

As Representações Sociais De Profissionais Da Atenção Primária Sobre O Cuidado Em Saúde Mental: Por Outros Horizontes (Des)Institucionalizantes?

The Social Representations Of Primary Care Professionals On Care In Mental Health: On The Other Horizons (Dis)Institutionalizing?

Bruno Nogueira Garcia

Especialização em Saúde da Pessoa Idosa pela Universidade Federal do Ceará
Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual do Ceará
Psicólogo residente em Saúde Mental Coletiva
E-mail: bruno_nogueira_garcia@hotmail.com

Pedro Renan Santos de Oliveira

Doutorado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará
Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.
E-mail: pe_renan@yahoo.com.br

Paulo Henrique Dias Quinderé

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará
Professor de da Universidade Estadual do Ceará
E-mail: pauloquindere@hotmail.com

Mayrá Lobato Pequeno

Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará
Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará
Conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Centro Urbano de Cultura Arte e Esporte.
E-mail: mayrah@gmail.com

Endereço: Bruno Nogueira Garcia

Endereço: Av. Antônio Justa, 3161 - Meireles, Fortaleza-CE - Cep 60165-090, Brasil.

Endereço: Pedro Renan Santos de Oliveira

Endereço: Av. da Universidade, 2762 - Benfica, Fortaleza-CE - Cep60020-180, Brasil.

Endereço: Paulo Henrique Dias Quinderé

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE - CEP: 60714-903, Brasil.

Endereço: Mayrá Lobato Pequeno

Endereço: Av. da Universidade, 2853 - Benfica, Fortaleza - CE, CEP 60020-181, Brasil.

Editor Científico: Tonny Kerley de Alencar Rodrigues

Artigo recebido em 13/11/2015. Última versão recebida em 05/10/2015. Aprovado em 06/11/2015.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pelo Editor-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

Revisão: Gramatical, Normativa e de Formatação.

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar a relação entre as Representações Sociais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o cuidado em Saúde Mental e a organização das práticas e ações de atenção à Saúde Mental no município de Horizonte CE. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório-descritivo realizada em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Horizonte CE, de fevereiro à junho de 2015, tendo como sujeitos do estudo 26 profissionais que compõem as EqRSF e NASF que atuam nas UBS selecionadas. A coleta de dados realizou-se mediante ao emprego da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), associada à aplicação de entrevistas semi-estruturada e observação sistemática. Para análise das informações levantadas, utilizou-se como referencial a Análise de Conteúdo. Como marco teórico regulador do presente estudo, escolheu-se a Teoria das Representações Sociais e a Psicologia Social. Os resultados do estudo demonstraram Representações Sociais do cuidado em Saúde Mental ligadas à noção de bem-estar e equilíbrio individual, à práticas de cuidado medicalizantes e ambulatoriais e à ideia de ser algo desafiador e ineficiente. Com isso, viu-se afetações diretas no fluxo da RAPS, com dificuldades de comunicação entre os serviços, limitações na implementação de tecnologias de cuidado integrais e práticas de cuidado de tendência institucionalizante.

Palavras-chave: Representação Social. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aims to examine the relationship between the social representations of professionals of the Family Health Strategy (ESF) on care in Mental Health and the organization of practices and actions of attention to Mental Health in the city of Horizonte-CE. It is a qualitative research of exploratory and descriptive held on 4 Basic Health Units (UBS) in the city of Horizonte CE, of february to june of 2015, study participants are 26 professionals who make up the EqRSF and NASF who work in the selected UBS. The data survey took place as from the Free Association of Technical Words (TALP), associated with the application of semi-structured interviews and systematic observation. To analyze the information gathered was used as a reference the Content Analysis. As guiding of this study, we chose the Theory of Social Representations and Social Psychology. The study results demonstrated social representations of care in mental health linked to welfare notion and individual balance, to medicalized and ambulatory care practices and the idea of be challenging and inefficient. With that, was observed direct affectations in the flow of RAPS, with difficulties in communication between services, restrictions in the implementation of care integral technologies and care practices of tendency institutionalizing.

Keywords: Social Representation. Mental Health. Primary Health Care.

1 INTRODUÇÃO

O modo organizacional do sistema de saúde pública no Brasil, na perspectiva da regionalização e hierarquização proposta pelo SUS, realiza-se mediante a constituição das Redes de Atenção à Saúde, as quais se caracterizam por serem arranjos de ações e serviços de saúde, organizados em densidades tecnológicas e dispostos de maneira técnica e logística com vistas à integralidade da atenção (MENDES, 2011). No sentido de organizar uma proposta de cuidado em Saúde Mental com base nos pressupostos do SUS e da Reforma Psiquiátrica, é lançada em 2011 a portaria 3088/11, onde se orienta a estruturação e instituição da chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual é direcionada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas (BRASIL, 2014).

A proposta da RAPS baliza-se por pressupostos de integralidade e desinstitucionalização, garantindo acesso e atenção humanizada, bem como se arquiteta por meio de parcerias interinstitucionais e pela promoção da corresponsabilidade entre os vários níveis de atenção à saúde, principalmente em interface com a Atenção Primária a Saúde (APS). Isso se explica em virtude da APS caracterizar-se como promotora de acesso e articuladora da rede de cuidado, dado seu caráter longitudinal de acompanhamento dos usuários/famílias, foco em ações de Promoção da Saúde e integralidade, contratualidade e vínculo, capilaridade territorial e descentralização (BRASIL, 2006), aspectos esses fundamentais a estruturação da proposta reformista em Saúde Mental.

Tendo em vista a relevância do paralelo/interface entre Saúde Mental e Atenção Primária na consolidação da RAPS e organização da proposta de atenção nesse sentido, fazem-se pertinente analisar a percepção dos profissionais da APS, atores basilares na constituição da rede de atenção à saúde, sobre o cuidado em Saúde Mental. Dado o lugar de protagonismo ocupado por tais profissionais na implementação de ações em saúde no território no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) – principal modelo organizador da Atenção Primária no Brasil cabe relevância na análise do tipo de concepção e visão de cuidado que norteiam suas práticas em Saúde Mental e, por sua vez, qual relação dessas concepções e práticas com a estruturação da RAPS.

No intuito de compreender as percepções dos profissionais acerca do cuidado em Saúde Mental no contexto da RAPS, a teoria das Representações Sociais (RS) coloca-se de maneira importante e auxilia na análise e problematização dessa questão. Segundo Jodelet (2001), a RS são formas de conhecimento prático que se manifestam entre o cognitivo e o social, elaboradas e compartilhadas socialmente, contribuindo para comunicação e construção

de uma realidade comum. As RS designam uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, o qual é marcadamente orientado para a prática, comunicação e compreensão do ambiente material e social (JODELET, 2001).

Levando em consideração a problematização acima exposta, o objetivo desse estudo foi analisar a relação das Representações Sociais dos profissionais da Estratégia Saúde da Família do município de Horizonte CE sobre o cuidado em Saúde Mental com a organização das práticas e ações de atenção à Saúde Mental na cidade. Para tanto, buscou-se identificar tais representações e descrever a organização da APS e da RAPS, problematizando-os.

Esse estudo emerge no contexto da formação profissional para o campo da Saúde Mental realizada por meio do programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE), a partir do processo de imersão/territorialização no município de Horizonte, CE e das vivências prático-relacionais oportunizadas junto a Rede de Atenção à Saúde. A justificativa desse trabalho centra-se, precisamente, nesses aspectos citados e na necessidade de análise da maneira como se estrutura as relações entre a Atenção Primária e Saúde Mental na consolidação da RAPS .

Trata-se de um estudo pioneiro no município de Horizonte CE e se configura dentro do percurso formativo-pedagógico da RIS-ESP/CE, o primeiro programa de residência multiprofissional com cenário de formação e prática na cidade. Ademais, a relevância desse estudo parte da complexidade da temática a ser abordada e da pertinência para cotidiano dos serviços de saúde na rede, bem como emerge em um momento sócio-histórico importante no município, onde se vive os tencionamentos oportunizados pela RIS-ESP/CE, se busca a consolidação da RAPS e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

2 METODOLOGIA

A compreensão da metodologia de pesquisa inclui tanto as concepções teóricas e técnicas, quanto o conjunto de métodos/práticas que permitem que o pesquisador trace sua trajetória na busca da apreensão de uma dada realidade (MINAYO, 2010). A pesquisa qualitativa apresenta-se como uma forma de abordar a realidade que possibilita adentrar-se no mundo de sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências sócio-vivenciais, valorizando a singularidades, mediações e a dinamicidade implícita nos processos relacionais (MARTINELLI, 1999).

Em função da especificidade do objeto, dos objetivos e do percurso do estudo que se pretende seguir, a pesquisa aqui apresentada revela-se, fundamentalmente, enquanto um estudo qualitativo de caráter exploratório-descritivo, buscando além de descrever o objeto, conhecê-lo e analisá-lo de maneira crítica e dialética dentro de seu contexto sócio-histórico.

O campo de pesquisa do estudo em questão tratou-se de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Horizonte CE. A seleção das UBS ocorreu mediante ao cruzamento dos seguintes critérios: maior número de encaminhamentos aos serviços de Saúde Mental no biênio 2013-2014; presença de Equipe de Referência em Saúde da Família (EqRSF) completa; presença de cobertura de NASF e maior população a dEscrita.

Os sujeitos do estudo foram constituídos por profissionais que compõem as EqRSF e NASF que atuam nas UBS selecionadas a partir dos critérios acima descritos. A seleção dos sujeitos da pesquisa obedeceu aos seguintes critérios: lotação nos cenários de prática escolhidos como campo do estudo, ter formação de nível superior, tempo atuação no serviço (>1 ano), acesso e disponibilidade temporal para participação na pesquisa. Foram selecionados 26 participantes, sendo 17 constituintes da EqRSf, incluindo 3 médicos, 8 enfermeiras e 6 cirurgiões-dentistas; e 9 do NASF, incluindo 2 psicólogas, 2 nutricionistas, 2 assistentes sociais e 3 fisioterapeutas.

Como instrumentais de coleta de dados para captação das Representações Sociais, utilizou-se a observação sistemática, a Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista semi-estruturada. A observação sistemática ocorreu nas 4 UBS selecionadas mediante a roteiro observacional e registro de informações em diário de campo, sendo realizados 16 turnos de observação nos cenários. Como categoria observada selecionou-se: estrutura física e fluxograma dos serviços, demandas em Saúde Mental na APS, práticas de cuidado em Saúde Mental ofertada e comunicação interinstitucional. A técnica da observação sistemática coaduna com nosso objeto e objetivo de pesquisa no momento em que busca descrever de maneira estruturada uma atividade e/ou hipóteses para um dado fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2006).

Ademais, empregou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), adaptada por Di Giacomo para Psicologia Social (NÓBREGA, 2003), a qual se situa enquanto um instrumental de investigação aberto que tem o objetivo de evidenciar universos semânticos por meio da evocação de respostas a partir de estímulos indutores (COUTINHO *et al.*, 2003). Para aplicação da TALP, utilizou-se a questão norteadora “diga 3 palavras que lhe vem à mente quando se fala em...” associada a cada um dos seguintes estímulos indutores, a saber: **a.** Saúde Mental, **b.** práticas de cuidado em Saúde Mental e **c.** comunicação entre os serviços

para promoção da Saúde Mental. As respostas deveriam vir livremente e de maneira mais espontânea possível.

Por fim, realizaram-se entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro junto a um profissional-chave de cada UBS, dentre os 26 participantes selecionados para o estudo conforme exposto acima, identificados no momento da observação sistemática a partir da relevância de sua atuação no território e do interesse na participação no estudo, perfazendo um total de 4 entrevistas (A1, A2, A3 e A4). A entrevista aplicada foi elaborada a partir do levantamento e análise de informações levantadas na observação sistemática e na TALP no intuito de aprofundá-las. As perguntas tiveram por norte a discussão acerca do conceito de Saúde Mental, assim como buscaram clarificar informações sobre práticas de cuidado nesse contexto nas UBS e, por fim, trataram da relação comunicacional entre os serviços na promoção de ações em Saúde Mental.

A análise das falas, dados e informações apresentadas pelos participantes versou sobre aspectos da sua prática profissional, visando uma compilação de fatos significativos. Tratou-se, assim, de analisar a descrição das significações de práticas atentando para a categorização dos conteúdos emergidos e suscitados na entrevista, na TALP e nos períodos de observação tendo como referencial a Análise de Conteúdo (BARDIN, 1979).

Para alcançar o objetivo desse tipo de análise, aspectos semânticos e psicossociológicos suscitados pelo discurso são conjugados e traduzindo-se em significantes e significados, coadunado com a proposta de estudo da RS. A Análise de Conteúdo oportuniza compreender o sentido e conteúdo manifesto ou latente das significações explícitas ou ocultas nas comunicações (COUTINHO; SALDANHA, 2005). Nessa intenção, elementos psicossociais, contexto cultural e o processo de produção do enunciado da mensagem, devem ser levados em consideração no proceder descritivo e analítico dos dados da pesquisa. A técnica decompõe-se nas seguintes etapas: leitura flutuante, exploração do material, qualificação e reunião do material coletado em categorias especificadoras do tema.

No que concerne ao aproveitamento do montante de dados e informações relevantes à investigação, realizou-se um cruzamento descritivo de depoimentos e situações advindas tanto das entrevistas, da TALP, como da observação sistemática. Ambos os tipos de instrumento subsidiaram um ao outro a fim de respaldarem a contextualização prática, favorecendo a compreensão das significações produzidas e relatadas em campo e discurso.

Este estudo primou pelo prosseguimento dos pressupostos éticos em pesquisas com seres humanos conforme orienta resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os sujeitos do estudo foram convidados a participar mediante a assinatura de Termo de

Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), sendo-lhes explicados os objetivos da pesquisa, a metodologia e os riscos, assegurando o sigilo e a ética no tratar dos dados/informações. A pesquisa teve parecer aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), sob o número 976.656 (CAAE 42209115.8.0000.5037).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Saúde Mental, Atenção Primária e Representações Sociais

A apreensão do termo *saúde* enquanto conceito biopsicossocial, construído a partir de tencionamentos, reformulações e rupturas de paradigmas, é de fundamental relevância na consolidação das práticas de fazer e saber em saúde, das tecnologias de cuidado e do gerenciamento do processo saúde-doença-cuidado no atual contexto do SUS (PEREIRA *et al.*, 2011). Nesse sentido, baseando-se na Reforma Sanitária, a integralidade emerge como conceito norteador e imagem objetivo das ações e práticas em saúde em um viés biopsicossocial (MATTOS, 2004). Desse modo, compreende-se a necessidade de articulação e organização de serviços e redes integrais de assistência à saúde, com tecnologias de cuidado integrais, a fim de atender demandas de sujeitos, igualmente, integrais. A integralidade, portanto, perpassa três níveis: serviços, tecnologias e sujeitos.

No que se refere à Saúde Mental, mais particularmente no contexto de estruturação da RAPS, a discussão acerca da integralidade surge fortemente em virtude do balizamento proposto pelas vias legais (lei 10.216/2001 e portaria 3.088/2011), movimento da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, os quais tomam por norte pressupostos de acessibilidade, equidade, atenção humanizada, promoção de autonomia, desinstitucionalização, parcerias interinstitucionais e intersetoriais (BRASIL, 2014). Assim sendo, o cuidado em Saúde Mental, dado a especificidade de sua intervenção, parte, necessariamente, da construção de redes de cuidado ampliadas e integrais.

A Reforma Psiquiátrica, em suas especificidades, encontrou na proposta da Reforma Sanitária e implantação do SUS as condições institucionais de seu desenvolvimento. A emergência do chamado direito universal à saúde, com a implementação de políticas públicas ancoradas nesse sentido assim como aponta a Reforma Sanitária, possibilitou ambiência favorável à propagação das ideias, tecnologias de cuidado e inovações assistenciais da seara da Saúde Mental (SOUZA; RIVIERA, 2010).

No sentido de oportunizar e tencionar um novo “estatuto da loucura” com base na desinstitucionalização no contexto dos serviços de saúde e redes de cuidado, rompendo como modelo institucionalizante, hospitalocêntrico e excludente e construindo novos modos de atenção à Saúde Mental, a estratégia de aproximação entre os serviços comunitários substitutivos ao manicômio e as equipes de Atenção Primária surge enquanto interface relevante na construção de um cuidado antimanicomial (IDEM,2010). Sendo assim, a inclusão de ações de Saúde Mental na APS, na direção norteada pela atenção psicossocial e coadunando com os movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica, reflete-se enquanto exercício de promoção de uma clínica solidária, integral e, fundamentalmente, antimanicomial (LOBOSQUE, 1997).

Nessa perspectiva, a interface entre Saúde Mental e APS se faz basilar e premente no processo de consolidação e fortalecimento da RAPS. No contexto do SUS, a ESF emergente enquanto processo instituinte, com foco na mudança da atenção à saúde, baseando-se em conceitos como vínculo, humanização e corresponsabilidade, reorientando o modelo de ação dos serviços da APS e, por conseguinte, o processo de produção de cuidado (MERHY, 2002), reafirmando o paradigma presente da Reforma Sanitária.

Na reflexão sobre as ações/atividades em saúde atuais em formato de redes de cuidado e do paralelo entre APS e Saúde Mental nas práticas de cuidado psicossociais, é relevante considerar que o dito *fazer* na área da saúde, por parte dos profissionais integrantes dessas redes, é resultado da apropriação de valores, concepções e ideias, remetendo a determinado momento sócio-histórico-cultural, político e tecnológico (PEREIRA *et al.*, 2011). Nesse sentido, o fazer em saúde, as práticas e processos de atenção, são atravessados pelo *socius*, o substrato sócio-histórico-cultural de cada contexto, território, relações e atores sociais envolvidos, em uma abordagem dialética e em uma rede de significações, sentido e atribuições, inserindo-se dentro de um contexto que expressa, no processo do trabalho e serviços, a rede de relações sociais, tencionando-os (NOVAES, 2006).

Tal demarcação, onde fazeres é atravessados por valores e ideologias, coaduna com a teorizações da Psicologia Social, norteadora desse estudo, quando toma a subjetividade humana enquanto expressão individual de uma realidade social e resultante das redes de relações sociais que atravessam os sujeitos nelas inseridos, apresentando o homem enquanto sujeito singular fundamentalmente *em movimento*, demarcado pelas transformações no contato com o mundo, igualmente em movimento e mutável, em uma relação dialética (LANE; CODO, 1995).

Nessa perspectiva, portanto, tal processo de atravessamento e apropriação de valores e concepções no contexto do fazer profissional em saúde resulta em um conjunto de Representações Sociais, as quais, por sua vez, tendem a nortear de maneira dialética as práticas em saúde. As RS surgem na interação com a realidade e com os outros, ao ponto de permearem condutas, discursos e organizações (JODELET, 2001). Segundo Coutinho (2005), as RS são formas de conhecimento elaboradas e partilhadas socialmente, com objetivo de favorecer a comunicação e compreensão de tudo aquilo que é estranho ou não familiar aos sujeitos.

As RS se constituem enquanto uma forma de conhecimento que emergem a partir da relação dialética e mutável que o sujeito mantém com sua realidade/coletivo e com a maneira como apreende, apropria, interpreta e significa (FARR, 2003). As RS trazem em seu bojo o aspecto relacional, discursivo e dialógico, pois emergem das relações que o sujeito mantém com o objeto/com o contexto/com o outro a fim de perceber e dar sentido aquilo que lhe é estranho, ou seja, tornar familiar o não familiar (MOSCOVICI, 1984a).

Segundo aponta Spink (2004), as RS estão vinculadas a valores e práticas que norteiam relações sociais e se manifestam por meio de estereótipos, atitudes, expressões e sentimentos. Por essa vinculação com a prática, com a dialogicidade e por suas tipologias de manifestação, emerge a relevância do uso da teoria das RS como instrumental de investigação de percepções e concepções de atores sociais acerca de uma dada realidade.

3.2 Horizonte e sua Rede de Atenção à Saúde

O município de Horizonte, cenário de prática deste estudo, localiza-se na região metropolitana de Fortaleza, a cerca de 40 km da capital cearense. Apresenta-se entre os 10 municípios de maior Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Ceará, possui Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,658 (desenvolvimento humano médio) segundo dados de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e projeção populacional para o ano de 2015 estimada em 62.002 mil habitantes (IBGE, 2015).

O município faz parte da 22ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) do estado do Ceará, a qual inclui também as cidades de Cascavel, Pacajus, Chorozinho, Beberibe, Ocara e Pindoretama, e compõe, ainda, a Macrorregião de Fortaleza (CEARÁ, 2015). A regionalização é a diretriz do SUS que orienta o processo de descentralização de serviços e ações de saúde, favorecendo a negociação e pactuação entre os gestores. O estado do Ceará está representado por 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões (Fortaleza, Sobral, Sertão

Central, Litoral Leste e Cariri). As regiões de saúde, conforme orienta o decreto nº 7.508/11, são agrupamentos de municípios limítrofes delineados a partir de alinhamento cultural, econômico e social, com vistas a organizar e planejar ações de saúde em rede (BRASIL, 2011).

A partir de informações levantadas junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e à Secretaria Municipal de Saúde de Horizonte, constatou-se que sua Rede de Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída por 17 UBS, com 20 EqRSF e 3 equipes de NASF, cobrindo 100% da população da cidade. Vale-se ressaltar que 2 das 3 equipes NASF são constituídas, exclusivamente, por residentes multiprofissionais em saúde. Nesse sentido, há fragilidade nas equipes NASF em virtude da transitoriedade dos profissionais residentes nos cenários de prática e da limitação das atividades/agenda no território em função do processo psicopedagógico da residência.

Em relação aos resultados obtidos mediante as observações sistemáticas nas UBS pesquisadas, constatou-se que a maioria (3 das 4 UBS), possui estrutura física nova e/ou reformada, com facilidade de acesso, organização de salas/espços e qualidade de acomodação. Todas são localizadas na região urbana do município, densamente povoada e com acesso a saneamento básico e eletricidade. Todas possuem EqRSF completas e cobertura do NASF. O número de famílias adscritas nos territórios das UBS pesquisadas, são, respectivamente, 1.077, 987, 1.085 e 1.500, totalizando 4.649 famílias e, aproximadamente, 13.947 pessoas.

Em termos de elementos constitutivos da Rede de Atenção à Saúde do município, para além da APS, Horizonte-CE conta, ainda, com um CAPS I (Geral) e um CAPS AD (tipo I), uma Policlínica Municipal (Centro de Especialidades), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA – em parceria com a cidade de Pacajus-CE) e um Hospital Municipal (maternidade e cirurgias eletivas).

No que se refere à RAPS intermunicipal, a partir das informações repassadas pela Coordenação Municipal de Saúde Mental, constatou-se que, recentemente, o município passou a integrar uma organização regional em rede formada por outros 8 municípios, com intuito de consolidar uma atenção de caráter regional na perspectiva de atender às necessidades e demandas em Saúde Mental da população da região. Trata-se de uma iniciativa recente, datada de meados de 2013, e que está em processo de estruturação e organização, dada sua complexidade, de modo que ainda não se encontra estabelecida ou consolidada. Fato esse que fragiliza, em termos regionais, a RAPS e a atenção à Saúde Mental da população.

Tal RAPS, de caráter intermunicipal, é formada pelas cidades de: Horizonte, Pacajus, Pindoretama, Beberibe, Cascavel, Chorozinho, Aracati, Ocara e Fortim. Nesta rede, conforme resolução nº 16/2014 da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará (CIB-CE), constam os seguintes serviços: CAPS I (Beberibe, Chorozinho, Fortim), CAPS AD (Horizonte), CAPS AD III (Cascavel e Aracati), CAPSi (Cascavel, Horizonte e Aracati), Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil (Cascavel), Unidade de Acolhimento Adulto (Beberibe, Cascavel e Aracati), leitos em Hospitais Gerais (Cascavel, Horizonte, Beberibe, Ocara, Pacajus, Pindoretama e Aracati) e Serviço de Residência Terapêutica (Beberibe). Quando constituída e consolidada, tal RAPS oferecerá retaguarda assistencial há uma população de aproximadamente 398.000 pessoas, abarcando os 8 municípios citados (CEARÁ, 2015).

Como a RAPS intermunicipal ainda não se encontra consolidada e atuante, conforme explicitado acima, a cidade de Horizonte CE conta apenas com sua rede municipal de atenção à Saúde Mental para atuar nesse âmbito junto à sua população. A RAPS municipal, portanto, é formada pelos 2 CAPS (CAPS Geral e CAPS AD), às 20 EqRSF e 3 NASF, a UPA e o Hospital Municipal, contudo não existe um alinhamento ou acordo municipal nesse âmbito que viabilize a consolidação dessa rede, fragilizando-a. Com o advento da RIS/ESP-CE na cidade, foram disparados vários processos que tencionaram essa discussão sobre a rede municipal e viabilizaram ações como Educação Permanente, comunicação e parcerias interinstitucionais e ações matriciais.

Os dados e informações acima citados, acerca da constituição da rede de Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção Psicossocial de Horizonte CE, foram obtidos junto à gestão municipal de saúde (Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação Municipal de Saúde Mental) e mediante a observação sistemática realizada nos campos de estudo, servindo como fundamentação dos objetivos específicos, os quais por sua vez nortearam a progressiva consecução do objetivo geral desse estudo.

3.3 As RS do cuidado em Saúde Mental e Seus Correlatos nas Práticas Assistenciais

No intuito de clarificar os tangenciamentos das RS do cuidado em Saúde Mental em relação às práticas assistenciais a partir da discussão até então levantada, faz-se necessário aprofundar-se na análise da TALP e das entrevistas. Foram levantadas, via TALP como instrumental de captação de RS, 234 palavras a quais se encontram organizadas em 3 eixos temáticos: conceituação de Saúde Mental, práticas de cuidado em Saúde Mental e comunicação entre os serviços para promoção da Saúde Mental. As 4 entrevistas realizadas

foram elaboradas com intuito de aprofundar-se nesses três eixos, clarificando-os e problematizando-os.

No eixo I, conceituação de Saúde Mental, 54% das palavras disparadas na TALP apresentaram como aspecto semântico/temático central a noção de Saúde Mental como equilíbrio e bem-estar individual. Fato que coaduna com as entrevistas, como se pode observar nos recortes abaixo:

“Saúde Mental é bem-estar comigo mesmo, equilíbrio e moderação.” (A1)

“Quando estou bem comigo, quando me aceito... se sou emocionalmente estável, tenho bem-estar e Saúde Mental” (A3)

“Saúde Mental é autocontrole, equilíbrio mental...é estar bem com você” (A4)

Analisar o conceito de Saúde Mental é relevante ao ponto que nele estão contidas representações sociais, práticas e ideologias que norteiam ações e atividades no campo de cuidado (AMARANTE, 2011). Nesse sentido, portanto levando em consideração a dimensão das representações sociais, a partir das colocações expressas acima, vê-se que há emergência da dimensão individual quando se conceitua Saúde Mental, bem como um atrelamento a ideia de equilíbrio e bem-estar. O privilégio dado à dimensão individual secundariza a aspecto sócio-político-coletivo do conceito, assim como trazer o equilíbrio e o bem-estar como descritores principais resgata certa lógica normatizante-parametrizada, onde se enquadra sujeitos em estereótipos de normalidade e se julga como desviante quaisquer outros comportamentos não regulares.

A Saúde Mental não está dissociada do conceito geral de saúde, ou seja, não é algo à parte e isolado, pelo contrário é segmento complementar de uma visão ampliada, integral e biopsicossocial de saúde. Por estar inserida no campo da subjetividade humana e por ser o homem um sujeito histórico-social, a Saúde Mental deve necessariamente considerar o contexto vivencial do sujeito, seu tempo histórico, sua cultura e seus valores (LANE; CODO, 1995), deve ser, portanto, representada por um equilíbrio dinâmico, ampliado e multideterminado (AMARANTE, 2013).

A conceituação de Saúde Mental de caráter ampliado deve resgatar a dimensão social do conceito, levando em consideração a alteridade e o dinamismo de um equilíbrio que traz tópicos individuais, porém também coletivos e comunitários. Resgata traços da discussão sócio-política sobre autonomia e empoderamento, apresentando a ideia de *sujeito* enquanto promotor de transformação de uma realidade e protagonista, portanto, em movimento. A definição de Saúde Mental nesses termos é relevante no sentido de fazer contraponto/ruptura a

uma visão que a coloca meramente enquanto ausência de doença/transtorno, portanto em uma definição negativa, que secundariza o sujeito e dá primazia à doença (PEREIRA *et al.*, 2011).

No que se referem ao eixo II, práticas de cuidado em Saúde Mental, 61% das palavras apresentaram como núcleo semântico/temático a ideia da medicação (psicofármacos), atendimento ambulatorial individual (psicólogo/psiquiatra) e a instituição CAPS como manifestações da noção de práticas de cuidado em Saúde Mental. Os recortes das entrevistas, abaixo, aprofundam essas colocações:

“Aqui, quando aparece demanda em Saúde Mental, o médico atende e o paciente sai com a receita...ai se renova a receita quando precisa...depois vai pra o CAPS.” (A1)
“Tem atendimento de Psicologia do NASF sempre que aparece alguém com transtorno mental... e tem atendimento médico também.” (A2)
“O CAPS é quem atende...as vezes o médico daqui atende também...seria bom ter um grupo pra trabalhar essas coisas, mas é difícil...” (A3)
“Normalmente é o CAPS que atende esses casos...lá tem psicólogo e psiquiatra” (A4).

No campo da saúde, especialmente na Saúde Mental, quando se fala em tecnologias de cuidado faz-se referência a um conjunto de ferramentas que põe em movimento uma ação transformadora sobre uma dada realidade, que vai para além dos equipamentos e recursos materiais, atingindo conhecimentos, saberes e suas operacionalizações (MERHY, 2002). Nesse sentido, tecnologia de cuidado em saúde diz respeito a recursos materiais e imateriais; trata-se, assim, de um saber-fazer. Não se reduz, portanto, a uma simples técnica, produto (equipamentos e medicamentos) ou prática, mas, antes de tudo, insere-se dentro de um contexto sócio-histórico que expressa, no processo do trabalho e serviços, a rede de relações sociais (NOVAES, 2006).

Uma abordagem focada na dimensão ambulatorial e medicalizante vão de encontro à noção ampliada de saúde enquanto dimensão biopsicossocial, por reduzirem/reificarem o sujeito a um status biológico e centralizarem a atenção à saúde à conjuntos de tecnologias duras e leve-duras, ou seja, relativas a equipamentos, produtos, medicamentos e técnicas, secundarizando as demais dimensões da complexidade do ser humano (MERHY, 2006). O fato é que, nesse reducionismo, perde-se em eficiência/eficácia de ação, em singularidade e humanização do cuidado, trabalhando na contramão do empoderamento e promoção da autonomia (AMARANTE, 2013).

Ao apontar a instituição CAPS como manifestação da noção de prática de cuidado em Saúde Mental, revela-se dificuldades na condução do processo de cuidado em rede, uma vez que se limita a atuação junto à Saúde Mental apenas aos CAPS, desconsiderando as ações

desse cunho no território, nas UBS e nos demais espaços e instituições da rede. Gera-se, portanto, uma representação tendenciosamente manicomial e limitante, endereçando ao CAPS a primazia do cuidado em Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica tem por escopo não só o fim dos manicômios ou a simples desospitalização, mas toma por norte, sobretudo, o projeto de transformação da sociedade, da cultura de exclusão, limitação do outro e da medicalização da vida, com vistas a promoção do protagonismo, alteridade e autonomia, na busca de tencionar a relação que a sociedade mantém com a loucura (AMARANTE,2011). Nessa perspectiva, a desinstitucionalização, conforme traz Amarante (2003), é um conceito vital no contexto da Reforma Psiquiátrica e trata do rompimento paradigmático, da desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricos que sustentam a loucura reduzida ao signo da doença mental; vai além da desospitalização e atinge o nível sociocultural, favorecendo a emergência de uma atenção em Saúde Mental de viés comunitário, territorial, focado na promoção da saúde, autonomia e liberdade, substitutivo do modelo asilar, de caráter integrativo e dialógico.

A dimensão do cuidado, no contexto da saúde e em específico da Saúde Mental, deve basear-se no imperativo ético-político do respeito à dignidade humana, do caráter libertador e promotor de autonomia, empoderando sujeitos e coletivos e permitindo a emergência da criticidade. Deve ser vivido, sentido e significado, em uma dimensão ampliada para além de recursos e procedimentos exclusivamente terapêuticas, na direção de uma proposta interacionista e uma atitude prática de encontro de sujeitos mediada por saberes, vivências e relações sócio-histórico-culturais (AYRES, 2004).

O eixo III, comunicação entre os serviços para promoção da Saúde Mental, dialoga diretamente com tudo o que foi exposto acima. A partir da TALP, viu-se que 76% das palavras traziam no seu núcleo semântico a ideia da comunicação, no sentido exposto acima, como algo desafiador e precário, assim como notadamente marcado pela dimensão do encaminhamento (referência/contra-referência). Os discursos oriundos das entrevistas se direcionam na mesma linha:

“A comunicação é muito difícil, muito precária... seria importante uma aproximação, vemos com os residentes um pouco dessa aproximação.” (A1)

“ A base é o encaminhamento feito na referência...o diálogo é inexistente.”(A2)

“ A comunicação é o mais difícil da rede, não vemos isso acontecer de verdade...com a chegada de vocês (residentes multiprofissionais) foi que as coisas começaram a mudar” (A3).

“Os contatos são raros, difíceis...só acontece mesmo pelas referências e encaminhamentos...na minha opinião é bastante ineficiente.” (A4)

A dimensão da comunicação interinstitucional e intersetorial ocupa relevante espaço no que se refere à constituição das redes de atenção á saúde e na proposta de cuidado integral. As práticas de atenção em Saúde Mental, por sua vez, exigem o pleno exercício da integralidade como norteador e balizador dos processos de cuidado e da comunicação como facilitadora desse processo. As fragilidades na comunicação refletem-se diretamente nas dificuldades de implementação de ações de cuidado realmente efetivas e integrais (SOUZA; RIVIERA, 2010).

A lógica comunicacional baseada apenas em encaminhamentos (referência/contrareferência) superficializa, distânciada e obstaculiza uma proposta de cuidado baseada na corresponsabilidade e compartilhamento em rede, fomentando uma atuação manicomial e institucionalizante por parte dos serviços constitutivos da RAPS, indo de encontro à proposta reformista em Saúde Mental. Nesse sentido, a organização de fluxos organizacionais-comunicacionais é algo estratégico e fundamental.

Nos discursos dos sujeitos entrevistados, surge a relevância da contribuição dos residentes multiprofissionais da RIS/ESP-CE como aspecto tencionador e oportunizador da emergência de processos comunicacionais mais funcionais e efetivos no contexto da rede de cuidados. Esse aspecto detalha a relevância de tecnologias de educação permanente, tal qual a residência multiprofissional, no contexto dos cenários de prática, agindo como provocador/catalisador de mudanças e oportunidades.

A comunicação intersetorial ou com os demais serviços da rede de saúde, em específico com os da Saúde Mental, é bastante reduzida, ocorrendo majoritariamente pela lógica da referência e contra-referência. Os poucos contatos que surgem entre os serviços são, em sua maioria, tencionados pelos processos da RIS/ESP-CE.

A partir da apresentação e análise dos 3 eixos expostos acima, pode-se pontuar as principais afetações percebidas nos serviços e no contexto da rede de cuidados em Saúde Mental, esclarecendo a relação entre as RS, as práticas e a rede de atenção. A observação sistemática foi a metodologia fundamental nesse quesito, dialogando diretamente com as demais estratégias de obtenção de dados/informações.

Observou-se que o fluxograma de ações dos serviços é, fundamentalmente, baseado nos programas-padrão do Ministério da Saúde para APS (Doenças Crônicas, Imunização, Saúde Bucal, Pré-Natal e Saúde da Criança) não existindo um fluxo específico para as demandas/casos em Saúde Mental. Há uma predominância de práticas de cuidado ambulatoriais e, por vezes, medicalizantes, com reduzidos espaços para intervenção grupal e/ou contratualidade com o território; há reprodução da prática de renovação de receitas de

medicações controladas (sobretudo benzodiazepínicos) sem devida condução efetiva dos casos.

O contato dos usuários/população com as UBS é amplo em virtude da facilidade de acesso e localização, contudo se dá, em sua maioria, em virtude de agravos de saúde/doenças, sendo, portanto, um contato condicionado ao adoecimento, reduzindo assim espaços de empoderamento político e participação social, para além da visão restrita de adoecimento em direção à concepção ampliada de saúde.

A atuação do NASF nessa realidade é bastante complexa e obstaculizada em virtude do paradigma de cuidado dominante ser o biomédico/ambulatorial, da fragilidade da constituição das equipes (formada majoritariamente de residentes multiprofissionais, os quais apresentam limitações temporais de permanência nos cenários) e do baixo preparo da gestão e dos serviços para acolher o tipo de abordagem que se propõe o NASF, resultante na dificuldade de organizar intervenções grupais, ações comunitárias e linhas de matriciamento, relegando, portanto, ao NASF a replicação de práticas ambulatoriais.

No que se refere à RS, é válido ressaltar que a relação delas com sua realidade circundante, seu contexto sócio-histórico-cultural é fundamentalmente dialética e mutável, assim como esclarece Jodelet (2001) as RS surgem na interação com a realidade e com os outros, ao ponto de permearem condutas, discursos e organizações. Moscovici (2003) traz que a estrutura das RS fundamenta-se em uma interdependência entre um aspecto icônico e uma face simbólica, onde a representação fosse o paralelo entre a imagem/percepção de uma realidade e a significação dada pelo sujeito a partir de suas vivências/experiências socialmente construídas. Portanto, nesse sentido, a dialética entre as RS do cuidado em Saúde Mental e a organização das práticas de atenção à Saúde Mental é algo basilar; ora as representações direcionam práticas e ora são por elas orientadas, obedecendo a fluxos próprios oriundos dos contextos vivenciais e relacionais.

A partir da pesquisa aqui apresentada, viu-se a relação de interdependência entre as RS e as práticas de cuidado em Saúde Mental no contexto da RAPS de Horizonte CE observaram-se o movimento dialético desses aspectos e a complexidade que envolve uma análise como essa. As múltiplas funções que essas RS apresentam parecem servir como mecanismo regulatório e regulado das práticas e contextos, produtores e produzidos, promovendo atravessamentos variados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de atenção à Saúde Mental exigem o pleno exercício da integralidade como norteador e balizador dos processos de cuidado. Nesse sentido, a organização de uma intervenção de cuidado em rede nos pressupostos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, tal qual a RAPS se apresenta, é fundamental na estruturação da proposta reformista em Saúde Mental e favorece a emergência da integralidade, universalidade e equidade da atenção. A APS surge, nesse sentido, dada suas características próprias, como parceira institucional estratégica, oportunizadora e tencionadora da rede, assim como os profissionais nela inseridos, tendo em vista seu protagonismo na constituição de práticas de cuidado no território.

A prática profissional, o fazer em saúde cotidiano nos serviços, é irremediavelmente contextualizada, inserida em uma dimensão sócio-histórico-cultural própria de seus espaços de emergência e consolidação, portanto é repleta de atravessamentos que a tencionam em um movimento dialético e que geram representações/saberes. Nesse aspecto, a discussão sobre as RS, conjunto de saber-fazer, percepções e valores socialmente construídos, e sua relação com as práticas é relevante e significativa, pois, por vezes as RS disparam tensões nas práticas, por vezes são elas que provocam os tencionamentos nas RS, portanto um modo dialético de atravessamento.

O presente estudo buscou analisar essas relações e problematiza-las no contexto do cuidado em Saúde Mental no sentido de rede de atenção. Viu-se a predominância de representações que traziam a *Saúde Mental* como bem-estar e equilíbrio individual, o *Cuidado em Saúde Mental* como fundamentalmente baseado no binômio ambulatório/medicação e endereçado ao espaço institucional do CAPS e a *Comunicação entre os serviços* como adjetivada por precária, desafiadora e notadamente pautada na lógica de encaminhamentos.

As repercussões nas práticas profissionais observadas nos cenários do estudo mostraram serviços essencialmente medicalizados/medicalizantes, focados na tradição ambulatorial/individual, secundarizando espaços coletivo-comunitários, uma rede de atenção à Saúde Mental limitada pela comunicação ineficiente, contrastando com as políticas públicas em saúde nessa área, indo na contramão do empoderamento, autonomia e desinstitucionalização. Viu-se um cuidado, majoritariamente, tecnicista e não enquanto artifício de compromisso ético político libertário. Percebeu-se afetações diretas no fluxo da RAPS, com dificuldades de comunicação entre os serviços, limitações na implementação de tecnologias de cuidado integrais e práticas de cuidado de tendência institucionalizante.

Observou-se, contudo, também potencialidades no que tange a aspectos tencionadores, tais como a participação dos residentes multiprofissionais nas práticas de cuidado /comunicação e a cobertura dos serviços.

Este artigo procurou contribuir com a produção de conhecimento acerca das RS do cuidado em Saúde Mental a partir do enfoque dos profissionais da APS no contexto da RAPS, bem como buscou sugerir o desenvolvimento de pesquisas para consolidar a discussão, a fim de fomentar diálogos consistentes acerca da temática. Surgiu no contexto formativo-pedagógico da RIS/ESP-CE, o que o torna ainda mais relevante e oportuno. Tem-se a clareza de que o objeto de estudo é vasto e amplo, necessitando, portanto, de maiores estudos e aprofundamentos, contudo os aspectos disparados nessa pesquisa já se põem como indicadores relevantes na construção de conhecimento sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AYRES, J. R. C. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.8, n.14, p.73-91, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em 20 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Endereço: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=23&VCodMunicipio=230523&NomeEstado=CEARA>. Acesso em 03 de novembro de 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto 7.508**, de 28 de junho de 2011. Brasília: Ministério da saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CEARÁ. Governo do Estado do Ceará/ Secretária Estadual de Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/>. Acesso em 20 de março de 2015.

CEARÁ. Secretária Estadual de Saúde. **Resolução nº 16/2014- CIB/CE**. Disponível em: <http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2014/03/Res-16.14.pdf>. Acessado em 20 de março de 2015.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L.A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Ver Esc Enferm USP**, São Paulo, nº45, 2011.

COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (Orgs.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2003.

COUTINHO, M. P.; SALDANHA, A. A. W. **Representação social e pratica de pesquisa**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2005. p. 69-109.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 31-59.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010. Disponível em**<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>>**Acessado em 20 de março de 2015.**

JODELET, D (org). Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizador. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 17-44.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs). **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Petrópolis, 1995.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINELLI, M. L. (Org.) **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set./out. 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. The phenomenon of Social representations. In : FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (eds). **Social Representations**. Cambridge, Cambridge University Press, 1984 a.

NOBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C. (Org.). **Representação social: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Ed.Universitária, 2003. p. 51-80.

NOVAES, H. M. D. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Saúde Pública**, v.40, Edição Especial, p.133-140, 2006.

PEREIRA, T.; BARROS, M.; AUGUSTO, M. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, v. 9, n. 17, 2011.

SOUZA, A. C.; RIVIERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**. v.4, n.1, p.105-114, 2010.

SPINK, M. J. P. (org.) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

Como Referenciar este Artigo, conforme ABNT:

GARCIA, B. N; OLIVEIRA, P. R. S; QUINDERÉ, P. H. D; PEQUENO, M. L. As Representações Sociais De Profissionais Da Atenção Primária Sobre O Cuidado Em Saúde Mental: Por Outros Horizontes (Des)Institucionalizantes? **Rev. FSA**, Teresina, v.13, n.1, art.11, p.194-213, jan./fev. 2016.

Contribuição dos Autores	B. N. Garcia	P. R. S. Oliveira	P. H. D. Quinderé	M. L. Pequeno
1) concepção e planejamento.	X	X		
2) análise e interpretação dos dados.	X	X		
3) elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo.	X	X	X	X
4) participação na aprovação da versão final do manuscrito.	X	X	X	X