a vontade de ajudar por parte das equipes de ESF, bem como a identificação e o acompanhamento sistematizado destes casos, revelaram potencialidades para a inclusão destas pessoas nos cuidados ofertados pela atenção primária (RIBEIRO; RIBEIRO; OLIVEIRA, 2008). A tentativa de orientação e diálogo com os usuários e familiares, o conhecimento das suas necessidades em saúde, o compromisso e a motivação da equipe para atender a essa demanda (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011), bem como a inovação da saúde a partir da construção de novas redes de cuidado que levem em consideração a vida social dos pacientes (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2010), constituem possibilidades de um novo fazer em saúde mental (MOLINER; LOPES, 2013).

Segundo Frateschi e Cardoso (2014), na Unidade de Saúde da Família (USF) estudada, houve um melhor padrão de registro de dados dos usuários do que na Unidade Básica de Saúde (UBS), apresentando uma atuação mais próxima aos usuários e do preconizado pelo SUS,

parecendo estar mais focada na perspectiva psicossocial. Os usuários identificaram a USF como local onde têm um maior vínculo com os profissionais, e onde obtêm ajuda e acompanhamento contínuo das suas condições e necessidades específicas de saúde, relacionadas às suas queixas de sofrimento mental.

Nesse sentido, a ESF consegue uma aproximação maior aos usuários e seus familiares (ANDRADE et al., 2013), principalmente através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que assumem um papel importante nesse processo, por também morarem e fazerem parte da comunidade, empregando uma atitude diferenciada, mais “cordial, compreensiva e afetuosa” com as pessoas em sofrimento psíquico (BRÊDA; AUGUSTO, 2001, p. 475). Campos et al. (2011) relataram que houve uma melhor integração dos ACS com as equipes de saúde mental estudadas, as quais realizavam discussões de casos conjuntos e pactuações de ofertas para inserção dos usuários no serviço e acompanhamento territorial.

O desenvolvimento de grupos terapêuticos e da terapia comunitária, como espaços de compartilhamento de ideias e sentimentos também foram ações de saúde mental destacadas (CAVALCANTE et al., 2011). Foram apontadas ainda a realização de grupos operativos e ações de educação em saúde, que demonstraram o trabalho interdisciplinar através das atitudes comuns de cada profissional para a melhoria de vida dos usuários e familiares (PINTO et al., 2012), e o reconhecimento dos recursos terapêuticos da comunidade como possibilidade para a oferta de serviços e oportunidade de gerar reflexões sobre o preconceito e estigma presentes neste contexto (SOUSA et al., 2011).

Por fim, o matriciamento também foi citado por alguns estudos, como o de Campos et al. (2011), segundo o qual um grupo de trabalhadores estabeleceram uma parceria mais estruturada e frequente entre o CAPS e a UBS do território estudado, corresponsabilizando-se ambos pelo tratamento dos usuários que frequentavam os dois serviços. Nos estudos de Sousa et al. (2011), o apoio matricial foi observado pelo estabelecimento de objetivos comuns entre as equipes de referência da atenção básica e a de saúde mental, pela utilização de tecnologias leves como a escuta e o vínculo, pela partilha de saberes e práticas, pela comunicação entre os serviços e pela responsabilização conjunta dos casos entre as equipes.

De acordo com os achados na literatura, a prática de matriciamento possibilitou a mudança no fluxo burocrático e hierárquico das atividades, intervindo na lógica de encaminhamento ao favorecer a descentralização do cuidado e a construção de um novo olhar sobre a saúde mental. A implementação de ações deste campo na ESF, por sua vez, contribuiu para a diminuição significativa do tempo de espera para as consultas e atendimentos, através da oferta de serviços no próprio território (SOUSA et al., 2011), e demonstrou um avanço na promoção da autonomia e interação social dos usuários (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

3. Contradições e desafios

Os estudos revelaram que a maioria das práticas ditas de saúde mental, como o acolhimento e as visitas domiciliares, eram limitadas, respectivamente, à agilidade dos encaminhamentos para se evitar o incômodo causado por estes pacientes e à presença do médico, descaracterizando e despotencializando tais práticas de atendimento (MOLINER; LOPES, 2013). As ações coletivas de promoção e prevenção no espaço comunitário eram restritas a apenas uma clientela específica, os usuários de álcool e outras drogas (SILVEIRA; VIEIRA, 2009), e o apoio matricial, quando realizado, era feito de forma precária, somente através de discussões de casos, envolvendo algumas categorias profissionais (CAMPOS et al., 2011).

Mesmo as discussões de casos entre as equipes e o apoio do NASF, segundo alguns estudos, se voltavam para o controle do uso de psicotrópicos, uma vez que as equipes da ESF foram levadas a assumir o cuidado com a medicação e não com os sujeitos. Da mesma forma, os registros realizados pelas equipes não informavam as demandas dos pacientes, se restringindo à descrição dos sintomas que correspondiam aos transtornos mentais (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014). Assim, percebe-se que as equipes de apoio, como o NASF, não conseguem dar conta da demanda em saúde mental, devido ao grande número de pacientes com tais queixas e ao grande número de equipes com as quais deve trabalhar conjuntamente.

O CAPS, por sua vez, criado para ser um serviço substitutivo dos antigos manicômios, tem contribuído pouco para promover mudanças nas suas relações sociais devido à ausência de atividades no seu cotidiano (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014). A própria ausência de um acolhimento à crise em saúde mental, que poderia ser realizada no CAPS ou na ESF, não encontra respaldo no território, por ser preconizado apenas pelos CAPS III, para grandes populações, obrigando os municípios de pequeno e médio porte encaminharem os pacientes aos hospitais gerais, que, por sua vez, também estão superlotados, e, conseqüentemente, aos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o CAPS acaba reproduzindo o modelo manicomial, por estar superlotado e não encontrar apoio na AB para os casos de sofrimento psíquico mais leves (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Assim percebe-se que, muito além de um descompromisso dos profissionais de saúde com as questões de saúde mental, há uma carência de capacitação e recursos que os possibilitem compreender e lidar com este tipo de sofrimento (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014). É necessário, portanto, que os profissionais de saúde sejam capacitados não só em relação ao conhecimento técnico, mas também, e principalmente, no âmbito das relações, desenvolvendo habilidades para o estabelecimento de parcerias e a construção de uma rede de cuidados em saúde mental (JUCÁ; NUNES; BARRETO, 2009).

Em consonância com a proposta de uma clínica ampliada, o território pode e deve ser utilizado tanto pelos

profissionais como pelos próprios usuários de saúde mental como um recurso terapêutico, possibilitando a estes o seu reposicionamento, a sua inserção nos espaços sociais, e o seu protagonismo na ocupação dos diferentes lugares (SANTOS; NUNES, 2011). Nesse sentido, a descentralização das ações das equipes da ESF, através de práticas de despsiquiatrização, para além dos consultórios (SILVEIRA; VIEIRA, 2009), e a utilização de tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2003), especialmente em situações de crise, torna-se fundamental para se promover mudanças no estilo e nas condições de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico, melhorando, assim, a sua qualidade de vida e promovendo um bem-estar físico, psíquico e social (LIMA et al., 2012).

De modo geral, os profissionais da saúde não estão completamente preparados para lidar com as questões próprias do campo da saúde mental, incluindo a categoria médica, seja por falhas na formação profissional, seja pela própria influência do preconceito que o campo da loucura ainda enfrenta no cotidiano dessas práticas (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Dessa forma, o despreparo dos profissionais e a falta de capacitação e educação permanente, principalmente em relação ao ACS contribuem para uma atuação descontextualizada e descontínua (SANTOS; NUNES, 2014).

Aponta-se como limitação do estudo o fato da busca ter sido realizada em apenas uma base de dados, que apesar de ser grande relevância na produção latino-americana sobre a temática, não possibilitou o acesso à totalidade de pesquisas publicadas em outros periódicos não indexados à Lilacs.

CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir da presente revisão, que o cuidado em saúde mental ofertado na Estratégia Saúde da Família ainda é muito precário e fragmentado, restrito a algumas categorias profissionais e relacionado geralmente ao controle do uso de medicamentos. O atendimento/assistência ofertado pelas equipes de Saúde da Família se caracteriza como pontual, descontínuo e descontextualizado da vivência e da realidade dos usuários em sofrimento psíquico. Percebe-se uma preocupação ainda muito voltada para a doença e os sintomas, em detrimento do sujeito, das suas reais necessidades e demandas.

Mesmo já tendo alguns avanços relativos à implementação de tecnologias leves e relacionais, como a escuta qualificada, a criação de vínculo e o acolhimento, ainda são muitos os desafios e as contradições encontradas nas práticas diárias de cuidado em saúde mental. Há relativo consenso na literatura sobre o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com as questões complexas do campo da saúde mental, decorrente da falta de capacitação e educação permanente, bem como de falhas na formação profissional e do preconceito que este campo ainda enfrenta no cotidiano destas práticas.

Por fim, levanta-se o questionamento sobre a capacidade das equipes de Saúde da Família, no formato atual,

de conseguirem efetivar a atenção em saúde mental na Atenção Básica, e a reflexão sobre a necessidade da ampliação destas equipes através da inclusão de profissionais, que tenham no escopo de suas habilidades, maiores competências (como a escuta qualificada) para realizar a triagem e o atendimento dos casos mais leves, como o psicólogo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. de. **Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul**. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.

ALVERGA, A. R. de; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface comun. saúde educ.**, Natal, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul./dez. 2006.

ANDRADE, J. M. O. et al. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3549-3557, abr./jun. 2013.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de; LIMA, M. da G. A práxis da saúde mental no âmbito da estratégia saúde da família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 541-560, 2011.

AZEVEDO, D. M.; GONDIM, M. C. S. M.; SILVA, D. S. Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3311-3322, jan./mar. 2013.

BANDEIRA, M.; FREITAS, L. C.; CARVALHO FILHO, J. G. T. de. Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns em usuários do Programa de Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 41-47, 2007.

BOCK, L. F. et al. Saúde mental na atenção básica: como se configura a produção do conhecimento no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 5, p. 173-180, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01/03, de 13 de novembro de 2003. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.unisite.ms.gov.br/unisite/control/ShowFile.php?id=100995>>. Acesso em: 16 jan. 2016.

BRÉDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. da S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, dez. 2011.

CAMURI, D; DIMENSTEIN, M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, dez. 2010.

- CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 102-108, abr./jun. 2011.
- FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde mental na atenção primária à saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.
- JORGE, M. S. B. et al. Possibilidades e desafios do apoio matricial na atenção básica: percepções dos profissionais. **Psicol. teor. Prát.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 63-74, mai./ago. 2014.
- JUCÁ, V. J. dos S.; NUNES, M. de O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 173-182, jan./fev. 2009.
- LIMA, M. et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise em centros de atenção psicossocial. **Interface comum. saúde educ.**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 423-434, abr./jun. 2012.
- MARTINS, A. K. L. et al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, jan./mar. 2015.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde debate**, Londrina, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.
- MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, out./dez. 2011.
- MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na estratégia saúde da família: a avaliação de apoio matricial. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 900-907, dez. 2010.
- MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K. de.; SANTOS, C. B. T. dos. Estudo de uma rede de atenção psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicol. ciênc. prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, set. 2014.
- MOLINER, J. de.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, out./dez. 2013.
- NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.
- OLIVEIRA, F. B. et al. (Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia saúde da família. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 109-115, abr./jun. 2011.
- PINTO, A. G. A et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 653-660, mar. 2012.
- RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá – MT. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 4, p. 548-557, out./dez. 2008.
- RIBEIRO, M. de O. P.; CACCIA-BAVA, M. do C. G. G.; GUANAES-LORENZI, C. Atenção à saúde mental na Estratégia Saúde da Família: recursos não reconhecidos. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 369-390, dez. 2013.
- SANTOS, G. A.; NUNES, M. de O. O cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, mar. 2014.
- SANTOS, M. R. P.; NUNES, M. de O. Território e saúde mental: um estudo sobre de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface comum. saúde educ.**, Natal, v. 15, n. 38, p. 715-726, jul./set. 2011.
- SILVEIRA, D. P. da.; VIEIRA, A. L. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, fev. 2009.
- SOUZA, F. S. P. de et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1579-1599, dez. 2011.
- TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009.
- VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, fev. 2009.
- WETZEL, C. et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da estratégia saúde da família. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 27-32, jun. 2014.

Submetido em: 24/01/2017

Aceito em: 12/06/2017