UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

NAYARA GOMES BRAGA

**A atenção psicossocial sob a perspectiva dos profissionais da atenção primária à
saúde**

RIBEIRÃO PRETO

2021

NAYARA GOMES BRAGA

A atenção psicossocial sob a perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Braga, Nayara Gomes

A atenção psicossocial sob a perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde.
Ribeirão Preto, 2021.

132 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientador: Caccia Bava, Maria do Carmo Guimarães.

1. Atenção Primária a Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Psicossocial.

BRAGA, N. G. A atenção psicossocial sob a perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde. 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

Julgamento: _____

Prof^a. Dra.: Catalina Camas Cabrera

Instituição: Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Julgamento: _____

Prof. Dr.: Augustus Tadeu Relo de Mattos

Instituição: Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Julgamento: _____

À minha mãe e às mulheres do meu caminho.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Maria do Carmo que tanto me acolheu! Com carinho e sutileza me guiou e ensinou a cada passo que eu dava. Acreditou em mim, no meu trabalho e foi junto comigo! Não conseguiria essa oportunidade sem ter te encontrado! Agradeço imensamente!

À CAPES e aos meus caros mestres da pós graduação em Saúde Pública do departamento de Medicina Social. Agradeço a riqueza de aprendizado e pelo compartilhamento de esperança e bravura pela luta por um SUS digno!

À Paula e Sérgio, da secretaria do Departamento de Medicina Social, que me guiaram com tanta paciência e respeito!

À minha família, minha mãe Rozânia, meu pai Geneir, minha irmã Mariane, meus avós Braz e Maria, que mesmo sem entenderem o que eu estava pesquisando, sempre me apoiaram!

À meu querido e amado companheiro João Victor que me ouviu horas a fio, se fez presente, me proporcionou espaço e conforto para que eu pudesse mergulhar nessa trabalhadeira que é ser uma pesquisadora.

Aos meus caros amigos Guilherme Catanante e Nathália Sigilló com quem tive a honra de partilhar momentos de início da construção desse sonho do mestrado, nos momentos de estrada na coleta de dados e que tanto me ampararam!

Aos meus amigos do Curso de Inverno, em especial Lucas Chaves, João Paulo Moreira e Samára Sampaio, que compartilharam comigo momentos de crescimento, aprendizado e suporte mútuo!

Às minhas caras colegas e amigas de trabalho do Hospital das Clínicas, especialmente Maria Rita Lerri, Flávia Volta e Rosana Shuhama, que me deram tanto espaço para me desenvolver como profissional e me ampararam também na pós-graduação!

Aos profissionais de saúde entrevistados que me concederam precioso tempo e conhecimento sobre seu trabalho e me proporcionaram a construção de mais uma fase da minha vida!

Agradeço imensamente pelas pessoas que encontrei no meu percurso e contribuíram para meu desenvolvimento como pessoa, pesquisadora e profissional!

Uma andorinha só não faz primavera.

(Aristóteles. Ética a Nicômano.)

RESUMO

BRAGA, N. G. **A atenção psicossocial sob a perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde.** 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Os princípios norteadores de trabalho das equipes de saúde da família alinham-se aos da reforma psiquiátrica, uma vez que adotam como referenciais comuns a integralidade da atenção, a participação social, o conceito ampliado de saúde-doença pela compreensão da sua determinação social, a interdisciplinaridade do cuidado e a territorialização das ações. Essa consonância conceitual reforça a potência da atenção primária à saúde (APS) atuando de forma articulada aos especialistas da área. O objetivo desse estudo foi caracterizar o cuidado oferecido em saúde mental a partir da visão das equipes de atenção primária de um município de médio porte, na perspectiva da coordenação do cuidado em saúde mental. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Teve como local de desenvolvimento as unidades de saúde da atenção primária. Como instrumento de coleta utilizou a entrevista semiestruturada. Como participantes incluiu profissionais de todas as categorias que compõem as equipes mínimas das unidades básicas de saúde desse município: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde de cada unidade, totalizando 28 profissionais entrevistados. O material foi analisado pela Análise de Conteúdo, modalidade temática. Nos resultados identificou-se a presença da concepção de saúde mental como doença. Com menor frequência a compreensão de saúde mental com o sentido de saúde e bem-estar, independentemente da existência de diagnósticos. Identificou-se pontos similares e dissonantes no modo de trabalho em saúde mental entre as equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apontando para a perspectiva de maior receptividade para a inclusão do cuidado em saúde mental na atenção primária por parte das equipes das ESF. Em relação as potências do trabalho das equipes com a saúde mental, a APS foi reconhecida como porta de entrada para acolher, identificar, diagnosticar e iniciar tratamento. Sendo o atendimento clínico a ferramenta de cuidado em saúde mental que utilizavam com maior frequência. Como principais dificuldades para o cuidado em saúde mental na APS apresentou-se os seguintes fatores no âmbito da micro gestão: falta sistemática de profissionais nas unidades de saúde, dificuldade dos profissionais em relação à escuta dos usuários com algum tipo de sofrimento emocional, em situações de crise ou em uso e abuso de substâncias

psicoativas. Na esfera da macro gestão identificou-se que a organização e articulação da APS com a RAPS do município estudado ainda é incipiente. Enquanto necessidades para o aprimoramento do processo de trabalho, os profissionais destacaram a importância de ter equipes completas e fixas, ampliar espaços de capacitação e de apoio matricial. Ressalta-se a necessidade de se reforçar a importância da APS como ordenadora do sistema e referência de cuidado ao usuário, de se ampliar a compreensão de saúde mental voltada para a ideia de saúde e sua determinação social, além de se consolidarem os preceitos do cuidado territorial, das estratégias de matriciamento e de educação permanente como formas de ampliar e potencializar as práticas mais qualificadas em saúde mental na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde. Saúde Mental. Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

BRAGA, N. G. **Psychosocial care from the perspective of primary health care professionals.** 2021. Dissertation (Master of Science) - Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

The guiding principles of the work of Family Health teams are in line with those of the psychiatric reform, since they adopt as common references the integrality of care, social participation, the expanded concept of health-disease through the understanding of their social determination, the interdisciplinarity of care and the territorialization of the actions. This conceptual consonance reinforces the power of primary health care (PHC) by working in conjunction with specialists in the field. The aim of this study was to characterize the care offered in mental health from the perspective of primary care teams in a medium-sized municipality, in terms of coordination of mental health care. This is a descriptive study with a qualitative approach. Primary health care units were the location of its development. The data collection instrument used was a semi-structured interview, and the participants included professionals from all categories that make up the minimum teams of basic health units in the studied municipality: a medical doctor, a nurse, a nursing assistant or technician and a community health agent from each unit, totaling 28 interviewed professionals. The material was analyzed through Content Analysis, thematic modality. In terms of results, the presence of the concept of mental health as a disease was identified and, less frequently, the understanding of mental health with the meaning of health and well-being, regardless of the existence of diagnoses. Similar points and dissonant aspects were identified in the way of working in mental health between the teams of Basic Health Units (BHU) and teams of the Family Health Strategy (FHS), pointing to the perspective of greater receptivity for the inclusion of care in mental health in primary care by FHS teams. Regarding the potential of the teams' work with mental health, PHC was recognized as a gateway to welcome, identify, diagnose and initiate treatment. Clinical care being the mental health care tool they used most often. As main difficulties for mental health care in PHC, the following factors were presented in the context of micro management: systematic lack of professionals in health units, professionals having difficulty in relation to listening to users with some type of emotional suffering, in crisis situations or in the use and abuse of psychoactive

substances. In the sphere of macro management, it was identified that the organization and articulation of PHC with the Psychosocial Support Network (PSN) of the studied municipality is still incipient. As needs for the improvement of the work process, the professionals highlighted the importance of having complete and fixed teams, expanding training and matrix support spaces. The need to reinforce the importance of PHC as the organizer of the system and as reference for user care is emphasized, as well as the need to broaden the understanding of mental health focused on the idea of health and its social determination, in addition to consolidating the precepts of territorialized care, as well as strategies for matrix support and permanent education as ways to expand and enhance the most qualified practices in mental health in PHC.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Psychosocial Care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	15
1.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	16
1.3 Processo de trabalho em saúde mental	20
2. JUSTIFICATIVA	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	26
4. OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo Geral	28
4.2 Objetivos específicos	28
5. CAMINHO METODOLÓGICO	29
5.1 Campo e local do estudo	29
5.2 A preparação para a coleta de dados	30
5.3 A realização das entrevistas	31
5.4 Instrumentos	32
5.5 Análise dos dados	33
6. RESULTADOS	35
6.1 Caracterização dos locais e participantes do estudo	35
6.2 Apresentação das equipes e unidades de saúde	37
6.3 Análise dos Dados	40
6.3.1 Unidade temática I: Compreensão de saúde mental dos profissionais produtores de cuidado	41
6.3.1.1 Adoecimento Psíquico	41
6.3.2 Unidade temática II: As unidades básicas tradicionais e o cuidado com a saúde mental	44
6.3.2.1 Possibilidades da UBS como espaço de cuidado com a saúde mental	44
6.3.2.2 Dificuldades e limites da UBS para oferecer cuidado em saúde mental	51
6.3.2.3 Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na UBS	61
6.3.3 Unidade temática III: O cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família	65
6.3.3.1 Possibilidades da ESF como espaço de cuidado com a saúde mental	65
6.3.3.2 Dificuldades e limites da ESF para oferecer cuidado em saúde mental	73

6.3.3.3 Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na ESF	80
6.3.4 Unidade temática IV: Conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	84
6.3.4.1 A existência (ou não) de laços com a RAPS	85
7. DISCUSSÃO	87
7.1 Mudanças de paradigmas: a inclusão da saúde mental na Atenção Primária à Saúde	87
7.2 O desafio de tecer redes: a Rede de Atenção Psicossocial	100
7.3 Desmontes das políticas de saúde mental no Brasil	109
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	118
APÊNDICES	126
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	126
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista	127
ANEXO	128

1. INTRODUÇÃO

Entre os anos de 1970 e 80 no Brasil, a saúde mental passou por transformações denominadas de Reforma Psiquiátrica, a partir de um movimento que contrariava o modelo biomédico até então vigente. Teve como objetivo principal a desinstitucionalização do usuário, a reconstrução das condições de tratamento, a defesa dos direitos humanos, o combate ao preconceito com pessoas em sofrimento psíquico e sua reinserção social (AMARANTE, 2007). Desde então, o novo paradigma – modelo de atenção psicossocial – caracteriza-se como oposto ao modelo asilar ou psiquiátrico, marcado pela mudança na concepção sobre o processo saúde-doença, ressalta as dimensões psíquicas e socioculturais na determinação do sofrimento. O olhar se volta então, para o sujeito com sofrimento e não mais para a centralidade da doença. Prioriza-se, dessa forma, a clínica ampliada e transdisciplinar, com participação ativa dos usuários, seus familiares e da comunidade no cuidado (COSTA-ROSA *et al.*, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), regulamentada pela Lei nº 10.216 de 2001, é o principal marco legislativo da saúde mental no Brasil. Propõe a redução dos leitos psiquiátricos, o cuidado à saúde mental por meio de dispositivos extra hospitalares que sejam integrados a uma rede de serviços e, ainda, a inclusão do cuidado na atenção primária à saúde (BRASIL, 2001). Assim, o cuidado em saúde mental é, preferencialmente, realizado no espaço comunitário e em serviços próximos ao território do indivíduo. Preconiza a inclusão do sujeito na sociedade, em suas relações familiares, promovendo a reabilitação do indivíduo e o exercício da sua cidadania (MARTINS *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental não é apenas a ausência de transtornos mentais, é definida como um completo estado de bem-estar, no qual o indivíduo consegue lidar com os problemas do dia a dia, trabalhar produtivamente e contribuir com sua comunidade (WHO, 2008). Segundo Saraceno (1995) saúde mental implica a noção de bem-estar dos indivíduos. Encontra-se na justaposição entre o objetivo de ter saúde mental e as ações para se garantir a saúde mental. Portanto, um processo contínuo, e não estático. Trata-se de um conceito extremamente complexo, permeado por questões ideológicas, políticas, sociais e culturais. Uma vez que em cada tempo e espaço os indivíduos foram classificados como mais ou menos normais, de acordo com os padrões vigentes (AMARANTE, 2007).

1.1 Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como responsabilidade oferecer cuidados para os problemas de saúde mais prevalentes, incluindo ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011a; WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Possui como princípios norteadores ou atributos, segundo Starfield (2002), o primeiro contato da população com os serviços de saúde, a longitudinalidade, integralidade, a coordenação do cuidado, além da atenção centrada na família e a orientação e participação comunitária.

Em 1994 o Ministério da Saúde implantou, nacionalmente, o Programa Saúde da Família (PSF) como forma de reorganização da APS, hoje designado como Estratégia Saúde da Família (ESF). Composta por com uma equipe mínima a qual inclui: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescida de profissionais de saúde bucal. A APS é responsável por oferecer os cuidados primários à população de um determinado território delimitado geograficamente, considerando os determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 1997).

As responsabilidades das equipes de APS com o cuidado em saúde mental são preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo reconhecida como ponto fundamental da rede de atenção, valorizada por sua proximidade com as famílias e comunidades, com amplo conhecimento da realidade local e suas condições de saúde. Detém recursos importantes também para propor intervenções no âmbito de assistência, prevenção de agravamento de condições e do sofrimento psíquico, ações de promoção à saúde mental, e colaborar com a ressocialização, resgate da autonomia e cidadania (VELOSO; SOUZA, 2013; SOUZA *et al.*, 2012). Além disso, possuem relevante papel na identificação daqueles que possuem algum tipo de sofrimento psíquico e não estejam em tratamento (FORTES *et al.*, 2014).

Há uma confluência entre os princípios da reforma psiquiátrica e da saúde da família, ao adotarem como referenciais comuns a integralidade da atenção, a participação social, a ampliação do conceito de saúde-doença pela compreensão dos determinantes sociais de saúde, a interdisciplinaridade do cuidado e a territorialização das ações (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007). Esse alinhamento conceitual reforça a potência da atenção primária à saúde para atuar na atenção em saúde mental de forma articulada aos especialistas da área.

Quanto às responsabilidades específicas das equipes de APS com a saúde mental, aponta-se “a identificação precoce de transtornos mentais, o tratamento de transtornos mentais comuns, o manejo de pacientes psiquiátricos estáveis, a referência para outros níveis quando necessário, e a prevenção e promoção da saúde mental” (WENCESLAU; ORTEGA, 2015, p. 1123). O cuidado da saúde mental na atenção primária à saúde abrange, então, situações de menor complexidade até outros mais graves, sendo esses últimos cuidados em conjunto com serviços especializados (FORTES *et al.*, 2014).

Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy (1997, *apud* ABREU; AMENDOLA; TROVO, 2017) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. As tecnologias duras referem ao uso de máquinas, normas, rotinas e estruturas organizacionais. As tecnologias leve-dura dizem respeito aos saberes estruturados, como por exemplo, a fisiologia, psicologia, clínica médica. As tecnologias leves referem-se ao conhecimento da produção das relações entre sujeitos. Uma das ferramentas de cuidado em saúde mais utilizadas na APS são as tecnologias relacionais, classificadas no âmbito das tecnologias leves. Estão presentes no espaço relacional do trabalho, na forma como os sujeitos se relacionam e se comunicam. Compreende nesse campo o acolhimento, a produção de vínculos, os espaços de encontro e escuta, refere-se ao respeito e a valorização da autonomia dos sujeitos, na cooperação e corresponsabilização pelo cuidado.

Embora a ESF atue sob essa perspectiva, ainda há questões a serem enfrentadas para se ofertar um cuidado mais qualificado em saúde mental. Entre os pontos a serem enfrentados estão a baixa oferta de ações em saúde mental, a deficiência na formação dos profissionais, a presença de preconceito em relação ao sujeito em sofrimento psíquico, a valorização do modelo de assistência biomédica sobre as tecnologias relacionais e a baixa interlocução entre serviços da rede (SOUZA *et al.*, 2012; RÉZIO, 2015). A atenção primária carece de maior suporte e supervisão dos serviços especializados, capacitação continuada dos profissionais na área de saúde mental, e fluidez no diálogo com outros serviços da rede (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

1.2 A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), portaria nº 3088 de dezembro de 2011, foi instituída como estratégia de atenção à saúde mental no âmbito do SUS, tendo como

finalidade criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Entre os principais diretrizes para o funcionamento da RAPS estão: o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e liberdade dos sujeitos; a promoção de equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a ênfase nos serviços de base territorial com participação e controle social dos usuários e seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizadas com ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. A RAPS reúne os diversos equipamentos públicos envolvidos nos cuidados à saúde mental, composta pelas equipes da ESF, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), serviços de urgência e emergência, leitos psiquiátricos em hospital geral, serviços Residenciais Terapêuticos (RT), programa “De volta para casa” e centros de convivência (BRASIL, 2011b).

Entre os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico estão os CAPS, propostos pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 336 de 2002, sendo organizados em três modalidades de acordo com o tipo de cuidado e complexidade do caso. CAPS tipo I atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS tipo II atende o mesmo público que o CAPS tipo I, porém com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS tipo III atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS álcool e outras drogas (CAPS Ad). Possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. CAPS Ad atendimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. CAPSi (para crianças e adolescente) tende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Entre as capacidades deste serviço: deve se responsabilizar pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; supervisionar e capacitar as equipes de atenção primária. Em relação a assistência prestada ao paciente no CAPS estão as seguintes atividades: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social (BRASIL, 2002). Os CAPS devem atuar como ponto de referência em saúde mental na RAPS para a atenção primária à saúde. Entre as possíveis articulações entre o CAPS e a atenção primária à saúde, estão as funções de supervisionar e capacitar as equipes de APS corresponsabilizando-se pelos casos acompanhados, promover discussões de casos clínicos e interconsultas, além de manter a referência e contrarreferência com outros serviços da rede (CHIAVAGATTI *et al.*, 2012).

Outro dispositivo que proporciona suporte à atenção primária à saúde em relação a atenção em saúde mental são os NASF, criados inicialmente pela portaria nº 154 de 2008 e regidos pela portaria nº 3.124 de 2012. Existem três modalidades de equipe NASF. A modalidade I se vincula a no mínimo cinco e a no máximo nove equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). A modalidade II se vinculada a no mínimo três e a no máximo quatro equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. A modalidade III se vinculada a no mínimo uma e a no máximo duas equipes de Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas. A composição das equipes é definida pelos gestores municipais, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais das diferentes ocupações. Podem compor uma equipe de NASF profissionais de diversas áreas, dentre eles, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. A proposta dessa equipe é realizar ações articuladas entre a APS e a atenção especializada, compartilhando práticas e saberes por meio de discussões de casos, construção de projetos terapêuticos singulares, intervenções conjuntas às famílias e comunidades, atendimentos e visitas domiciliares compartilhadas, intervenções grupais e atividades educativas, bem como agregando para que a APS amplie seu escopo de ofertas (BRASIL, 2012, 2014).

Uma das ferramentas possíveis para auxiliar os profissionais da atenção primária à saúde é o apoio matricial ou matriciamento, formulado por Campos (1999). Trata-se de um arranjo técnico-assistencial tem como objetivo a ampliação da clínica das equipes de atenção primária e qualificar o trabalho oferecido em saúde mental. Com vistas a superar a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização. Fortes *et al.* (2014) aponta que o apoio matricial propicia compartilhamento de saberes, apresenta ferramentas técnicas e estratégias para lidar com usuários em sofrimento psíquico, ampliando a visão sobre os casos, além de favorecer a autonomia e empoderamento da equipe.

Apesar de preconizado pelo Ministério da Saúde o funcionamento em rede e o apoio matricial às equipes de APS, autores como Minozzo e Costa (2013a) identificaram em seu estudo, profissionais da ESF que desconheciam o conceito e a prática do apoio matricial. Outros levantaram dificuldades como, a rotina intensa e a elevada carga de trabalho como fatores que dificultaram a implantação do apoio matricial na ESF. Machado e Camatta (2013) acrescentam que problemas relativos à gestão de Saúde Pública também podem prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral das equipes de APS na saúde mental, devido a cobranças na produtividade e rigidez nas agendas da ESF, que dificultam a implantação do apoio matricial, além da sua ausência na pauta de serviços e ações de alguns municípios.

Ainda que a APS se corresponsabilize pelos cuidados dos sujeitos em sofrimento psíquico de menor intensidade e não crônicos, ainda há um desafio a ser superado frente àqueles que carecem de assistência nos momentos de crise. A crise é aqui entendida como um rompimento abrupto do equilíbrio preexistente, no qual o sujeito não detém condições emocionais, no momento, para lidar com tal situação.

Estudos como Minozzo e Costa (2013a) e Minozzo e Costa (2013b) evidenciaram dificuldades referidas pelos profissionais da ESF na atenção em saúde mental, principalmente nas situações de crise e atendimento de casos mais graves. Foram identificadas intervenções desses profissionais baseadas no modelo asilar, tradicional, como o encaminhamento para internação psiquiátrica, imposição do medicamento e ausência de diálogo entre profissionais com pacientes e seus familiares. Os autores destacaram a importância da discussão sobre o papel da ESF nas situações de crise, possibilidades de intervenções e manejo, além da discussão de casos e apoio matricial com fins a ampliar o conhecimento e respaldar as ações das equipes. Prates, Garcia e

Moreno (2013) corroboram apontando a necessidade das equipes de APS receberem apoio técnico e institucional a fim de capacitar o trabalho desenvolvido.

Rézio *et al.* (2015) enfatizaram que os serviços de atenção à saúde, isoladamente, não conseguem produzir mudanças significativas, dependendo assim, da articulação em rede. Dessa forma, faz-se necessário que as práticas estejam articuladas entre os diferentes saberes e complexidades dos serviços, para que seja possível uma atenção psicossocial integral ao sujeito e sua família.

A constituição da rede implica, portanto, pontos de encontro e cooperação entre os serviços e atores sociais envolvidos. Compreende o sujeito a partir de sua constituição e inserção social (AMARANTE, 2007).

1.3 Processo de trabalho em saúde mental

A reorganização dos serviços de saúde, a partir das mudanças promovidas pelo movimento da reforma psiquiátrica, possibilitou a inserção de novos serviços e categorias profissionais na assistência em saúde mental. Por outro lado, também levantou demandas de trabalho até então pouco exploradas por essas equipes.

O trabalho em saúde impõe uma série de desafios para os profissionais, dos quais, muitos deles não estão preparados, especificamente no que se refere a atenção à saúde mental.

Lima, Siciliani e Drehmer (2012) em sua revisão de literatura identificaram nos estudos falta de preparo dos trabalhadores, seja ela da ordem emocional ou técnica, para trabalhar na atenção em saúde mental. Além disso, identificaram a perpetuação do modelo biomédico e a preferência pela assistência especializada. O estudo de Martins *et al.* (2015) corrobora ao identificar ações em saúde mental pelas equipes da APS que priorizaram uso de psicotrópicos e encaminhamentos para serviços especializados, apesar de receberem suporte do NASF.

Pini e Waidman (2012) também identificaram dificuldades das equipes de ESF estudadas quanto à assistência em saúde mental, apontando falta de conhecimento e capacitação para o trabalho, o medo e preconceito do “louco” e a falta de articulação com os serviços da rede. Angelini e Caccia-Bava (2015) corroboram a constatação de sentimento de impotência, incapacidade e angústia de não saber como intervir, presentes na fala das equipes de ESF. Perceberam práticas ainda baseadas em uma visão curativa

da assistência, em detrimento aos princípios de prevenção e promoção propostos pela atenção primária à saúde. Além disso, descreveram limitações percebidas pelos profissionais devido a lacunas em sua formação e questões da própria subjetividade para lidar com saúde mental.

Veloso e Souza (2013) identificaram pelos relatos de profissionais da ESF, concepções de saúde mental centradas no diagnóstico de transtornos mentais, enquanto outros detinham uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença mental. Andrade *et al.* (2013), em suas pesquisas sobre a percepção de uma ESF sobre a atenção à saúde do sujeito em sofrimento mental, também identificaram duplicidade de ações, sendo por um lado adotadas práticas condizentes com as propostas da reforma psiquiátrica, como a inserção dos sujeitos em sofrimento nos mesmos grupos propostos à comunidade em geral e a ênfase na visita domiciliar como recurso para fortalecer o vínculo, por outro lado, reconheceram práticas ainda baseadas no modelo tradicional de atendimento.

Mais especificamente sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), estes são apontados como profissionais importante da ESF para a construção de vínculo com o sujeito em sofrimento mental e sua família. Entretanto, Santos e Nunes (2014) apontaram carência de ações educativas que, efetivamente, auxiliassem o ACS no cuidado à pessoa em sofrimento mental, uma vez que os materiais para capacitação do ACS muitas vezes não contemplavam a saúde mental em seu contexto de trabalho, o que denota defasagem na formação desse profissional. Os autores identificaram falas como “não saber lidar” com o familiar do sujeito adoecido emocionalmente, e ainda “medo do louco”, como evidências da carência de melhor capacitação do ACS para o trabalho em saúde mental.

O uso de tecnologias relacionais de cuidado, como a conversa, o escutar, o monitoramento do uso dos fármacos pelos pacientes, são as práticas mais recorrentes do trabalho dos agentes comunitários. Entretanto, em momentos de crises agudas, os ACS estudados recorreram mais frequentemente a instituições asilares, devido seu desconhecimento do fluxo de serviços da rede (SANTOS; NUNES, 2014). Souza *et al.* (2012) em uma revisão de literatura, foram unânimes ao recomendar que ACS devessem receber uma capacitação mais adequada.

Sobre o trabalho de enfermeiras das equipes de ESF, Vilela, Carvalho e Pedrão (2014) identificaram falta de conhecimento específico para abordagem do paciente com

transtorno mental, predominando uma forma de atuação mais empírica. Azevedo e Santos (2012) estudaram o conhecimento dos enfermeiros da ESF sobre a assistência em saúde mental a partir da reforma psiquiátrica. Constataram dificuldades em lidar com usuários de saúde mental, atribuindo o *status* de periculosidade ao sujeito adoecido psiquicamente, além do desconhecimento sobre as propostas da reabilitação psicossocial e princípios da reforma psiquiátrica. Ressaltaram fatores como a elevada cobrança dos programas ministeriais por resultados em outras áreas da saúde, bem como a falta de metas específicas para a saúde mental, colaboraram para que os enfermeiros do estudo tendessem a se preocupar mais em atingir outras metas e deixassem de lado o cuidado em saúde mental, entendendo-o como sobrecarga de trabalho. Minozzo e Costa (2013a) ressaltaram a importância da sensibilização de gestores quanto à priorização de indicadores e metas de saúde mental específicas para a ESF.

Gazignato e Silva (2014) estudaram a percepção de enfermeiras e agentes comunitários sobre o trabalho em saúde mental em rede e sobre o matriciamento. Identificaram a dificuldade em estabelecer um trabalho interligado com a rede e falhas na comunicação entre a ESF e o CAPS. Evidenciaram a importância dos profissionais da ESF receberem apoio matricial para cuidado em saúde mental. Martins *et al.* (2012) ao estudarem a região norte do estado do Rio Grande do Sul constataram falhas na articulação com a rede de saúde, dificultando ainda mais a comunicação entre os profissionais e serviços, e, conseqüentemente, o cuidado integral na atenção em saúde mental.

Há estudos que relataram práticas mais condizentes com os princípios da reforma psiquiátrica, como o estudo de Quinderé, Jorge e Franco (2014) sobre a organização da rede de saúde mental do município de Sobral-CE, em que foi possível perceber a conexão entre os serviços, a valorização pelos trabalhadores da proximidade do CAPS e do apoio matricial para o trabalho das ESF como fatores que potencializam o cuidado em saúde mental.

Angelini e Caccia-Bava (2015) também identificaram práticas da ESF que valorizavam a proximidade com o sujeito adoecido psiquicamente, principalmente pelo trabalho dos ACS, contribuindo assim para o vínculo, para a continuidade do cuidado e reconhecimento de recursos e dificuldades do sujeito e sua família.

Ribeiro, Caccia-Bava e Guanaes-Lorenzi (2013) identificaram na fala de equipes ESF dificuldades para lidar com questões de saúde mental. Mas ressaltaram recursos

técnicos e relacionais em tais profissionais, indicativos de preparo adequado para lidarem com tais questões. Como por exemplo, o acompanhamento, envolvimento e disponibilidade; o reconhecimento das necessidades de saúde; desenvolvimento de ações de prevenção e de parcerias com os serviços especializados; a capacidade de escuta e diálogo; o acompanhar e prestar socorro em situações de risco; a construção de vínculos de confiança e respeito. Embora esses mesmos profissionais não reconhecessem a presença desses recursos. Martins *et al.* (2015) reforçam esses apontamentos, enfatizando que para se aproximar da atenção psicossocial faz-se necessário a incorporação de tecnologias relacionais de cuidado que valorizem a escuta, o vínculo, o acolhimento, o diálogo que permita a expressão de sentimentos e percepções.

Assim, compreendendo o indivíduo para além dos aspectos físicos e dos seus diagnósticos, dentro de seu contexto social e familiar, Prates, Garcia e Moreno (2013) contribuem com elementos de seus estudos quanto à possibilidade de se proporem ações em saúde mental na atenção primária à saúde. Evidenciaram a construção coletiva do trabalho em saúde mental, por meio da resolução compartilhada das questões levantadas pelas equipes, da discussão de casos, da capacitação e fortalecimento da autonomia dos profissionais.

Rézio *et al.* (2015) apontaram o apoio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), programa do Ministério da Saúde e da Educação como um dos recursos para colaborar para a melhora da articulação entre os trabalhadores da APS com os serviços especializados de cuidado em saúde mental, o qual proporcionou a corresponsabilização dos casos de saúde mental, a singularização do tratamento, a redução dos encaminhamentos da ESF para o CAPS, e o empoderamento da equipe na resolução de problemas.

A fim de superar a lacuna na formação profissional várias estratégias são propostas, como por exemplo o apoio matricial, a educação permanente, as residências multiprofissionais (NOVAES *et al.*, 2012). Igualmente, para se enfrentar as questões já instaladas no trabalho, é reconhecido que a formação também seja rediscutida, como Silva *et al.* (2013) e Pereira, Costa e Megale (2012) apontaram ainda há uma carência de profissionais qualificados na área de saúde mental e que para isso, os cursos de graduação deveriam atualizar o ensino da atenção psicossocial e comunitária, com aproximação com os serviços substitutivos durante os estágios e ou aulas práticas, ressaltando o trabalho em equipe e o uso de ferramentas relacionais de cuidado.

Entende-se, a partir desses autores, que a atuação em saúde mental se encontra em processo de reconstrução, impondo o desafio aos profissionais de romperem com o preconceito sobre o transtorno mental e com práticas institucionalizantes. Além disso, levanta-se a importância de se aprimorarem os processos de trabalho em saúde mental, partindo-se, principalmente, da atuação dos profissionais envolvidos e da articulação com a rede.

2. JUSTIFICATIVA

A literatura estudada aponta para as dificuldades dos profissionais na atenção primária a saúde quanto ao cuidado em saúde mental, tanto devido a uma formação insuficiente, dificuldades na articulação com a rede, ou ainda por uma rede de atenção psicossocial deficiente de serviços aptos a qualificar a atenção primária à saúde. Identifica também questões da própria subjetividade do profissional ao lidar com o sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, o presente estudo tem a importância de identificar como os profissionais que compõem uma determinada rede de atenção trabalham em seu cotidiano e se sentem quanto ao preparo para lidar com as questões de saúde mental que se apresentam, com as potências e dificuldades desse fazer. Identificar, ainda, suas principais demandas e necessidades de aprendizagem para que exerçam de maneira adequada para si, para as equipes e para seus usuários esse papel cuidador.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária em Saúde

Segundo Starfield (2002) a Atenção Primária deve representar, em um sistema de saúde, sua porta de entrada para acolher as necessidades e problemas mais prevalentes em um determinado território, focado sobre a pessoa e não diretamente sobre a enfermidade. Nele a atenção é oferecida ao longo do tempo, coordenada e integrada com outros serviços, em busca de um cuidado abrangente.

A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p. 28).

A APS constitui-se como foco do presente estudo, pelo reconhecimento de sua potência e de seus atores na produção de cuidado em saúde. Especificamente, em relação ao trabalho em saúde mental a APS deve ser o primeiro lugar que os sujeitos e seus familiares devem ser acolhidos. Os profissionais da APS são quem, nesse processo de cuidar, podem facilitar o acesso a outros especialistas e realizar orientações de forma mais contextualizada conforme a forma singular de vida das pessoas.

Os quatro atributos essenciais da APS segundo Starfield (2002) têm sido bastante difundidos e abaixo são resgatados de forma sintética por relacionarem-se diretamente com esse estudo.

A **Atenção ao primeiro contato** corresponde ao uso do serviço pelos usuários a cada novo problema ou questão de saúde. A autora diferencia acesso e acessibilidade onde a “acessibilidade” refere-se às condições que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, configurando-se como um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde. Já o “acesso” é o uso efetivo desse serviço, a forma como a pessoa experimenta as características de seu serviço de saúde.

A **Longitudinalidade** refere-se a uma relação pessoal com um forte vínculo interpessoal entre usuários e profissionais/serviços de saúde e de longa duração. Ter

atenção longitudinal significa que aqueles indivíduos na população identificam uma fonte de atenção como “sua”, bastante diferenciado dos atendimentos exclusivamente pontuais, centrados em queixas e condutas.

A Integralidade exige que a atenção primária reconheça de maneira adequada as diversas necessidades dos usuários, e disponibilize os recursos para abordá-la, sejam eles na própria APS ou fora dela (outros serviços da rede de atenção à saúde). Ou seja, a APS deve ser capaz de identificar e atender as demandas dos sujeitos, em toda sua complexidade. E, facilitar que os usuários utilizem todos os tipos de serviços de atenção à saúde quando não for possível oferecer atenção na APS.

A Coordenação do cuidado requer que a equipe profissional esteja atenta e ciente de todas as questões relativas aos usuários atendidos, em qualquer ponto de atenção em saúde, seja por meio de contato direto com outros serviços, ou através de prontuários com informações dos usuários. A essência da coordenação é a forma como a informação circulada dentro de cada equipe e entre as equipes de forma que haja “a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento” (STARFIELD, 2002, p. 366).

Os quatro atributos essenciais são fundamentais para que a APS assuma a regência das redes de atenção à saúde e há forte interdependência entre eles. Nesse estudo o foco recai sobre o atributo da coordenação do cuidado, sem o qual o primeiro contato corre o risco de tornar-se uma função puramente administrativa, a longitudinalidade poderia perder seu potencial e a integralidade ficaria comprometida. Alcançar a coordenação do cuidado é um desafio para profissionais da APS “devido à multiplicidade de tipos e motivos para encaminhamento e das dificuldades técnicas na transferência e reconhecimento de informações geradas em diferentes lugares” (STARFIELD, 2002, p. 409).

Nesse sentido, estudos, monitoramentos e avaliações sistemáticas sobre a organização dos serviços e efetiva estruturação das redes de cuidado, com vistas a potencializar a presença dos atributos na APS fazem-se necessários.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral: Caracterizar o cuidado oferecido em saúde mental na visão das equipes de atenção primária de um município de médio porte, na perspectiva da coordenação cuidado em saúde mental.

4.2 Objetivos específicos:

- I. Conhecer as atribuições a partir da visão dos profissionais da atenção primária à saúde, na atuação em saúde mental, em um município de médio porte;
- II. Identificar as ações e intervenções em saúde mental efetivamente ofertadas pelas equipes da atenção primária à saúde;
- III. Conhecer quais dificuldades os profissionais da atenção primária à saúde identificam para suas intervenções em saúde mental;
- IV. Conhecer a avaliação subjetiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre os serviços prestados por eles em saúde mental;
- V. Identificar as sugestões das equipes para melhorias dos cuidados nesse campo;
- VI. Identificar as necessidades de aprendizado e de suporte dos profissionais da atenção primária à saúde para realizar o trabalho em saúde mental;
- VII. Identificar como se dá a comunicação entre os membros das equipes de atenção primária à saúde;
- VIII. Descrever os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial do município;
- IX. Identificar a articulação das equipes da atenção primária à saúde com a RAPS.

5. CAMINHO METODOLÓGICO

O presente trabalho delineou-se como um estudo descritivo, de corte transversal no tempo e de abordagem qualitativa. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Caracteriza-se pela sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do processo em estudo (MINAYO, 2014).

5.1 Campo e local do estudo

O estudo tem como campo um município de médio porte, localizado no interior do estado de São Paulo, com população estimada em 60.000 habitantes. Pertence a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 13, referente à macrorregião centro-norte do estado de São Paulo, mais especificamente no Departamento Regional de Saúde (DRS) III.

Em relação às condições demográficas e socioeconômicas, tem-se que a renda média domiciliar per capita no ano de 2010 era R\$ 770,90. O PIB per capita no ano de 2018 era R\$ 25.630,47. O município concentra boa parte de sua economia no setor de serviços e indústria têxtil. O turismo comercial é uma das principais fontes de renda do município (SÃO PAULO, 2020).

A rede municipal de serviços de saúde de acordo com dados da Prefeitura Municipal em 2018, constituída por cinco Unidades Básicas de Saúde sem equipes de Estratégia Saúde da Família, três Unidades Básicas de Saúde com equipes de Estratégia Saúde da Família, cobrindo aproximadamente 37% da população. A Rede de Atenção Psicossocial é constituída por um CAPS modalidade II, uma equipe de NASF modalidade II, um serviço de atendimento ambulatorial de especialidades, dois hospitais de nível terciário sendo um hospital filantrópico e outro privado, duas unidades de pronto atendimento e uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Sobre os equipamentos de assistência social existem dois centros regionais de assistência social. Em relação aos recursos humanos de saúde, em 2010, conforme informações do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), o município possuía o total de dois psiquiatras, sendo um que realizava atendimentos SUS e outro que não atendia SUS.

Havia dois psicólogos, sendo dois que atendiam SUS (PLANO DIRETOR PARTICIPATIVO, 2019).

A escolha do município foi motivada por convênio então existente entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Prefeitura Municipal, com interveniência e ativa participação dos Departamentos de Medicina Social e Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

5.2 A preparação para a coleta de dados

A primeira etapa desse trabalho iniciou-se pela apresentação do projeto aos gestores da rede de saúde da cidade (prefeito, vice-prefeito, secretário de saúde), de forma a identificar o interesse e a viabilidade para sua execução. Após aceite, a identificação dos participantes do estudo requereu, primeiramente, o reconhecimento das unidades integrantes da rede de atenção primária à saúde e de alguns serviços da RAPS da cidade, por meio de visitas a cada um dos serviços, conhecendo sua estrutura e profissionais atuantes.

A partir de então, o projeto de pesquisa foi sendo construído e lapidado com o apoio dos profissionais, a fim de responder aos objetivos propostos pelos pesquisadores, mas considerando as particularidades locais. A interação com a equipe de um serviço da RAPS e com a Articuladora de Saúde Mental do município contribuiu substancialmente para refinar o instrumento de coleta de dados deste estudo.

Após aprovação dos gestores da rede de saúde da cidade, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP) obtendo aprovação pelo parecer consubstanciado número 2.135.371 (ANEXO). O estudo considerou os cuidados com os aspectos éticos seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012), que respeita os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Em um segundo momento, foram visitadas todas as unidades de saúde contando com o apoio e mediação da Articuladora de Atenção Básica do município, a fim de verificar o interesse dos profissionais para participarem da entrevista e obter a identificação daqueles em atuação em cada unidade, e definição de agenda de entrevistas.

Para a seleção dos participantes interessados, foram incluídos aqueles que correspondiam aos seguintes critérios de inclusão:

1. Possuir vínculo empregatício em exercício da atividade profissional com a rede básica de saúde da cidade.
2. Estar em atividade assistencial na equipe de atenção primária à saúde nas categorias profissionais: médicos, enfermeiros, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, considerados como os que oferecem mais diretamente a assistência à saúde, na Atenção Primária.
3. Perfazer o tempo mínimo de seis meses de trabalho na atenção primária à saúde, entendendo que o tempo de vivência na rede básica favorece o conhecimento da organização do serviço e do funcionamento da rede.

Ao final, foi incluído um profissional de cada categoria da equipe mínima da unidade de saúde (um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde). Optou-se pela inclusão de todas as unidades da atenção primária à saúde da referida cidade que aceitassem participar da pesquisa.

Foram excluídos os estudantes de graduação, estagiários, residentes médicos e multiprofissionais, visto que ainda estão em processo de formação e os profissionais das áreas administrativas e de limpeza, por não participarem da assistência, diretamente.

5.3 A realização das entrevistas

As entrevistas foram previamente agendadas seguindo suas disponibilidades e preferências. O período de coleta de dados se estendeu de final de novembro de 2018 a final de janeiro de 2019. Para a realização do deslocamento contou-se com o auxílio financeiro concedido pela Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FAEPA).

Nas datas anteriores à realização das entrevistas, foram realizados contatos telefônicos com os entrevistados a fim de confirmar o agendamento. Caso não fosse possível a confirmação da entrevista, eram oferecidas novas alternativas de dia e horário ao profissional, conforme sua disponibilidade. Porém, caso o profissional não fosse encontrado por mais de duas tentativas, houve sua exclusão pela pesquisadora. De forma semelhante foram excluídos aqueles profissionais não encontrados no período da coleta de dados por afastamento de saúde ou gozarem período de férias.

Para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais a fim de minimizar os prejuízos ao trabalho, sendo-lhes assegurados conforto e privacidade.

A pesquisadora garantiu que os participantes fossem informados, em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos utilizados no projeto de pesquisa, bem como a possibilidade de desistir da participação da pesquisa em qualquer momento. Foi resguardado ainda o sigilo das informações, a fim de se evitar uma possível identificação da identidade do profissional participante da pesquisa, optando-se pela mudança dos nomes dos profissionais, e da unidade de saúde no qual trabalhava.

5.4 Instrumentos

A entrevista semiestruturada (Apêndice B) adotada como instrumento para a coleta de dados foi construída pela pesquisadora considerando os objetivos da pesquisa. Este tipo de entrevista, segundo Gil (1999), é uma forma de interação social na qual uma das partes tem como objetivo coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever e permite que o entrevistador esclareça o significado das perguntas se houver necessidade. Permite, ainda, o recurso de o entrevistador explorar o relato do sujeito, pedindo esclarecimentos ou fazendo novas perguntas.

O instrumento foi aplicado com cada profissional separadamente, com duração aproximada de 50 minutos cada entrevista, sendo registrado por meio de audiograções, mediante o consentimento, para posterior transcrição integral e análise.

A entrevista voltou-se à compreensão sobre saúde mental; às intervenções em saúde mental já realizadas nas unidades de saúde; suas atribuições nesse campo e suas dificuldades para executarem tais ações; percepção quanto à qualidade do serviço prestado e sugestões para aprimorar a atuação. Foi investigada, ainda, a formação dos profissionais entrevistados; as necessidades de aprendizado na área e a sua visão quanto à articulação entre a rede de atenção primária à saúde com a rede de atenção psicossocial.

A fim de colher os dados sobre os serviços que compõem a rede de atenção psicossocial da cidade, foram também utilizadas informações colhidos a partir da busca em sites da prefeitura do município estudado.

5.5 Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, e analisadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo (MINAYO, 2014), modalidade temática, a qual propõe uma análise minuciosa dos dados, a fim de alcançar os significados atribuídos pelos sujeitos à situação pesquisada. Busca-se ainda, atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo.

A análise temática possui três etapas, sendo a primeira a pré-análise, a segunda a exploração do material ou codificação, e a terceira o tratamento dos resultados obtidos ou interpretação.

A pré-análise consiste em uma leitura flutuante e exhaustiva do material a fim de contribuir para maior familiarização do pesquisador com o material.

A exploração do material ou codificação corresponde a transformação dos dados em texto e colabora para organização do conteúdo, seja pela agregação, enumeração ou recortes, permitindo a elaboração de categorias temáticas.

A etapa de tratamento dos resultados ou interpretação realizou-se a categorização dos dados, os quais foram reunidos em grupos de elementos com características comuns. Formam a base para descobrir os núcleos de sentido, os quais representam uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2014).

Por fim, na etapa de discussão, os dados que emergiram da população pesquisada serão discutidos a partir da literatura científica disponível sobre saúde mental e segundo o referencial teórico de Starfield (2002) norteador das práticas na atenção primária à saúde.

Concluída a leitura do conjunto de entrevistas, emergiram quatro grandes temas, denominados Unidades Temáticas, sendo os seguintes: 1. Compreensão de saúde mental dos profissionais produtores de cuidado; 2. As unidades básicas tradicionais e o cuidado com a saúde mental; 3. O cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família; 4. Conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Quadro 1 exemplifica como foi realizada a análise do material, partindo-se dos fragmentos de fala, a contextualização dos aspectos explícitos e implícitos das falas, os núcleos de sentido e a organização das unidades temáticas. Ressalta-se que houve

aspectos comuns e também divergentes dentro de cada tema, bem como falas que reforçam e complementam falas de outros participantes. Assim, a síntese da análise será apresentada no capítulo voltado aos resultados.

Quadro 1 – Exemplo da matriz utilizada para a análise do material empírico.

UNIDADE TEMÁTICA	NÚCLEO DE SENTIDO	CONTEXTO IMPLÍCITO E EXPLÍCITO	FRAGMENTO DE FALA
Compreensão de saúde mental dos profissionais produtores de cuidado	Adoecimento psíquico		(respectivo fragmento de fala)
As unidades básicas tradicionais e o cuidado com a saúde mental	N1: Possibilidades da UBS como espaço de cuidado com a saúde mental		(respectivo fragmento de fala)
	N2: Dificuldades e limites da UBS para oferecer cuidado em saúde mental		(respectivo fragmento de fala)
	N3: Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na UBS		(respectivo fragmento de fala)
O cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família	N1: Possibilidades do ESF como espaço de cuidado com a saúde mental		(respectivo fragmento de fala)
	N2: Dificuldades e limites do ESF para oferecer cuidado em saúde mental		(respectivo fragmento de fala)
	N3: Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na ESF		(respectivo fragmento de fala)
Conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	A existência (ou não) de laços com a RAPS		(respectivo fragmento de fala)

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização dos locais e participantes do estudo

A coleta de dados realizada nos serviços de atenção primária à saúde contou com a participação de todas as unidades de saúde de uma cidade de médio porte do estado de São Paulo.

Participaram do estudo cinco UBS sem equipes de ESF (numeradas de 1 a 5: (UBS1, UBS2...)) e três UBS com equipes de ESF (numeradas de 1 a 3: ESF1, ESF2...). Os integrantes das equipes que participaram das entrevistas foram: sete médicos (identificados como M1, M2...), seis enfermeiros (identificadas como E1, E2...), oito técnicas de enfermagem (identificados como T1, T2...), e sete agentes comunitários de saúde (identificados como ACS1, ACS2...). Totalizaram-se oito unidades de saúde de APS estudadas e 28 profissionais entrevistados.

Percebeu-se a adesão e receptividade dos profissionais de saúde dessa cidade ao projeto de pesquisa proposto, havendo uma parcela muito pequena que não pode participar da pesquisa. Sendo dois profissionais não disponíveis para serem entrevistados, e um profissional que foi excluído por não preencher os critérios de inclusão.

A seguir, na Tabela 1, estão caracterizados os participantes quanto ao sexo, idade, a unidade de saúde que trabalham, sua formação e nível de escolaridade.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa entrevistados, de acordo com sua alocação nas unidades de saúde (n=28). Ribeirão Preto, 2020.

UNIDADE DE SAÚDE	FORMAÇÃO	PARTICIPANTES	SEXO	IDADE (ANOS)	FORMAÇÃO NÍVEL PÓS-GRADUAÇÃO
UBS1	Médica	M1	F	30	Sim
	Enfermeira	E1	F	30	Sim
	Técnica de enfermagem	T1	F	42	Não
UBS2	Médica	M2	F	28	Sim
	Enfermeiro	E2	M	48	Sim
	Técnica de enfermagem	T2	F	36	Não
UBS3	Médica	M3	F	27	Sim
	Enfermeira	E3	F	35	Sim
	Técnico de enfermagem	T3	M	22	Não
UBS4	Médico	M4	-	-	-
	Enfermeira	E4	F	49	Sim
	Técnica de enfermagem	T4	F	54	Não
UBS5	Médico	M5	M	29	Não
	Enfermeira	E5	F	36	Sim
	Técnica de enfermagem	T5	F	53	Não
ESF1	Médica	M6	F	41	Sim
	Enfermeiro	E6	-	-	-
	Técnica de enfermagem	T6	F	29	Não
	Agente comunitária de saúde	ACS1	F	33	Não
ESF2	Agente comunitária de saúde	ACS2	F	48	Não
	Médica	M7	F	28	Sim
	Enfermeira	E7	-	-	-
	Técnica de enfermagem	T7	F	49	Não
ESF3	Agente comunitária de saúde	ACS3	F	45	Não
	Agente comunitária de saúde	ACS4	F	40	Não
	Médico	M8	M	66	Sim
	Enfermeira	E8	F	40	Sim
	Técnica de enfermagem	T8	F	39	Não
	Agente comunitária de saúde	ACS5	F	32	Não
	Agente comunitária de saúde	ACS6	F	41	Não
	Agente comunitária de saúde	ACS7	F	39	Não

n = número de participantes; UBS = Unidade Básica de Saúde; ESF = Estratégia Saúde da Família; F = feminino; M = masculino

O sexo feminino foi o mais frequente entre os profissionais, representando 85,71% dos entrevistados. A média de idade foi de 39 anos, variando entre 22 anos e 66 anos. Entre os sete médicos entrevistados, quatro pertenciam ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM). Em relação à educação formal, doze tinham formação complementar em nível de pós graduação (Tabela 1).

Por requerer nível universitário, majoritariamente médicos e enfermeiros foram os profissionais que possuíam formação complementar. As áreas de formação de pós

graduação foram saúde pública, aqui inclusas as especialidades de Saúde da Família e Comunidade, Gestão de Urgência e Emergência, Vigilância Epidemiológica e Gestão Clínica nas Redes de Atenção à Saúde. Havia ainda outros tipos de formação, algumas delas concomitantes a outras formações, como Saúde da Mulher e Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria, Reumatologia, Medicina do Trabalho e do Trânsito.

Uma entrevista foi realizada na unidade de saúde (UBS1) com uma profissional técnica de enfermagem (T1) alocada como folguista, ou seja, na condição de profissional que cobre a ausência de outro profissional. Durante o período de coleta a técnica de enfermagem contratada dessa unidade de saúde estava afastada por motivos de saúde e não havia retornado ao trabalho até o término do prazo de coleta de dados, portanto, optou-se por realizar a entrevista com a profissional (T1) que estava na ocasião.

Na unidade básica de saúde 4 (UBS4), a entrevista com o profissional médico (M4) não foi realizada. O médico anteriormente contratado tinha vínculo empregatício pelo Programa Mais Médicos, que sofreu cortes por parte do governo federal e o profissional não estava mais vinculado à rede de saúde da cidade.

Em uma unidade a estratégia de saúde da família (ESF1), a entrevista com enfermeira (E6) não foi realizada, visto que a profissional se encontrava afastada do trabalho por motivos de saúde. Na estratégia de saúde da família (USF2) a entrevista com a enfermeira (E7) foi excluída, visto que a profissional tinha um vínculo com a unidade de saúde inferior a 6 (seis) meses de trabalho.

Por fim, em relação aos agentes comunitários de saúde, como eles não eram presentes nas cinco UBS tradicionais, foram realizadas entrevistas com mais de um profissional nas unidades da estratégia de saúde da família onde eles compõem a equipe mínima, a fim de manter o mesmo número de entrevistas das demais categorias profissionais. Ao final da coleta de dados, sete agentes comunitários de saúde haviam consentido em participar da pesquisa.

6.2 Apresentação das equipes e unidades de saúde

Além das informações que permitiram a caracterização geral quanto ao sexo, idade e formação dos profissionais entrevistados, aqui são apresentadas as características das equipes e o contexto das unidades de saúde envolvidas no presente estudo. Vale destacar que a composição das equipes foi referida pelos próprios profissionais. Além

disso, serão apresentados aspectos complementares e relevantes sobre a abrangência dos territórios das unidades.

Unidade Básica de Saúde 1 (UBS 1)

A equipe mínima da UBS 1 é composta por uma médica do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais. O território dessa unidade é definido por número de bairros, sendo indicado pelos profissionais a média de 17 bairros da cidade atendidos pela unidade. Estimam cobrir por volta de 7 a 8 mil pessoas.

Unidade Básica de Saúde 2 (UBS 2)

A equipe mínima da UBS 2 é composta por uma médica do Programa Mais Médicos, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um dentista. Contam ainda com um pediatra. O território dessa unidade é definido também por número de bairros, sendo indicado pelos profissionais a média de 15 bairros da cidade atendidos pela unidade. Estimam cobrir por volta de 6 mil pessoas.

Unidade Básica de Saúde 3 (UBS 3)

A equipe mínima da UBS 3 é composta por uma médica do Programa Mais Médicos, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais e um dentista. Contam ainda com um ginecologista. O território dessa unidade é definido, igualmente, por número de bairros, sendo indicado pelos profissionais a média de 12 a 13 bairros da cidade atendidos pela unidade. Porém, não estimaram em números a população coberta.

Unidade Básica de Saúde 4 (UBS 4)

A equipe mínima da UBS 4 é composta por duas médicas, sendo uma do Programa Mais Médicos e outra clínica geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços gerais. Contam ainda com um ginecologista. O território dessa unidade é definido por número de bairros, porém não indicaram a média de bairros da cidade atendidos pela unidade. Estimaram cerca de 14 mil pessoas cobertas pela unidade.

Unidade Básica de Saúde 5 (UBS 5)

A equipe mínima da UBS 5 é composta por 4 médicos clínicos gerais, 3 enfermeiras, 9 técnicas de enfermagem, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e dentista. Contam ainda com outras especialidades médicas como: oftalmologistas, dermatologistas, cardiologistas, gastroenterologistas, ginecologistas, ortopedistas, pediatras e cirurgiões, totalizando 13 médicos. Essa unidade, por ser em uma região central da cidade e contar com várias especialidades médicas, possui uma abrangência do território muito maior se comparado a outras UBS. Os profissionais da unidade não souberam estimar o número de bairros e média da população coberta. Consideraram que a unidade é referência para a cidade, portanto recebem usuários de todos os bairros.

Estratégia de Saúde da Família 1 (ESF 1)

A equipe mínima da ESF 1 é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, dentista. Contam ainda com farmacêutico, pediatra e o apoio da equipe do NASF.

Estratégia de Saúde da Família 2 (ESF 2)

A equipe da ESF 2 é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 3 agentes comunitários de saúde, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, dentista. Contam ainda com ginecologista e o apoio da equipe do NASF.

Estratégia de Saúde da Família 3 (ESF 3)

A equipe da ESF 3 é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, dentista. Contam ainda com ginecologista e o apoio da equipe do NASF.

6.3 Análise dos dados

A partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas foram estruturadas quatro unidades temáticas e identificados seus respectivos núcleos de sentido.

6.3.1 *Unidade temática I.* Compreensão de saúde mental dos profissionais produtores de cuidado

6.3.1.1 Adoecimento Psíquico

6.3.2 *Unidade temática II:* As Unidades Básicas Tradicionais e o cuidado com a saúde mental

6.3.2.1 Possibilidades da UBS como espaço de cuidado com a saúde mental

6.3.2.2 Dificuldades e limites da UBS para oferecer cuidado em saúde mental

6.3.2.3 Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na UBS

6.3.3 *Unidade temática III.* O cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família

6.3.3.1 Possibilidades da ESF como espaço de cuidado com a saúde mental

6.3.3.2 Dificuldades e limites da ESF para oferecer cuidado em saúde mental

6.3.3.3 Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na ESF

6.3.4 *Unidade temática IV.* Conhecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

6.3.4.1 A existência (ou não) de laços com a RAPS

6.3.1 COMPREENSÃO DE SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS PRODUTORES DE CUIDADO

Aqui se apresentará a compreensão de saúde mental dos profissionais de saúde de todas as unidades de saúde da atenção primária estudadas. Serão evidenciados os pontos semelhantes e convergentes dessa compreensão que emergiram do material.

É relevante destacar a dificuldade identificada durante a realização das entrevistas, para responderem à pergunta: “O que você entende por saúde mental?”. Essa dificuldade pode ser atribuída à complexidade do tema e dos sentidos latentes sobre a temática, muitas vezes não expressos tão abertamente.

6.3.1.1 Adoecimento Psíquico

A análise da compreensão de saúde mental dos profissionais das equipes de APS resultou em conceitos muito similares. Expressavam em sua maioria o entendimento de saúde mental como um problema ou um adoecimento psíquico, de ordem multifatorial: psíquica, bioquímica, social, relacional, laboral. Adoecimento esse que pode ser de intensidade leve à grave e requer cuidados, como por exemplo, uso de medicamentos, psicoterapia e suporte familiar. Compreendida nesse sentido no âmbito dos transtornos psiquiátricos, com a recorrência dos diagnósticos como depressão, ansiedade, insônias, uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia. Incluíram também aqueles com “dificuldade de entendimento” ou déficits cognitivos.

Saúde mental! Engloba tanto, engloba tanta coisa né, mas principalmente, saúde mental é o paciente que está adoecido mentalmente, paciente vem, paciente que está com problemas no entorno familiar, no entorno social, nas atividades laborais, com dificuldades. M1

Pessoas que tem... tipo assim, esquizofrênico... eu penso assim, esquizofrênico, pessoas que tem problema com álcool, droga também entraria porque isso mexe com a saúde mental dessas pessoas. Eu pensaria isso, que entra tudo, né? ACS1

Saúde das pessoas que tem algum problema de ordem, o próprio nome já diz, mental. Algum desconforto, algum descontrole, alguma alteração na parte né... desde ansiedade até um transtorno mental mais grave, né? É um quadro bem grande [...] M8

Para os profissionais, trata-se de um adoecimento que provoca prejuízos na funcionalidade do sujeito. Como por exemplo, perda de capacidade de compreensão e julgamento da realidade, dificuldade para trabalhar e resolver problemas, não conseguir lidar bem nas relações familiares e sociais. Além de gerar intenso sofrimento tanto para o sujeito quanto a seus familiares.

Foi possível apreender a percepção de que quando se fala de saúde mental, lembram-se logo do dito “louco”, aquele em surto ou crise psicótica. Além disso, está embutido também o aspecto de agressividade, imprevisibilidade, instabilidade, periculosidade. Sujeito agitado e que causa transtorno nos ambientes no qual convive. Essas percepções apontaram também a concepção de tratamento em modelos de internações hospitalares psiquiátricas, nas quais os sujeitos deveriam ser excluídos do convívio em sociedade, podendo ocorrer contenção física.

[...] Né, saúde mental é complicado porque não é uma coisa, você não está lidando com uma pessoa que você conversa normalmente né, é me...meio complicado, não sei nem o que te dizer, a gente tenta fazer assim dentro do que a gente, dentro do que é possível mas é, é difícil, é difícil [...] T8

São pacientes assim é, que ele não consegue trabalhar, ele tem que ter um acompanhamento psiquiátrico, eeee... um psicólogo, tem que ter um controle né de medicação para mental, ele não consegue direcionar sozinho. E se sim, ele tem dificuldade né, ele dá, ele causa um certo transtorno, ele não é um paciente pacífico, ele é um paciente agitado, ele fala alto, ele grita, ele quer tudo na hora, ele é um paciente diferenciado, ele é um problema, tem problema mental [...] T5

Para alguns profissionais foi um desafio definir e também trabalhar com saúde mental. Referiram que “não entendiam nada” desse campo. Que “nunca trabalharam nessa área” ou que tinham pouca experiência prática. Mencionaram que era um campo que mexia com o estado emocional do profissional “eu fico muito mal”. E alguns apontaram que não gostavam dessa área. Desse modo, o desconhecido gerava angústia, gerava medo e desconforto. Além de ser um desencadeador de preconceitos.

Eu não sei muito de saúde mental, porque nunca, é na verdade eu nem gosto muito, desculpa não gosto, então eu nunca, nunca trabalhei na saúde mental também, porque como aqui a gente nunca teve psiquiatra, eles sempre ficam no ambulatório de saúde mental, então eu não tenho muito contato com saúde mental [...] E5

[...] antes eu tinha uma... não é um preconceito, eu nunca, nunca julguei isso, mas como era tão difícil de entender, eu não conseguia entender como que a

pessoa ficava daquele jeito [...] até que eu comecei a entender muito mais os pacientes daqui, aí eu comecei a levar mais a sério, antes eu pegava “ah ô usa essa medicação, tchau” né [...] e aí eu comecei a pensar desse jeito “não espera aí, deixa eu ouvir o que a pessoa tem para falar” né, a gente julga muito [...] “espera aí ela não é só uma doença, ela é várias coisas, ela é uma pessoa né”
M3

Os profissionais relataram que após experienciarem eles mesmos uma situação de sofrimento psíquico, é que então puderam repensar e abrir possibilidade para modificar suas compreensões sobre a saúde mental. Referiram a experiência pessoal e a experiência no trabalho como pontos que possibilitaram desenvolver maior capacidade de empatia, de escuta, de compreensão e diminuição de preconceitos.

Apreenderam-se também concepções que apontavam para a ampliação da compreensão de saúde mental, conceituada enquanto bem estar psíquico, físico, espiritual ou biopsicossocial. Consideravam a possibilidade de haver presença de sofrimento, o qual carecia de algum tipo de ajuda. Porém, não necessariamente havia perda da funcionalidade e necessidade de terapia medicamentosa. Entenderam que saúde mental seria o equilíbrio/estabilidade nas áreas da vida do sujeito, bem como o enfrentamento dos problemas. Ao mesmo tempo, apontaram que não existia plena e total saúde mental, necessitando de cuidado contínuo.

Saúde mental ahn... eu acho que é um vamos dizer assim conjunto de, de fatores de natureza biológica, social, biopsicossocial né [...] a saúde mental seria ter um bem estar biopsicossocial eu acho assim né, para deixar a pessoa é, em paz em todos esses sentidos para poder ter uma saúde emocional também estabilizada. M7

Eu entendo que é a maneira como a gente lida com os nossos problemas, se a gente consegue enfrentar os nossos problemas, eu... eu acredito que seja alguma coisa assim. ACS5

É uma coisa que abrange... é bem amplo, né? Porque falar de saúde mental a gente tem que pensar no todo, não é só o psíquico, tem parte do físico também, né? E ter saúde mental atualmente eu acho que é uma coisa que não existe, ninguém tem plena e total saúde mental na atual... real assim do mundo, e acho que é uma coisa que está muito além para a gente pensar de conseguir atingir, né? Total, ter saúde mental assim, você trabalhar dentro do seu limite, pensando de tudo dentro das possibilidades e condições de serviço, de não ter problemas em casa por exemplo. E3

6.3.2 AS UNIDADES BÁSICAS TRADICIONAIS E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Essa unidade temática apresentará pontos de potencialidades, dificuldades e necessidades de aprimoramento no modo de trabalho de todas as equipes de unidades básicas tradicionais com a saúde mental.

6.3.2.1 Possibilidades da UBS como espaço de cuidado com a saúde mental

Considerando as possibilidades de atuação das equipes de unidades básicas tradicionais com o cuidado em saúde mental, identificou-se que a atenção primária pode e deve ser capaz de acolher o sujeito em sofrimento psíquico em um primeiro momento. APS deve ser a porta de entrada para identificar o nível de adoecimento, e, se possível, diagnosticar e iniciar o tratamento. Compreendem que o acesso ao serviço na atenção primária é mais próximo do usuário e sua comunidade, o que facilita o contato e contribui para a formação de vínculo.

A APS deve ser capaz de acolher, escutar, orientar e acompanhar os usuários e seus familiares. Acrescentam ainda, que a atenção primária não deve estar sozinha para oferecer esse cuidado. Carecem do amparo da rede de apoio e familiares do sujeito e dos especialistas caso necessitem fazer encaminhamentos. A maioria das equipes de UBS consideraram que a atribuição da APS é oferecer tratamento para “casos mais leves”, ou seja, aqueles que não estivessem em situação de crise psicótica ou com agravamento do transtorno já instalado. Quando se deparavam com alguma limitação ou dificuldade, recorriam aos especialistas, na maioria das vezes, psicólogos e psiquiatras. Mas também possibilitavam ao usuário que ele continuasse o seguimento clínico na UBS paralelamente ao tratamento psiquiátrico e psicológico na especialidade.

[...] quem atende acho que todos nós, não só os profissionais de saúde, como os familiares, como os amigos. Acho que todo mundo está envolvido nesse processo. Porque a gente é apenas a ponta do iceberg, a gente tá aqui, a gente vai realizar o acolhimento adequado, o paciente vai ser identificado, vai ser tratado, a gente faz sempre um acompanhamento contínuo [...] E a família é principalmente envolvida nesse processo por que? Porque nós não estamos continuamente com o paciente, a gente vê o paciente em algumas oportunidades, né. E ele precisa desse entorno familiar para se sentir estabelecido, para ele se sentir acolhido [...] M1

[...] eu tenho que ouvir o paciente, eu tenho que ver o que realmente está causando o problema para ele e identificar, aí se eu conseguir resolver na, no que eu tenho de base de, de saúde mental, aí eu consigo ajudar o máximo e algumas, e essas vezes que eu percebo que o paciente “olha está tomando os remédios, não está melhorando, ah está tendo muito problemas que não foram resolvidos”, aí eu tenho que encaminhar, falo “bom agora como você precisa de um encaminhamento muito mais profundo não dá para ficar aqui, porque eu não sei, nem eu sei lidar com isso” né [...] M3

Os médicos das UBS relataram acreditar que a APS deveria ser capaz de oferecer a continuidade do cuidado com o usuário. Alguns se propunham a fazer contato telefônico e visitas domiciliares, sempre que fosse possível, caso o paciente não retornasse ao seguimento. Outros permitiam flexibilidade na agenda para facilitar o retorno do usuário para atendimento, como por exemplo, com modelo de agenda aberta e encaixes. Ponderaram o vínculo como um importante recurso para o tratamento do usuário. Entretanto, houveram profissionais de outras categorias que consideraram que não era uma atribuição do trabalho da APS proporcionar a continuidade do cuidado.

Eu tenho uma relação boa né. Uma relação médico-paciente boa. É bem tranquila, não perdi ninguém ainda. Mas também porque eu autorizo encaixe né. Paciente vai e volta [...] M5

Os pacientes encaminhados para o psicólogo ou para o psiquiatra a gente não vai atrás porque eles já foram para lá para ter o atendimento lá, então assim, dificilmente eles vão voltar para gente, então quem vai acompanhar dali pra frente é o pessoal do CAPS. T2

Uma profissional em específico relatou acreditar que a APS deveria ser capaz de colaborar para a quebra de preconceito em relação a saúde mental. Preconceito esse que tende a desconsiderar o sofrimento ou menosprezá-lo e que dificulta a empatia com aquele que sofre. Apontou que os profissionais de saúde na APS deveriam favorecer que tanto os familiares quanto demais profissionais desenvolvessem capacidade de empatia e diminuição dos preconceitos atrelados a saúde mental.

Todas as equipes de unidades básicas tradicionais entrevistadas relataram que havia um movimento recente (meses que antecederam a realização das entrevistas da presente pesquisa) de estreitamento do contato da equipe do CAPS com as equipes das UBS. Tiveram reuniões com a participação de alguns membros de ambas equipes, nas quais esclareceram sobre o modo de funcionamento do CAPS, as ações e grupos que ofereciam e também foi proposto discussão conjunta de casos. Dessa forma, o matriciamento ainda estava em processo de implementação. Houveram alguns profissionais que consideraram que tais mudanças poderiam proporcionar que indicassem

usuários para o CAPS realizar o cuidado. Supondo assim, que seria atribuição do CAPS o cuidado da saúde mental.

Ocorreu também outra reunião com a participação especificamente dos médicos da APS com o psiquiatra da rede, para esclarecimento do fluxo de encaminhamento entre os serviços.

[...] a gente combinou de fazer uma cartinha de referência e contrarreferência na qual eu achar necessidade de encaminhar para o psiquiatra eu faço a referência e ele faz o tratamento. Os pacientes psiquiátricos que são daqui da minha área de abrangência, que estão indo só para renovar receita, dar continuidade no tratamento, que são casos já controlados, ele estaria fazendo uma contrarreferência para mim para eu dar continuidade ao trabalho, que eu acho que é mais fácil para os pacientes estarem vindo aqui, porque eu acho que é mais próximo das residências, e o contato meu com os pacientes eu acho que é muito maior do que com eles (especialistas) que vão a cada dois meses, ou dão receita a cada seis meses para eles (usuários). M2

Em relação a equipe do NASF, algumas equipes de UBS apontaram que a função tem sido a de colaborar para a construção de eventos e campanhas temáticas. Como por exemplo, campanhas como outubro rosa e novembro azul. Em algumas UBS a psicóloga do NASF realizou por um período de tempo atendimentos individuais. Percebeu-se a partir dos relatos das equipes, o baixo reconhecimento de suporte advindo da equipe do NASF para com as UBS.

Outros serviços que as equipes citaram como apoiadores foram o Ambulatório de Saúde Mental, para o qual encaminhavam usuários principalmente para atendimento psicológico e psiquiátrico. O CRAS e o Conselho Tutelar foram outros serviços citados como aqueles que colaboravam com a APS na busca ativa de usuários em situação de rua e suporte, como auxílio de cestas básicas para usuários de baixa renda.

Sobre o cuidado em saúde mental oferecido pelas equipes de UBS, abstraiu-se das falas, que ofertam, majoritariamente, o atendimento clínico. Percebeu-se que nesses momentos de atendimento buscavam oferecer escuta, diálogo e orientação, tanto para o sujeito quanto aos seus familiares.

A gente não oferece nada a mais de, de atendimento, às vezes uma consulta comigo que às vezes criou o vínculo, eu acabo criando o vínculo com algumas famílias, com alguns pacientes né, então é, eles veem né, perguntar alguma coisa, pedir ajuda em alguma situação, e eu tento, tento resolver. E2

Quando questionados se perguntavam ativamente sobre a saúde mental dos usuários nos atendimentos que ofereciam, a maioria dos profissionais respondeu que não. Geralmente utilizavam a pergunta “como você está?” para iniciar o diálogo com os

usuários. Referiram que havia situações nas quais os usuários falavam espontaneamente sobre si mesmo e então, o profissional prolongava a conversa. Outros, perguntavam apenas para parcelas específicas de usuários, como por exemplo, gestantes e puérperas. Com uma frequência menor, identificou-se profissionais que perguntavam ativamente para todos os pacientes sobre o estado emocional.

Uhn não, não pergunto, eu só, sabe, eu só pergunto se tem alguma queixa né, “como que você está?”, se a pessoa, às vezes a pessoa, ela sente à vontade ela fala [...] aí eu acabo explorando aquela queixa dela né, senão, não. Não é uma, não está no meu roteiro de consulta eu pergunto sobre, já específico. Na avaliação eu pergunto geral, se ela comenta... mas é, eu não pergunto específico. E2

Quando o paciente vem com a queixa, quando não vem com queixa eu evito perguntar... ah e evito, eu nem lembro. Que nem, vem... vem ah trocar receita de pressão alta, não tem que porque ficar perguntando também, falo “como que está pressão? como que você está?” Normalmente pergunto “e aí como que você está?” O paciente fala “ah não estou bem não, estou com alguns problemas”, “ah”, aí eu tento ir a fundo, quando o paciente se abre, eu falo “ah deixa eu aproveitar isso aqui”, eu, eu vou afundando, aí quando eu vejo que o paciente está tipo “não, não quero muita coisa” aí eu, eu breco, falo “ah beleza, não vou afundo”, mas quando ele se abre e tentam, aí eu tento tirar o máximo que posso, eu tento me abrir para isso também. M3

Apenas uma única equipe de UBS relatou oferecer ações grupais conduzidas pelo enfermeiro da unidade com a temática de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) como um recurso de cuidado alternativo ao uso de medicamento. O profissional enfatizou a importância do vínculo com os usuários para a adesão das propostas grupais. Referiu também interesse em promover outras práticas grupais com técnicas de respiração, meditação e da terapia comunitária.

Identificou-se que o acolhimento era geralmente feito na recepção, sendo acolhimento, nesse caso, sinônimo de recepcionar o usuário e aferir sinais vitais. Porém, havia momentos em que os usuários eram acolhidos no sentido de serem ouvidos com maior profundidade em uma conversa individualizada com algum profissional. Em algumas unidades, profissionais de serviços gerais e recepcionistas também colaboravam no acolhimento dos usuários.

[...] Na verdade o acolhimento que a gente faz é quando a gente vai fazer a verificação da pressão, o destro, a gente acaba perguntando se está tudo bem, se sentiu alguma coisa esses dias, né? E1

O acolhimento é, é recepção né, o acolhimento é recepção e aí depois eles passam para mim né, então é, ou a recepcionista ou a técnica ou eu né, faço a recepção, faço o acolhimento né [...] Ah o acolhimento é ouvir a... a pessoa né, é ouvir ela e a gente procura fazer o que pode [...] E2

Então a gente faz em, o acolhimento, mas assim acolhe da forma que dá, não é feito acolhimento de você pegar o paciente leva em uma sala, não fazemos dessa forma, a gente acolhe assim, eu acho que essa parte de acolhimento é feito mais assim pelas enfermeiras e pelas funcionárias da pré-consulta que atende ginecologia, pediatria, porque elas tem uma sala que é delas e nós temos a nossa sala, então você consegue acolher melhor, que você traz o paciente para dentro da sala, conversa e tal, o restante é acolhido no corredor, é acolhido... não deixa de ser acolhido, só que às vezes não da forma correta entendeu? [...] E5

A maioria das equipes de UBS relataram não ter reunião de equipe mínima. Algumas referiram ter reuniões e discussões de casos esporadicamente. Apesar de todas objetivarem estabelecer a reunião como espaço permanente, destacando a importância do trabalho conjunto, da troca de informações sobre os usuários e discussão de questões relacionadas a organização da unidade.

[...] a doutora sempre comenta alguma coisa, não a intimidade do que o paciente fala de muito grave, mas ela sempre passa o caso para nós "olha, gente, esse paciente assim, presta atenção na melhora, observa como está diferente, você percebe que ela engordou um pouquinho porque a medicação ela engorda o paciente, mas olha como ela está melhor" então ela chama a gente para os casos dela [...] E1

Alguns profissionais relataram participar de ações pontuais de educação continuada com especialistas da rede sobre temas em saúde. Indicaram também os encontros com docentes na Universidade de São Paulo (USP) como ação de educação permanente. Destacaram tais ações como relevantes para o desenvolvimento profissional.

Todas equipes referiram que situações de crise psicótica geralmente não chegavam em busca de atendimento na unidade básica. Caso algum usuário procurasse por atendimento, a equipe usualmente acionava o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para encaminhar o usuário para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou para leitos psiquiátricos no Hospital Filantrópico da cidade.

Ficou implícito no trabalho da maioria das unidades básicas tradicionais que, para eles, a APS não deveria ser o lugar para cuidado e manejo de crises. Relataram que usuários em crise ou com alto risco suicida geralmente procuravam diretamente a UPA. Apenas em uma UBS, a médica buscava manejar situações de crise psicótica sem risco suicida na APS, iniciando o tratamento medicamentoso e orientando os familiares.

Quanto ao cuidado de usuários de substâncias psicoativas, todas as unidades básicas tradicionais informaram que os sujeitos raramente procuravam a unidade em busca de atendimento. Se houvesse demanda, algumas unidades ofereciam o atendimento clínico, porém, se a necessidade fosse cessar o uso da substância, as equipes

encaminhavam para tratamento nos serviços especializados, como por exemplo, para o CAPS.

A atenção primária à saúde dispõe de recursos para acolher demandas em saúde mental. Entretanto, dificuldades como por exemplo, a falta conhecimento do próprio profissional para o manejo e a demora na resposta ao tratamento medicamentoso, impeliavam os profissionais a realizarem encaminhamentos ou referências. Relataram não haver uma padronização formal desse sistema, ora utilizavam o canal telefônico para o contato com os serviços especializados, ora utilizavam referências por escrito, ora realizavam orientação aos próprios usuários e seus familiares para que procurassem espontaneamente o serviço recomendado. O CAPS e o ambulatório de saúde mental foram os serviços da RAPS desse município estudado os mais indicados pelos profissionais das unidades básicas tradicionais.

Geralmente os dois (escrito e telefone). Eu ligo para passar o caso porque geralmente os casos que eu encaminho eu já prefiro que passe direto com a psicóloga então eu gosto de ligar e conversar com a psicóloga, mas eu também faço a cartinha para quando a paciente chega lá (CAPS), geralmente elas já me dão uma data ou um horário ou me falam "olha eu vou estar na triagem na quarta, pede para vir na quarta", né? Então elas já me dão essas dicas. Quando não é uma coisa muito específica que eu preciso que seja direto à psicóloga, aí eu não faço contato telefônico, a gente só faz por escrito mesmo porque a qualquer momento que o paciente chegar lá (CAPS) vai ter um triador lá no acolhimento para atender esse paciente, então a gente sabe que eles tem isso também, então a gente não liga por todos os casos. E3

Em relação a contrarreferência, os profissionais relataram que na maioria das situações atendidas que encaminhavam para a especialidade, não recebiam retorno. Referiram trocas esporádicas de informações com a equipe do CAPS. Havia também o retorno espontâneo de alguns usuários na unidade básica.

Em relação ao registro das informações colhidas sobre os usuários, seja em acolhimento, pré-consultas, atendimento clínico ou visitas domiciliares, os profissionais informaram que o faziam em prontuário. Porém, parecia não haver um consenso de quais informações deveriam ser registradas. Alguns anotavam apenas sinais vitais. Alguns não anotavam conteúdos esclarecidos ou percebidos sobre o usuário para além daquele que motivava a consulta. Alguns não anotavam aspectos íntimos dos usuários ou o faziam sucintamente. Notou-se também que em algumas unidades havia arquivos diferentes de registro entre membros de uma mesma equipe. Por exemplo, um para profissionais médicos e outro para a equipe da enfermagem.

Ah, aí depende. Essas coisas de pegar no ar, quando eu estou fazendo uma consulta, a consulta eu registro em prontuário o que está acontecendo, porque que veio, quando é uma consulta sim, se o paciente... se eu estou aqui na porta "enfermeira, vem cá deixa eu te perguntar um negócio" pode esquecer, não registro, não fico pegando prontuário para ficar anotando. Então eu acho que falta muito registro da minha parte [...] eu anoto pouco perto de todas as orientações que eu dou e falo [...] mas não consigo, uma por falta de tempo [...] mas a gente sabe o quanto isso é importante, por isso que assim, não sei... Quando vai ser suficiente? gente para dar conta de tudo, não sei, porque o que a gente mais faz aqui é conversa, orientação e não registra. E3

Houve uma parcela menor de profissionais que referiram a compreensão que a função da UBS deveria ser a de cuidar apenas da parte física e clínica do usuário, oferecer receitas e aplicar medicações. E deveriam encaminhar para atendimento especializado sujeitos com necessidades de cuidado em saúde mental. Alguns consideraram inclusive que o atendimento clínico também deveria ser realizado em outros serviços da rede. Citaram a presença de um médico clínico de uma das UBS que estava concomitantemente atendendo no CAPS. Consideraram que a oferta de cuidado na UBS deveria ser básica e não poderiam ou não conseguiriam fazer nada além do que já faziam. Ponderaram também que o serviço estava sobrecarregado com outras demandas de saúde e os sujeitos em sofrimento psíquico demandavam uma atenção do profissional que não conseguiam despender. Sinalizaram, além disso, que a APS não dispunha de recursos para oferecer tratamento em saúde mental e busca ativa dos usuários, uma vez que não consideravam as visitas domiciliares como atribuição do serviço das unidades básicas tradicionais. Ficou implícito portanto, que, para uma parcela de profissionais, o cuidado em saúde mental não era responsabilidade da APS, e sim dos serviços especializados. Expressaram o entendimento que o especialista era mais preparado e capacitado para atender saúde mental do que os profissionais na APS.

Olha, assim, o trabalho da atenção básica eu acho que... não sei o que poderia oferecer porque o CAPS já tem tudo para oferecer que é quem trata lá a saúde mental. Então, assim, o trabalho deles é excelente. Eles têm tudo, eles têm uma rotina de grupos, de grupos de música, grupos de pintura, é... tudo, teatro. É legal, então quando a gente percebe que o paciente precisa ser trabalhado assim a gente já encaminha pra lá [...] Porque aqui a gente não tem como tratar. T2

[...] Vai ter aqui o atendimento e o que a gente vai poder oferecer para eles? Nada! a não ser a receita, uma conversa e o encaminhamento, só isso [...] não tem uma coisa que você possa estar ajudando mais esse paciente, entendeu? Um psicólogo. Eu não fiz psicologia, como que eu vou estar... às vezes a gente precisa virar psicólogo aqui, né? T4

6.3.2.2 Dificuldades e limites da UBS para oferecer cuidado em saúde mental

Considerando as possibilidades das unidades básicas de saúde com o cuidado em saúde mental, entende-se que há limites e dificuldades nessa atuação. Esse núcleo de sentido retrata alguns dos impasses experimentados pelas equipes de UBS entrevistadas no cuidado em saúde mental. Identificaram-se três principais dificuldades: a falta de profissionais e a organização do serviço na UBS; a organização e diálogo com a rede; dificuldades pessoais dos profissionais para o trabalho com saúde mental.

Dificuldades com a falta de profissionais e a organização do serviço na UBS

Todas as equipes de unidades básicas tradicionais relataram dificuldade com a falta de profissionais nos serviços. As categorias com maior deficiência apontadas foram técnicos de enfermagem e recepcionistas. Outras categorias profissionais insuficientes foram enfermeiros e profissionais de limpeza. A maioria das unidades no momento das entrevistas contavam com a equipe completa. Entretanto, os profissionais não eram necessariamente fixos daquela unidade. Ocupavam a função de folguistas, por exemplo, cobrindo férias ou licença médica de outro profissional. Ou então, haviam sido alocados havia poucos meses para a unidade. Ocorreu ainda de algumas equipes relatarem que diversas vezes e períodos de tempo ficaram sem um dos profissionais da equipe mínima (geralmente técnicos de enfermagem e recepcionistas) sem que houvesse um substituto. Portanto, as equipes queixaram-se extensivamente da falta de profissionais para compor a equipe mínima de forma permanente.

Como consequência da falta desses profissionais outras dificuldades surgiram para o trabalho dessas equipes. Foram recorrentes as falas em que as técnicas de enfermagem e enfermeiras realizavam dupla função. Ou seja, a própria função e outra que caberia ao profissional ausente. Apontaram que não ter a equipe completa e necessitar fazer outras funções além do trabalho habitual, afetava a dinâmica de trabalho da unidade, sobrecarregava o profissional, prejudicava a execução de outras atividades, como a realização de grupos e também a disponibilidade interna para atendimento dos usuários, especialmente para ofertar escuta empática.

(falta) enfermeiro, acho que falta atendente, por que? A saúde mental não pode partir só do profissional de saúde [...] eu acredito que não é só o profissional da saúde, não é o psicólogo, é tudo, é um conjunto da equipe. Então se falta ali na frente (recepção) como eu vou conseguir ser empática ali se eu estou sobrecarregada com o meu trabalho? se eu estou sobrecarregada com o serviço que eu tenho que fazer do técnico? se eu estou sobrecarregada se eu tenho que fazer o papel do atendente e não estou conseguindo fazer o meu serviço de enfermeira? [...] E1

Outra dificuldade que a falta de profissionais na unidade acarretava para as equipes era para a execução de grupos. Uma vez que, o profissional que conduziria o grupo necessitava que outras rotinas da unidade, como a recepção de outros usuários, estivessem em pleno funcionamento para conseguirem se dedicar ao grupo. Além disso, apontaram a falta de tempo devido à alta demanda de trabalho também como dificultadores para proposição de grupos nas UBS. Particularmente em uma unidade básica, a dificuldade para a execução dos grupos advinha da não colaboração de outros integrantes da equipe nas ações propostas. O enfermeiro da unidade conduzia um grupo de promoção de saúde sozinho. Enquanto que, a técnica de enfermagem referiu não ter interesse em participar do grupo como colaboradora. E a médica não mencionou a existência do grupo em sua unidade de saúde.

Houve, entretanto, alguns profissionais que referiram que não deveria ser atribuição da APS a oferta de grupos de promoção de saúde mental, e sim responsabilidade da especialidade.

O meu preceptor já solicitou pra gente fazer um grupo de pessoas que fazem uso contínuo de benzodiazepínicos, pra gente conseguir começar a retirada, né, gradualmente. Só que eu não consigo, já tentei e não dá. Não dá porque eu não tenho agente de saúde, pra procurar, entendeu, não dá porque eu não tenho tempo, e não dá porque não tem profissional. Se for fazer só eu, eu faço e não atendo, se não atendo não tem produção, se não tem produção, pronto. Tem problemas. M1

As equipes de UBS apontaram também dificuldade para o estabelecimento da rotina de acolhimento na unidade básica. Relataram falta de tempo devido excesso de trabalho e falta de preparo técnico para realizar adequadamente o acolhimento. A ausência do acolhimento enquanto prática formal, foi identificada também como um problema para a qualidade do serviço, pois poderiam acolher e oferecer cuidado a algum usuário, sem que ele precisasse ir para o atendimento especializado ou deixasse a unidade sem ter tido sua demanda atendida. Identificaram ainda, que a falta de acolhimento poderia acarretar encaminhamentos para serviços especializados critérios bem definidos.

[...] precisaria de um treinamento para a gente acolher, porque a gente não está preparado, e eu acho que sabe o que acontece aqui? como é muita gente, muita gente, a maioria das vezes você atende o paciente meio correndo sabe? porque tem outro esperando, porque tem outro, eles te pegam no meio do corredor, você acolhe ali no meio do corredor, então você não conversa direito com o paciente, você não consegue ter todo esse cuidado sabe? então eu acho que a gente acolhe do jeito que dá. Eu, eu acho que não deixa de ser resolvido o problema, mas poderia melhorar. E5

Em relação ao trabalho em equipe, todas as unidades básicas tradicionais afirmaram não ter reunião de equipe instituída e fixa. Apontaram como principais empecilhos a alta demanda de atendimentos na unidade, a rotatividade e ausência de profissionais na equipe mínima e a falta de interesse dos próprios membros em participar das reuniões. Além disso, referiram receio de reclamações da população caso fechassem a unidade para reunião. Almejavam pelo suporte da gestão municipal para avaliar o fechamento da unidade enquanto durasse a reunião. Ressaltaram que a ausência de espaços formalizados de reunião prejudicava a discussão de casos entre os membros de uma mesma equipe e a possibilidade de trocas sobre os problemas da unidade.

Algumas equipes relataram também dificuldade no diálogo entre membros da própria equipe. Queixaram-se que havia poucas trocas entre os profissionais, falta de informação e esclarecimento sobre a rotina da unidade. Essa dificuldade na comunicação entre os profissionais de uma mesma equipe foi percebida também pela pesquisadora na dinâmica da unidade e a partir das entrevistas. Por vezes membros da mesma equipe referiram algo que outro não mencionava ou não sabia que existia, como por exemplo, os grupos. Percebeu-se que o trabalho dos profissionais das unidades básicas tendia a ser realizado de maneira mais individualizada e menos compartilhada com outros profissionais da mesma equipe.

Apontaram também a dificuldade para instituir espaços de educação permanente para discutir o processo e as relações de trabalho. Referiram que não conseguiam organizar horários na rotina da unidade para executar tais ações, diante da alta demanda de trabalho.

Eu acho que precisa fortalecer, mas é isso que a gente fala, a gente não consegue ter tempo de parar para pensar no serviço, para pensar nas nossas ações, para pen... repensar o nosso cuidado, para organizar o serviço, a gente não consegue parar, a gente fica apagando fogo, aí eu sou um bombeiro aqui. E5

As equipes das unidades básicas tradicionais referiram ter um território muito extenso ou ainda não ter território definido. Isso ocasionava a procura por atendimento

de vários usuários que não eram necessariamente daquela área. Foram enfáticos em apontar a alta demanda de atendimentos e sentirem-se sobrecarregados. Além disso, apontaram como efeitos do território extenso, a dificuldade para estabelecer vínculo com o usuário, que poderia prejudicar o seguimento de saúde e a adesão ao tratamento. E ainda, dificultava o mapeamento dos pacientes em sofrimento mental no território, o monitoramento do seguimento de saúde dos mesmos, e, a continuidade do cuidado por não conseguirem fazer visitas domiciliares e busca ativa dos usuários. Em específico uma equipe de UBS apontou a dificuldade com a distância da unidade de saúde em relação ao centro da cidade. Assinalaram que isso poderia acarretar dificuldade de acesso ao usuário.

[...] aqui é meio difícil ter vínculo, porque o fluxo é muito intenso, é muito paciente, para fazer uma visita domiciliar, por exemplo, lá (outras unidades) é tudo mais perto, aqui é uma área muito grande que abrange, a gente não consegue fazer visita, não consegue, então a gente só faz visita em casos de extrema necessidade, muito difícil fazer. Acho que mais o vínculo, que é mais difícil [...] hoje o que aqui a gente percebe, os nossos pacientes quando eles têm algum problema eles acabam recorrendo a onde? a UPA, porque eles não têm o vínculo com a gente, são poucos que tem né, então eu acho que o vínculo, o vínculo ia ajudar o paciente no, na melhora, na prevenção de recaída, ele se sentir mais seguro, mais fortalecido para se cuidar sabe? E5

Dificuldades no que se refere à organização e diálogo com a rede

Os profissionais das equipes de UBS queixaram-se da alta demanda de usuários para poucos profissionais da “área psi” (psiquiatras e psicólogos) disponíveis para atendimento. Referiram que havia um único psiquiatra disponível para atendimento em toda a rede municipal de saúde. Simultaneamente percebiam longo tempo de espera para que o usuário conseguisse uma vaga para atendimento com psiquiatra, e o retorno geralmente demorava. Além de uma longa fila de espera para atendimento individual com psicólogos. Referiram também sentir falta de profissionais do serviço social. As equipes de UBS relataram se sentir frustrados diante dessa limitação de recursos humanos e vagas de atendimento na RAPS. Expuseram que essa longa espera para atendimento poderia ocasionar prejuízos para os pacientes, no sentido de piorar a doença em curso ou que os usuários desistissem do tratamento.

[...] tem hoje sim um lugar, um espaço onde os pacientes são encaminhados, porém a gente sabe que é o único psiquiatra indo uma vez por semana para atender, não dá conta e muitas vezes o paciente até quer fazer só uma terapia, um acompanhamento, uma psicóloga, a gente não precisa nem falar do

psiquiatra, muitas vezes o paciente está vivendo um conflito, uma crise, precisa de um apoio de uma ajuda e é fila de espera, você vai para uma triagem e tem que esperar não sei quanto tempo para a psicóloga começar a te atender, então assim, eu acho que está totalmente carente a população dessa cidade no que tange a saúde mental. E3

Alguns profissionais apontaram também dificuldades com os pedidos de internação psiquiátrica na RAPS. Apontaram que as vezes encaminhavam (via UPA) o usuário em crise para internação, porém o mesmo não era internado. Ora porque o profissional psiquiatra não era chamado para avaliar o caso. Ora porque o médico plantonista optava por não internar o paciente.

Alguns profissionais identificaram que, por vezes, a UBS era o último serviço que o usuário procurava para receber atendimento, especialmente em situações de crise psicótica. Tendiam a buscar primeiramente os serviços de pronto atendimento para internação. E, após a internação do usuário, os serviços da rede mandavam o usuário para casa, e não realizava contrarreferência para os serviços da APS. Uma médica de uma UBS referiu que a APS deveria ser reconhecida como o serviço de referência de cuidado para o usuário.

As equipes de UBS se queixaram sobre o modo de funcionamento do CAPS. Tanto em relação ao sistema de triagens, falta de contrarreferência, quanto falta de continuidade das ações conjuntas. Primeiramente, em relação as triagens realizadas pela equipe do CAPS, as equipes de UBS referiram que era organizada de modo que houvesse sempre um profissional, não necessariamente “psi”, para acolher o usuário. Poderiam ser técnicos de enfermagem, terapeutas ocupacionais ou outros profissionais da equipe do CAPS. Alguns profissionais da APS queixaram-se que a triagem deveria ser realizada, necessariamente, por um profissional da área “psi”, por compreenderem que estes teriam maior capacidade de escuta e acolhimento do que outras categorias profissionais. Outros queixaram-se que a partir da triagem, o usuário não necessariamente iria para atendimento com o psiquiatra ou psicólogo. Poderia ser encaminhado, por exemplo, para grupos, ou até mesmo não ser absorvido no serviço. Sendo essa avaliação dependente do profissional disponível para realizar triagem da equipe do CAPS.

Profissionais das UBS colocaram que essa avaliação por vezes divergia da avaliação feita por eles mesmos na APS, a qual indicava algum tipo de intervenção (psicoterápica ou medicamentosa). Outros profissionais consideravam que o usuário necessitava exclusivamente do atendimento com psiquiatra ou psicólogo, e não de grupos, como por vezes era recomendado pela equipe do CAPS. Alguns profissionais também

ponderaram que o CAPS deveria oferecer um maior acolhimento para os usuários que a APS encaminhava. Pontuaram que os profissionais do CAPS talvez não estavam preparados, dispostos ou não tinham formação específica para o trabalho com saúde mental.

Quem escolhe quem vai para a psicóloga ou não, não sou eu, é elas lá (no CAPS), e aí elas mandam para grupo de mulher, aí fico: “não é para colocar no grupo de mulher”, quando eu quero grupo de mulher eu escrevo “ô para o grupo de mulheres”, eu falo para a pessoa, pergunto se ela quer: “ah não, não quero”, tem umas que fala: “não, não quero, não gosto disso”, “ah então tá bom, vou tentar, vou tentar tá”, “tá bom”, eu falo isso e eu acho que isso, não é vou tentar. É ou não é, então não sei. M3

Principalmente o psiquiatra porque a gente sabe que pouquíssimos vão conseguir acessá-lo, quase nenhum. Porque aí chega ali e para na triagem, da triagem pode ser realocado para o ambulatório de saúde mental para fazer um acompanhamento, da triagem ele pode ser realocado para um grupo que vai ser conduzido às vezes pela T.O., pela artesã, nem vai acessar a psicóloga, o que dirá um psiquiatra, né? E assim, mas será que ele precisa ou não precisa? Talvez a equipe lá esteja mais apta e tenha essa responsabilidade “não coloquei porque não precisa”, mas eu não sei se não colocou porque não precisa ou porque também não tem profissional para dar conta de tudo aquilo. Então elas também vão priorizar o que é mais grave, o que é mais gritante e o que é mais urgente. E3

Identificou-se também que na maioria das vezes não havia contrarreferência dos serviços da rede para a APS. Nessas situações, as equipes de UBS perdiam o seguimento do usuário após o encaminhamento para a rede. A não ser que o usuário retornasse espontaneamente para a unidade. Ou, ocasionalmente, a equipe do CAPS ligava ou falava nas reuniões com a equipe da APS sobre os usuários. As equipes de UBS relataram esperar que, com a aproximação do CAPS, pudessem receber mais informações sobre o seguimento de saúde do usuário.

Ah! O contato com o CAPS. Ah, não sei, mas acho que quando receberia lá o encaminhamento que a gente faz acho que eles deveriam entrar em contato com a gente, se realmente o paciente foi, se realmente o paciente está seguindo lá, se está fazendo tratamento, se está sendo acompanhado por psicólogo [...] É, eu acho que deveria vir pra gente um relatório para a gente assim tal paciente, assim, assim, assado está assim então acho que pelo menos a gente saberia, né? Mas quando a gente manda o paciente realmente não volta mais aqui e fica bem perdido, é poucos aqueles pacientes, por exemplo, que vem aqui que a gente sabe que toma remédio que o psiquiatra dá e que vem aqui e só pega a receita, entendeu? então é poucos, não são muitos. T4

Como dito, o estreitamento do vínculo entre UBS e CAPS ainda é incipiente. As equipes relataram estar esperançosas que o trabalho conjunto de discussões de casos e

matriciamento pudesse colaborar com o cuidado da saúde mental. Porém, queixaram-se que não havia continuidade das ações e suporte do CAPS para com a APS.

[...] é um buraco, saúde mental é jogado para o lado assim nessa cidade, eu percebo [...] por exemplo, o matriciamento de, de saúde mental, “ah nunca dá certo”, sabe aquela coisa, que não é aquela coisa fixa, igual estava combinando, já tinha combinado de ser fixo, desapareceram, não, ninguém mais veio. M3

Em uma situação em particular, um serviço da rede nomeava como contrarreferência, o que, na realidade, eram encaminhamentos endereçados especificamente para a médica de uma unidade básica de saúde, em razão de sua maior experiência com atendimentos de pessoas em sofrimento psíquico. A “contrarreferência”, assim, não necessariamente era para a unidade de referência do território do usuário.

Diante de todos esses impasses no trabalho entre as equipes da APS com a equipe do CAPS, os profissionais das UBS referiram sentirem-se limitados diante da oferta de ações e serviços para os usuários para além dos recursos da APS. Portanto, tanto o profissional quanto o usuário pareciam ficar desamparados com a falta de assistência da RAPS.

Sobre o amparo do NASF para com as equipes de UBS, notou-se que também era algo pouco estabelecido. Em duas unidades básicas, alguns membros do NASF realizavam atendimentos individuais e grupos. Porém não o faziam mais. As equipes da APS referiram necessitar de mais apoio, apesar de alguns profissionais considerarem que o NASF “era fraco” e “só apoiava ESF e não as UBS”.

Foi apontado ainda a dificuldade dos usuários de compreenderem o modo de funcionamento da rede e a atribuição de cada um dos serviços. Como por exemplo, dificuldade em compreender quando procurar a UPA ou a UBS para atendimento. Além disso, perceberam que havia uma “cultura” da população em buscar consultas em pronto atendimentos ou diretamente com os especialistas, sem antes se consultar com clínico geral ou médico de família e comunidade. Mais especificamente, os profissionais apontaram uma “cultura” dos usuários em buscar assistência em uma determinada unidade básica do município, talvez pela centralidade e acessibilidade da unidade, talvez pela unidade contar com várias especialidades médicas, talvez por oferecerem vagas de encaixe em maior volume. Entretanto, essa aparente facilidade de consultas sobrecarregava tal serviço, devido ao elevado número de atendimentos diários.

Acho que falta conhecimento da população em relação ao que é uma UPA, pronto atendimento, e de um posto de saúde. Então assim, é falta de bater na mesma tecla com a população [...] M2

Infelizmente a cultura deles é que tem que passar com profissional da área, especialista, "eu tenho dor de estômago, tenho que passar com o gastro." "Mas espera aí, com o gastro? eu não posso tratar? M2

(quando paciente) não consegue consulta no bairro, vai para o centro [...] ah tem que atender né. Deixar sem assistência não... eu pego bastante de outros bairros. E eu tento direcionar né, porque se não acaba sobrecarregando [...] eu tento fazer a referência, mas é difícil né porque o paciente não entende muitas vezes. M5

Um médico de uma UBS, o qual também atuava no CAPS da mesma cidade, antecipou uma possível dificuldade que poderiam enfrentar. Tratava-se da duplicidade de seguimento clínico do usuário. Por exemplo, poderia haver usuários que procurassem atendimento no CAPS e concomitantemente apresentassem alguma queixa clínica. E essa queixa clínica, talvez estivesse sendo acompanhada em uma unidade de saúde da APS, e o clínico no CAPS, não sabendo disso, poderia iniciar tratamento simultâneo para a mesma queixa. O profissional citou a falta de contato entre as equipes das unidades de saúde de toda APS como um dos possíveis problemas. Relatou que, para tentar evitar, antecipadamente, essa duplicidade de seguimento e tratamento para a mesma queixa, buscava questionar o usuário e orientá-lo sobre a atribuição de cada serviço. Identificou, além disso, que nem todos os profissionais da APS talvez tinham conhecimento de que havia um clínico atendendo no CAPS.

As equipes de UBS apontaram por fim, dificuldade com o não ordenamento e alinhamento do protocolo de ações e serviços a serem oferecidos em saúde mental no município. Ficou implícito que os profissionais se sentiam perdidos sobre o que deveriam ou não trabalhar em saúde mental na APS. Percebiam também que tratava-se de uma área de baixo investimento e planejamento por parte da gestão. Pareciam também se sentirem desamparados pela gestão municipal por não terem suas demandas ouvidas e atendidas, principalmente no que se referia a falta de profissionais nas unidades de saúde.

Dificuldades pessoais dos profissionais para o trabalho com saúde mental

Mais especificamente sobre as dificuldades particulares dos profissionais, foi identificado sentimentos de medo, expressos explicitamente ou não, com o trabalho em saúde mental. Apontaram com maior frequência sujeitos em situação de crise psicótica e

uso e abuso de álcool e outras drogas como aqueles com quem mais tinham dificuldade para o manejo. Referiram esses sujeitos como agitados, nervosos e agressivos. Expressaram que o trabalho com essas pessoas gerava angústia, estresse, sugava a energia, verbalizaram “me deixa mal”. Alguns demonstraram também se sentirem intimidados e ameaçados diante de situações de crise.

[...] não é uma coisa que eu gosto de trabalhar com isso, porque eu fico muito mal [...] quando eu vou, nossa, menina, me dá um negócio ruim sabe? aquelas pessoas, sabe? Você quer ajudar, mas você vê que é muita dificuldade, é usuário de droga, sofrimento de família, pessoa que tentou suicídio, são pessoas que me deixam um pouco angustiada [...] E1

Eu acho que eu nunca trabalhei, então eu não sei muito bem, eu não, eu não sei, é acho que lidar com a situações, eu não, eu não sou preparada, eu acho [...] E5

Em uma dada unidade básica tradicional, uma profissional relatou a experiência com um usuário que foi agressivo com outro profissional devido frustração com espera pelo atendimento. Segundo o relato, na ocasião, o usuário estava agitado e ameaçou a equipe. A profissional disse sentir-se desamparada por não ter tido a quem recorrer em busca de suporte para que fizesse a retirada do usuário da unidade. Tal experiência parece ser um reforçador para uma concepção de saúde mental como o dito “louco” e agressivo. E também demonstra a dificuldade para lidar com situações de crises.

Alguns profissionais apontaram o desafio de escutar o sofrimento do outro e não saber o que fazer, o que dizer, como orientar. Relataram que as vezes até evitavam conversar e fazer orientações aos usuários, diante de sentimento de insegurança ou por acharem que teriam pouco a contribuir. Muitos referiram que, por vezes, se identificavam com o sofrimento do outro, o que aumentava ainda mais a angústia por não saber como agir diante da situação.

Para mim mais difícil? Eu acho que é dar orientação, é mais difícil porque é difícil você acabar comentando, dar um conselho e não sei se a pessoa vai entender, se ela vai achar ruim, se ela vai achar que eu estou sendo ignorante ou se ela vai achar que eu estou cuidando da vida dela. É difícil como a outra pessoa pode reagir com o que você fala, a gente acaba dando uma orientação, falando, mas a gente fica meio cauteloso com o que o paciente pode acabar entendendo, com o que pode acabar fazendo depois [...] geralmente eu passo para a enfermeira [...] T3

[...] eu acho que eu tenho essa dificuldade de ouvir, de, de, medo de, de deixar a pessoa pior que ela já está, entendeu? [...] É uma coisa que eu tenho esse medo, aí eu falo “não, deixa para o pessoal da psicologia, porque eu acho que eles sabem lidar melhor” né? [...] M3

Além de desafiador emocionalmente o trabalho com saúde mental, os profissionais apontaram também os limites em sua capacidade de conhecimento e técnica. Alguns disseram “não tive preparo” apontando para formação acadêmica insuficiente e também limites da prática. Como por exemplo, o manejo medicamentoso, transtornos psiquiátricos crônicos e graves, uso de substâncias psicoativas. Os profissionais referiram que diante dessas dificuldades percebidas, tendiam a encaminhar os usuários para cuidado especializado.

Apontaram também a dificuldade com a espera por um resultado ou melhora da condição e sofrimento do usuário. Bem como dificuldade no enfrentamento do preconceito em relação a saúde mental, por vezes desvalorizada pelo próprio familiar ou até mesmo pelos profissionais de saúde.

Ah a saúde mental é... saúde mental né, é paciência, é você por exemplo, a pior coisa para você fazer PTS é da saúde mental, porque você vai fazer, você tem que ter muita paciência para ver resultado, então você sabe, e você vê que tem pessoas que não tem paciência com saúde mental, e... lidar com a questão da saúde mental, não vê aquilo como um problema né, então é uma coisa que eu vejo que a maior dificuldade é essa, de não, sabe...valorizar o sofrimento da pessoa né [...] você vê que a situação vai complicar por causa da questão familiar né, você vê o meio muito importante para o tratamento da saúde mental, então é difícil você fazer orientação para essa questão familiar e muitas vezes é menosprezada aquela doença, “ah está com frescura,” o que que é? não veem isso né? O sofrimento dá questão, por exemplo depressão né? Então eu vejo muito essa parte discriminada, saúde mental é muito discriminada por todos [...] E2

Por fim, além do preconceito, os profissionais revelaram os desafios com os familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico. Conscientizá-los sobre a importância de aderir ao tratamento medicamentoso e psicoterápico e, além disso, com os próprios sujeitos, o desafio de ajudá-los a se engajarem em outros recursos de tratamento e cuidado em saúde mental, para além do uso da medicação.

Identificou-se especificamente sobre a atuação dos profissionais técnicos de enfermagem, se sentirem limitados em suas atuações. Relataram perceber pouca autonomia para executar o trabalho. Ora por realmente considerarem que a atribuição que lhes cabia era estritamente a realização de procedimentos, ora por se sentirem restringidos a exercerem outras funções.

6.3.2.3 Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na UBS

Considerando as dificuldades e limites do trabalho com saúde mental, esse núcleo de sentido proporciona o agrupamento das expectativas de aprendizado, de suporte e de melhorias que os profissionais apontaram para que o trabalho em saúde mental fosse aprimorado. As necessidades de aprimoramento identificadas foram agrupadas em três blocos: Expectativa para receber mais apoio da RAPS; Aprimoramento do trabalho na unidade de saúde; Aprimoramento pessoal.

Expectativa para receber mais apoio da RAPS

As equipes de UBS apontaram enfaticamente, a necessidade de receberem mais apoio dos profissionais especializados e serviços da rede. No sentido de colaborarem para capacitá-los com o trabalho em saúde mental.

Referiram expectativa para que a proposta de matriciamento apresentada pela equipe do CAPS fosse expandida e consolidada enquanto prática compartilhada entre a atenção primária e o serviço especializado. Esperavam que a aproximação com o CAPS pudesse colaborar na discussão e manejo do cuidado de pessoas em sofrimento emocional. Esperavam que a equipe do CAPS pudesse dar retorno (contrarreferência) com informações sobre os usuários encaminhados. Apontaram também que gostariam de receber mais apoio do NASF, no sentido de colaborar para a condução de grupos junto as equipes de UBS e também para discussão de casos.

Olha, a enfermeira do CAPS faz saúde mental, né? Ela estava fazendo um curso lá para o CAPS eu acho que seria uma boa ideia marcar alguns dias com ela e ela passar algumas coisas, pelo menos o mais importante, não tudo, a gente não precisa saber tudo, a gente precisa saber o básico, se você sabe o básico você consegue lidar com as outras coisas, pelo menos tenta, né? "Olha, se aqui vocês não dão conta vocês fazem isso aqui" é como um fluxograma mesmo. "Olha, chegou aqui você vai fazer isso, se não der certo é isso", sabe? Igual um fluxograma. E1

Ai precisava ter mais matriciamento, precisa, e ai precisava ter mais contato com o psiquiatra para poder discutir mais casos porque, ai eu vou, eu fico assim muito solta e eu acho muito ruim isso [...] a gente aprende com isso, às vezes a gente consegue até lidar, começa a lidar com pacientes que a gente não tinha noção e a gente aprende com, com o médico entendeu? foram várias coisas que eu aprendi desse jeito fui vendo a conduta de outro médico, "nossa verdade ele faz desse jeito, deixa eu fazer também", entendeu? M3

Outros serviços também identificados como relevantes para colaborar com o trabalho da APS foram os serviços socioassistenciais como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), bem como o Conselho Tutelar (CT). Percebeu-se o interesse e reconhecimento da importância de se ampliar o trabalho intersetorial.

Referiram a necessidade de mais profissionais, como psiquiatras e psicólogos, bem como de medicações na rede de saúde para o melhor amparar os usuários em sofrimento emocional. Destacaram além disso, a importância de terem outros recursos na rede para ofertar aos usuários, como por exemplo, recursos de lazer e grupos de promoção de saúde.

Mais profissionais, tanto psicólogos, quanto eee psiquiatras, eee medicações que faltam. Falta fluoxetina, aí o paciente fica sem fluoxetina por um mês, aí ele vai lá para baixo, entendeu? Então às vezes, tipo assim, do nada falta amitriptilina, o cara com uma dor crônica, do nada com insônia, do nada falta sertralina, então assim, precisa ter o controle [...] M3

Assim, aqui seria legal também se tivesse bastante dessas oficinas, né? Que seria bom se você quisesse aprender a costurar, aí tá, você aprende a costurar. Você quer aprender a pintar... Eu acho que aqui no município falta essas coisas. [...] Que daria para ajudar porque o pessoal fica só tomando remédio, fica só trancada na casa dela, não tem o que fazer. T3

Aprimoramento do trabalho na unidade

Em relação a melhorias do trabalho na própria unidade de saúde, as equipes apontaram a necessidade de contratação de mais profissionais, especialmente na categoria de técnicos de enfermagem. Ter equipe completa e fixa poderia colaborar para a disponibilidade de tempo, com a redução da sobrecarga do trabalho, para oferecer atendimento de qualidade aos usuários.

Alguns profissionais consideraram necessidade de reorganizar o modo de atendimento dentro da unidade para melhor acolher usuários em sofrimento emocional. Como por exemplo, realizar atendimentos direcionados especificamente à saúde mental em um determinado período da agenda, fazer mais visitas domiciliares e grupos. Ponderaram sobre a necessidade de proximidade, continuidade do cuidado desses usuários e ofertas de ações de promoção de saúde à comunidade. Como por exemplo, ter informativos fixados na unidade que apresentassem as ações que aquela equipe oferecia, como os grupos. Utilizar recursos audiovisuais com conteúdo informativo e orientações

em saúde sobre sinais e sintomas de algumas doenças psíquicas, para que a população pudesse melhor se orientar e procurar ajuda profissional.

Eu acho que eu teria que estar fazendo um atendimento específico para a saúde mental né, fazendo um acompanhamento de alguns pacientes né, então, por exemplo, ou estar indo na casa, fazendo visita ou eles estarem vindo aqui passando comigo, para fazer uma consulta de enfermagem de saúde mental mesmo [...] Mais de proximidade e estar fazendo minha avaliação da questão da evolução dele né, questão da doença, como que ele está, sabe, vendo como que está, como que está o relacionamento dele com a família, a autonomia dele né, buscando essa questão de maior autonomia para o paciente né, para ele ter mais autonomia né, na vida dele, então eu vejo que, sabe, ou selecionar alguns. Então, está muito solto, então eu não tenho um grupo de saúde mental, então né, poderia trabalhar mais isso, aí iria ver a adesão né, eu poderia propor né, poderia ter essa opção, se aderir ou não, mas você tem opção, você está oferecendo um serviço [...] E2

Consideraram também a importância de constituírem espaços para discussão em equipe e para resolução de problemas da unidade. Como por exemplo, reuniões de equipe e de educação permanente. Referiram também necessidade de ter momentos de reuniões com toda a equipe da APS, como forma de alinhar e (re)organizar o modo de trabalho. Importante destacar que as equipes reconheceram que dispõe atualmente apenas dos encontros com o grupo de docentes e pesquisadores da Universidade de São Paulo como intervenção de educação permanente. E que, necessitariam que houvesse mais desses espaços.

Um enfermeiro de uma UBS apontou que para se fortalecer o cuidado em saúde mental, seria necessário propor ações não apenas em nível local, ou seja, nas próprias unidades da APS, mas também a nível intersetorial. Apontou que sentia falta de diretrizes municipais norteadoras para as ações de cuidado em saúde mental, como por exemplo, protocolos, fluxos de encaminhamento e vagas disponíveis na rede de saúde. Enfatizou sentir falta ainda de uma definição das possibilidades de ações a serem ofertadas para o cuidado em saúde mental, bem como a ampliação da variedade dessas ofertas e divulgação a toda população da cidade. Por fim, expôs a necessidade do fortalecimento das ações de prevenção e promoção de saúde mental nas próprias unidades de saúde, e a inclusão das práticas integrativas e complementares.

Aprimoramento pessoal

Os profissionais apontaram o desenvolvimento pessoal como necessário para ampliar a capacidade de trabalhar com saúde mental. Bem como o desenvolvimento no sentido de autocuidado. Como por exemplo, receber suporte psicológico, desenvolver mais empatia e diminuir preconceitos em relação a saúde mental. Apontaram também que a prática no trabalho e a experiência de vida poderiam colaborar para reduzir preconceitos sobre saúde mental. Alguns profissionais apontaram que “sentir na pele” uma situação de adoecimento emocional, talvez pudesse colaborar para o desenvolvimento de maior compreensão e empatia pelo sofrimento do outro.

Isso que eu falo, a gente precisa cuidar, mas a gente também precisa ser cuidado. Então eu acho que a gente poderia sim ter um psicólogo para estar ajudando, sabe? Porque a gente precisa se cuidar. Psicólogo também precisa de alguém que cuide dele, então é um que precisa do cuidado do outro e eu vejo que isso não acontece. E1

[...] então eu creio que um profissional capacitado e adequado, entende? para ensinar e aprimorar o acolhimento, entendeu? A se por no lugar do outro, e assim, isso não vai ser com um treinamento, isso vai ser várias vezes, entendeu? Expondo exemplos, "nessa família aconteceu alguma coisa que todo mundo já aconteceu, e como você reagia?" “Nossa doutora, foi horrível, aconteceu com a minha mãe”. Então, com o outro também. M1

Houve o reconhecimento de necessidade de aprimoramento da técnica, da prática e do saber na área de saúde mental. Ou seja, os profissionais apontaram importância de aprenderem mais. Seja por meio de capacitações, cursos, especializações, a partir da troca de saber com outros profissionais e até mesmo a partir da experiência com pessoas e serviços que ofereçam suporte em questões de saúde mental. Houve ainda aqueles profissionais que tinham necessidade de aprendizado, apenas se estivessem trabalhando exclusivamente em serviços de atenção psicossocial. E outros, com necessidade de aprendizado em áreas da saúde, não necessariamente em saúde mental.

Em contrapartida, outros profissionais consideraram não necessitar de suporte por parte dos serviços especializados e não precisar aprimorar o trabalho da unidade com o cuidado em saúde mental. Apontaram a necessidade de que os outros serviços da RAPS funcionassem melhor, a fim de que acolhessem e absorvessem a demanda de saúde mental. Uma vez que compreendiam que o cuidado da saúde mental não deveria ser responsabilidade da atenção primária à saúde, e sim da especialidade.

6.3.3 O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Essa unidade temática surgiu a partir da análise dos dados, considerando-se as diferenças na composição e na forma de organização do processo de trabalho das equipes de unidades básicas tradicionais e equipes de unidades com estratégia de saúde da família.

No presente estudo está sendo nominada como estratégia de saúde da família (ESF) os serviços assim identificados pelas equipes da cidade, sendo que estas contam com a categoria profissional de agentes comunitários de saúde.

6.3.3.1 Possibilidades da ESF como espaço de cuidado com a saúde mental

Esse núcleo de sentido agrupa as possibilidades de atuação das equipes de estratégias de saúde da família no trabalho com a saúde mental.

As equipes de ESF consideraram que a APS deve ser a porta de entrada para rede, referência de cuidado para o usuário e sua comunidade. Deve ser um serviço que tenha capacidade de identificar as necessidades e iniciar o tratamento. Deve ser capaz de acolher, escutar e conversar com sua clientela. E, em particular, a presença do agente comunitário de saúde possibilita a proximidade com a comunidade e a inserção no domicílio dos usuários e suas famílias.

Os profissionais entrevistados apontaram que o vínculo com as pessoas, o conhecimento de suas realidades e dinâmica familiar, proporciona a identificação precoce de algum tipo de sofrimento e agravamento desse sofrimento. Com isso, podiam orientar a realização de consultas na própria unidade de saúde da família bem como posteriormente, para a especialidade caso fosse necessário.

O papel da atenção básica é estar ali, estar, estar enxergando ali no, no princípio [...] que é o que a gente faz aqui, visita né, aqui nas casas. Ah você tenta identificar o problema daquela pessoa, estar trazendo ele para unidade, estar tentando entender é, é, porque tem pessoas que são resistentes né, não querem, tem outros que não, que já vivem aqui né. ACS2

Aqui o médico ele faz o acompanhamento, as trocas de receita, a manutenção da medicação, o agente de saúde vai, permanece sempre fazendo as visitas, né? [...] a gente realmente não abandona. Tem gente que vem aqui e que eu atendo só para conversar. Só. Para mais nada. Eu sei que é a depressão e eu não vou mandar o paciente assim "vai lá no CAPS". Não. Eu sou capaz de escutar a pessoa, então eu tenho meus pacientes mentais também. E8

Especificamente, os profissionais médicos contratados pelo Programa Mais Médicos, consideraram possuir maior disponibilidade para acolher a saúde mental na atenção primária em comparação a outros profissionais médicos da rede de saúde com maior tempo de contratação. Relataram acreditar que conseguiam oferecer primeiro atendimento, identificar o nível de sofrimento, diagnosticar, iniciar e fazer a manutenção do tratamento. Apontaram contar com o apoio matricial dos profissionais dos serviços especializados em saúde mental para colaborar e amparar nesse cuidado.

As equipes de ESF sinalizaram que a APS tem capacidade de oferecer cuidado em saúde mental, porém, não deveriam estar sozinhas. Contavam tanto com os serviços especializados em situações que necessitavam encaminhar os usuários, quanto com os familiares e rede de apoio para oferecer suporte ao sujeito.

A gente tem sempre um cuidado com eles, nós temos sempre um cuidado com eles nas visitas, a gente observa como está, como está o ambiente que eles estão vivendo, como eles estão sendo tratados em casa, né? O cuidado da família para mim é o tratamento correto, a medicação sendo tomada certinho, esse é... isso a gente está de olho, está sempre observando e se escapa alguma coisa o CAPS está ajudando, o NASF está... o NASF não, o ambulatório de saúde mental está ajudando, o CAPS principalmente, eles estão sempre orientando a gente nessa questão, né? ACS4

As equipes de saúde da família relataram um processo positivo de estreitamento do trabalho compartilhado com a equipe do CAPS iniciado poucos meses antes do início da coleta de dados da presente pesquisa. Nessa direção, foram realizados encontros entre a equipe da APS com o CAPS e também um encontro especificamente com os médicos da atenção primária. Nesses espaços conversaram sobre demandas atendidas por cada serviço, modo de funcionamento, fluxos de encaminhamento, grupos existentes no CAPS e discutiram casos conjuntamente. A maior parte dos membros das equipes de ESF afirmaram participar das reuniões. Apontaram se sentirem mais amparados, orientados e confiantes para trabalhar com saúde mental com a aproximação e suporte do CAPS.

O CAPS está tentando dar um matriciamento, o CAPS é muito mais novo que o NASF, mas eles estão no início, tentando ser mais presentes do que o NASF [...] Como ainda está muito no início eu não consigo fazer uma avaliação, mas um dos casos que a gente apresentou eu tive uma resposta boa, tá bom? Abordagem, assim, com a pessoa, depois quando veio aqui eu já abordei de uma forma diferente, já consegui... e também consegui referenciar ela para lá, eu sei que ela foi, então eles estão dando esse bate e volta. Então tem coisa que não tem como resolver mesmo, pelo menos a gente se sente confortado "olha, não tem como resolver isso, não adianta ficar procurando resposta e solução pra isso porque isso não tem solução, a gente vai trabalhar com o menos dano possível, mas não tem solução". Então tira aquela ansiedade da gente [...] E8

Em relação ao suporte recebido pela equipe de NASF, os profissionais das equipes de ESF apontaram receber apoio em ações como discussão conjunta de casos, visitas domiciliares compartilhadas e também na construção de eventos e campanhas temáticas, como outubro rosa e novembro azul. Referiram sentir que esse apoio do NASF é importante e os fortalecem no trabalho, mas, ainda é incipiente.

O estreitamento da relação entre alguns serviços da RAPS e da APS foi percebido pelos profissionais como relativamente recente, mas ao mesmo tempo como promissor. Além disso, foi apontado que a estruturação de serviços de pronto atendimento e internação psiquiátrica eram igualmente incipientes.

Agora a gente está começando a estreitar. Antes a gente não sabia de nada, internava, saia, né? Mesmo porque não tinha os leitos de saúde mental no hospital filantrópico, começou a ter de uns tempos para cá, te falaria dois anos mais ou menos que começou a ter leito de saúde mental, paciente de saúde mental ficava largado, então agora tem o leito de saúde mental. M6

A maioria dos profissionais das equipes de estratégia de saúde da família apontaram que mesmo após encaminhar os usuários para os serviços especializados da RAPS, compreendiam que tinham como atribuição oferecer a continuidade do cuidado. Ou seja, manter o acompanhamento dos sujeitos e seu seguimento de saúde mediante busca ativas e visitas domiciliares realizadas principalmente pelos ACS.

Aquela parte que eu falei para você do CAPS... eu entendo nesse ângulo, a gente acompanha aqui, daqui a gente direciona para lá.. lá eles vão ver onde tá.. onde vai se adequar melhor... para ter essa ligação. Para não deixar o paciente se perder. Para ter um acompanhamento né. Vai precisar ir para fora (internação)? Olha tem o retorno também. Para ter um resultado. Porque se não, não adianta. Não é simplesmente ah atendeu já acabou e pronto, então ter um direcionamento. ACS7

Em relação as atribuições específicas do trabalho das equipes de saúde da família com a saúde mental, referiram oferecer atendimento clínico, verificando e orientando o uso medicamentoso e cuidados para além do uso da medicação, como exercícios físicos, dança, lazer. Além disso, enfatizaram a escuta, a conversa com os usuários, a atenção à sua demanda e o acolhimento como importantes recursos de cuidado em saúde mental possíveis de serem oferecidos na APS.

Eu dou uma atenção muito boa, a consulta é super demorada, a pessoa se sente à vontade tanto que a maioria acaba chorando de tanto contar problema e eu tento ver como é a pessoa na casa dela, os problemas, eu tento sempre primeiro

não investir em medicação porque aqui o pessoal toma muito, muito, muito remédio controlado, muito, absurdamente [...] M6

[...] o trabalho nosso é ir lá ver se os remédios estão em ordem, se a pessoa está passando no médico, quando que é o retorno, se está seguindo certinho, acho que seria esse o trabalho mesmo, estar sempre indo lá ver se esse paciente está indo mesmo, está tomando os remédios, está seguindo para ele não sair fora. Acho que seria isso. ACS1

A enfermeira sempre fala para a gente, às vezes, muitas vezes o paciente procura a unidade nem é para passar no médico, é para conversar, sempre tirar um tempinho se você ver que a pessoa está muito mal, leva aqui nessa sala, sempre está vazia essa sala, leva ali naquela sala e vai conversar, dar atenção. ACS6

Em relação a perguntar ativamente sobre a saúde mental dos usuários, as equipes de ESF apontaram que geralmente perguntavam algo como “está tudo bem?” ou “como você está?”. Questionavam sobre seguimento de saúde e uso das medicações. Usualmente aprofundavam a conversa com aqueles que tinham maior vínculo e conheciam a história de vida. Referiram também que, quando o usuário tinha confiança no profissional, tendia a falar espontaneamente sobre si mesmo e sobre algum tipo de sofrimento ou necessidade. Alguns profissionais referiram que se o usuário não se queixava, não se lembravam de perguntar sobre aspectos emocionais.

Pergunto, sempre pergunto, por isso que eu falo, eu vejo muito que é questão, é emocional mesmo, porque eu pergunto bastante [...] às vezes assim eu não consigo dar um conselho ou tirar alguma informação, mas só de você ficar conversando ali, de dar uma atenção né [...] a gente já conhece mais ou menos o pessoal né, eu vejo o modo que eles chegam aqui, aí você vai aferir uma pressão ou destro, você vê que está, a pessoa está mais quieta ou está um pouco mais agitada, eu pergunto “está tudo bem? O que está acontecendo?”, aí eles já vão falando. T6

Acho que menos do que deveria, eu acho que geralmente é, a pessoa já vem com a queixa né [...] agora se é um paciente que vem por uma outra queixa ou está fazendo seguimento para, para hipertensão, para diabetes, por exemplo, que é o que a gente mais tem né, dificilmente eu acho que lembro de perguntar né, como que é que a pessoa está nesse ponto assim de saúde mental, acho que é uma coisa falha e que deveria perguntar mais ativamente. M7

As equipes de ESF relataram receber o usuário, acolher sua queixa e demanda inicial principalmente na recepção da unidade. Esse acolhimento geralmente era feito por técnicas de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e em uma ESF em específico, contavam também com o auxílio da profissional de serviços gerais. Notou-se o acolhimento como sinônimo de recepcionar o usuário. Ou seja, verificava-se a demanda do usuário quando o mesmo adentrava na unidade, aferia-se alguns sinais vitais e o

orientava a aguardar consulta médica. Se o usuário necessitasse, havia momentos para uma conversa individualizada com outras categorias profissionais não-médicos.

Olha num primeiro momento, quem tá na recepção vê o que a pessoa tá precisando, aí a gente direciona ali para a sala de enfermagem, para verificar uma pressão, vê se precisa fazer uma glicemia, ou as vezes até para poder... quer conversar com a gente? A gente chama numa sala. Senta, conversa, o que tá acontecendo? ACS7

Chegou ali na frente a gente procura saber o que ele pretende. Ou é receita ou é pressão ou é marcar consulta é tudo na recepção o acolhimento [...] primeiro é lá (na recepção), a gente acolhe lá vê o que paciente precisa, marca, agenda, se for coisa grave a gente vai ali e pede para a doutora abrir uma exceção para atender. Claro que urgência e emergência não é atendido aqui porque nós não temos recursos para isso [...] Essa triagem, quem mais faz essa triagem é a enfermeira e a técnica que tem um pouquinho de visão sobre saúde. As agentes se elas estão sozinhas elas chamam a gente. T7

Algumas equipes de ESF apontaram realizar ações esporádicas de grupos de promoção de saúde e educação em saúde, com temas variados, não especificamente sobre saúde mental. Outras referiram não ter mais ações de promoção de saúde, que tinham em anos passados, por falta de recursos financeiros advindo da gestão do município e falta de suporte de outros profissionais para executar as ações. Consideraram que tais ações grupais tinham um grande potencial de aproximar o usuário da equipe e do serviço, ampliando o vínculo.

Todas equipes de ESF referiram realizar ações temáticas, como campanhas de novembro azul e outubro rosa, em parceria com a equipe do NASF. Uma equipe em específico, referiu que tinham também atendimentos individuais com uma profissional da psicologia, porém, não contavam mais com suporte da profissional.

Esse mês, no caso novembro, foi o novembro azul, tivemos ação aqui, disponibilizamos exames de PSA para os homens acima de quarenta anos, orientação, veio psicóloga, conversou, alguns fizeram aquele teste rápido de HIV e hepatite, dezembro agora semana passada tivemos o dezembro vermelho que era só testes de HIV, hepatite e sífilis, teve essa ação também, outubro foi o outubro rosa, câncer de mama, mamografia, né? [...] T7

Antes a gente tinha o atendimento da psicóloga aqui, então quando a gente via que o paciente ele estava assim, muito difícil, muito complicado ou estava passando por alguma coisa muito difícil, a gente conversava e a psicóloga atendia, porque ela fazia atendimento aqui, agora a gente não tem [...] ACS5

Todas equipes de ESF referiram ter momentos de reunião de equipe mínima no qual todos membros da unidade participavam. Nas reuniões discutiam caso, recebiam orientações de membros da própria equipe, compartilhavam preocupações e dúvidas uns

com os outros. Relataram o momento de reunião de equipe como um importante espaço para alinhar ações e também para receber outras equipes para discussão de casos. Referiram dialogar constantemente entre membros da própria equipe, haver trocas de informações sobre os usuários que atendiam e solicitarem ajuda.

[...] (conversa na reunião) tudo o que aconteceu durante a semana, é sobre algum... às vezes a enfermeira e a doutora elas vão em algum curso, alguma palestra, aí elas chegam e vão passar aquilo para a gente ou alguma coisa, às vezes lá do outro posto né, “ó, resolveram assim, assim, assado”, então tem que passar aquilo para a gente, passa durante a reunião, entendeu? discute casos, entendeu? ACS2

[...] a gente tem reunião, a médica pega prontuário, os pacientes que passa ela senta com a gente e fala "olha, tal paciente assim" e aí a gente vai sabendo [...] ela vai falando tipo "olha, esse paciente você precisa ir mais lá" ela fala assim que precisa de mais acompanhamento "olha, você precisa ir nesse paciente, ele tá reclamando muito" tipo "esse paciente está vindo muito, você precisa ir mais lá que às vezes não é tanta dor que esse paciente tem, esse paciente está com um problema a mais, precisa de um olhar a mais". ACS1

Em uma unidade em específico, havia momentos de discussão do processo de trabalho. Espaço não instituído como educação permanente, mas havia a percepção pelos membros dessa equipe como uma importante intervenção no sentido de fortalecer e aprimorar o processo de trabalho da equipe. Demais equipes de ESF apontaram as discussões e intervenções com profissionais vinculados à USP como ação de educação permanente.

As equipes de ESF referiram que situações de crises psicóticas na APS comumente era realizado o manejo medicamentoso, algumas vezes tentavam conversar e acalmar o usuário. Porém, usualmente encaminham tais situações para serviços de referência de cuidado em saúde mental, pronto atendimento ou leitos de internação psiquiátrica.

Geralmente as meninas (ACS), elas costumam conhecer todos os, os pacientes que tem esse perfil né e às vezes elas me chamam para conversa né ou trazem para cá, a gente tenta dá assim aquela acolhida inicial né. Depois pede para procurar o, o CAPS ou um serviço assim de referência porque é igual eu te falei, a maioria desses pacientes, tirando os ansiosos, os deprimidos que a gente, que eu manejo aqui né, eles, eles têm o, a referência lá no CAPS, então às vezes a gente não sabe da medicação, não sabe o que que está acontecendo, aí a gente pede para as meninas lá (CAPS) um suporte aqui, mas, pede para o paciente ir para lá, chama o familiar pede para ir para lá né, porque eles não, eles vem aqui só quando eles estão descompensados né, aí é complicado, porque você tem que lidar com ele no momento né. M7

Os profissionais de todas equipes de ESF relataram que o trabalho com usuários de substâncias psicoativas não era tão frequente na unidade. Apontaram que poderia ser

devido a não procura do próprio usuário pelo serviço de saúde ou recusa do tratamento. Consideraram que o número de busca por atendimento era inferior ao que pressupunham que o território tinha de usuários de substâncias. Referiram que geralmente encaminhava os usuários para serviços especializados, como CAPS, internação em leitos de desintoxicação no hospital filantrópico da cidade, ou instituições como comunidades terapêuticas ligadas a entidades religiosas.

Tem bastante (usuários substâncias), mas a maioria não é frequentadora assídua da unidade e muitos negam [...] Tem alguns que nem ao CAPS. Claro que tem alguns que frequentam ativamente, mas tem uns que estão com bastante surto mesmo e não se vinculam a lugar nenhum. Tem gestante usuária que pula de lugar em lugar, você não consegue pegar ela para fazer o pré-natal bem feito. Aqui tem muita droga, muita, muita [...] só que eu não atendo quase os usuários, eu acabo atendendo os pais dos usuários, os idosos, né? M6

As equipes de ESF referiram geralmente encaminhar para serviços especializados “casos mais graves”, situações de difícil resposta ao tratamento, ou que o profissional estivesse com dificuldade para manejar e compreender a patologia. Referenciavam principalmente para serviços da RAPS, como o CAPS e o ambulatório de saúde mental, os quais contavam com psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Geralmente utilizavam o telefone para efetuar as referências, ligavam para o serviço indicado e informavam sobre o encaminhamento do caso. Orientavam também o usuário ou seus familiares para procurarem o serviço indicado. E, algumas vezes, realizavam o encaminhamento por escrito para que o usuário apresentasse no outro serviço.

Ah a gente geralmente encaminha lá para o CAPS, eles funcionam, tem porta aberta lá né, de todo jeito eu faço um encaminhamento, tento fazer um encaminhamento escrito com resumo breve assim da história né e daí eu explico para o paciente né, ele vai lá, vai passar por uma, vai ser orientado por alguém, vai passar por uma triagem para ver onde se encaixa melhor a demanda dele, hoje que a gente tem para referenciar é o CAPS, então é para lá que vai todos o que eu acho que não dou conta aqui né [...] M7

Em relação as contrarreferências, as equipes ESF apontaram que não havia uma formalização com retorno de informações sobre os usuários atendidos. Algumas vezes o CAPS ou o NASF discutiam sobre os usuários nas reuniões com a equipe de ESF. Algumas vezes o usuário retornava espontaneamente na unidade de saúde. Referiram também que poderia ocorrer de perderem o contato com o usuário após encaminhá-lo para a rede. Ou seja, não recebiam retorno do serviço especializado, ou o usuário não retornava na unidade, ou a unidade não ia atrás do usuário. Entretanto, na maioria das vezes os ACS realizavam visitas domiciliares em busca de informações sobre os usuários.

A gente vai na casa. Vai na casa pra saber. “Ai deu certo? Tá gostando do tratamento?” Quando não dá certo o paciente retorna aqui e faz o acompanhamento aqui no posto. Ai vai tendo essa ligação com o doutor. Vai tomando a medicação para se sentir melhor né [...] A enfermeira de lá (CAPS), ela vem aqui, mensalmente, ela tava fazendo o acompanhamento, ela não veio esse período ainda porque o pessoal estava de férias. Ela vem, passa para gente a situação dos pacientes, para ter esse respaldo né, esse acompanhamento, essa ligação. “Oh o paciente de vocês tá assim”. Tem uma boa ligação [...] E ela vem e passa pra gente os problemas né, e passa para gente como tá o paciente nosso, se a gente tem mais algum paciente que quer levar para ela. ACS7

Em relação ao registro das informações colhidas nos atendimentos e visitas domiciliares, os profissionais apontaram formas diferentes de registrar tais informações. Alguns registravam apenas a queixa principal que motivou a consulta. Alguns registravam também se algo adicional chamava atenção durante o atendimento. Alguns registravam situações mais complicadas, como por exemplo recusa de atendimento, ou algo que consideravam que poderia prejudicar o profissional e a equipe. Outros registravam apenas procedimentos e alterações no exame físico. Uma peculiaridade eram os registros dos ACS, já que as três equipes ESF referiram não ter prontuário de família. Alguns realizavam anotações no prontuário geral que os demais profissionais, médicos e enfermeiros, acessavam. Bem como na plataforma e-SUS. Comumente faziam anotações em arquivos próprios, como cadernos ou pastas construídas pelo profissional para esse fim.

Eu arrumei algumas pastinhas que eu peguei lá no almoxarifado, umas pastinhas e aí eu coloco lá dentro dessas pastas [...] Porque a gente não tem um espaço físico para montar um prontuário familiar, mas fica aqui, fica tudo aqui se precisar de qualquer coisa, de qualquer informação a gente tem [...] A gente está pretendendo montar, mas não tem ainda [...] Pelo menos eu anoto tudo, tudo que meus pacientes falam lá que eu vou, que eu converso [...] ACS4

A gente tem que passar tudo para o sistema do e-SUS, né? E lá tem algumas perguntas, tem outras que às vezes o que você colheu de informação às vezes não tem como registrar no programa que é muito pequeno, falta informação [...] Eu relato o que eu acho importante, porque eu tenho uma memória muito boa para essas coisas, às vezes eu não relato no papel, mas eu coloco no... tem um livro que na frente vai o cadastro da pessoa e a parte de trás você consegue colocar alguma coisa [...] No prontuário só se eu tiver que conversar com o doutor e passar alguma informação, mais por causa de remédio e encaminhamento, aí eu não consigo falar com ele porque não dá tempo, eu escrevo no relatório, mas não, não tem essa... não tenho esse costume de relatar tudo no prontuário não. ACS6

Apesar de a maioria dos profissionais das equipes de ESF compreenderem a APS como porta de entrada e a inclusão do cuidado em saúde mental, alguns poucos consideravam que o cuidado em saúde mental deveria ser oferecido apenas pelos serviços e profissionais especializados. Entendiam que tais tinham maior capacidade de oferecer

acolhimento, escuta e tratamento, e, portanto, o cuidado em saúde mental não deveria ser atribuição da APS. Consideravam inclusive que o cuidado clínico dos sujeitos com algum tipo de sofrimento emocional também deveria ser realizado nos serviços especializados, visto que entendiam que essas pessoas demandavam um nível de atenção que sobrecarrega o serviço da APS. Destacaram a presença de um médico clínico, contratado havia pouco tempo, no CAPS do município.

Acho que o certo era o CAPS lá mesmo porque lá tem as T.O., né? As terapeuta ocupacional, tem as psicólogas, tem a enfermeira, tem o técnico de enfermagem, tem a equipe formadinha e as artesãs que estão ali para usar do tempo, ensinar as pessoas a saber conviver com seus problemas, né? Eu acho que lá seria a referência mesmo, mais indicado. T7

Então, o que a gente faz é o que a gente tem de disponível que é encaminhar. Na verdade, é o que eu te falei, eu acharia que tudo deveria ser lá no CAPS. Mental não deveria nem ficar passando por clínica médica aqui porque esses pacientes eles tomam um pouco mais de tempo com clínica médica. Clínica médica é diabetes, hipertensão, né? São outros problemas de saúde e eu acho que ela deixa de atender mais pacientes com esses tipos de problema porque ela é uma clínica, né? Para atender mental sendo que mental teria que ser psicólogo e psiquiatra. T7

6.3.3.2 Dificuldades e limites da ESF para oferecer cuidado em saúde mental

A partir de agora descreveremos as dificuldades apontadas pelos profissionais das equipes de ESF em relação ao cuidado com saúde mental. Em síntese, abstraiu-se do material três grandes dificuldades: Dificuldade com a organização do processo de trabalho na unidade de saúde da família; Dificuldade no contato com a RAPS; Dificuldades pessoais.

É importante destacar que poucos meses do início da presente pesquisa, uma equipe de unidade de saúde tradicional foi reorganizada para a configuração de equipe de saúde da família. Principalmente pela necessidade de ampliação da APS, através do intermédio da equipe de pesquisadores e docentes da USP com os gestores do município estudado.

Dificuldade com a organização do processo de trabalho na unidade de saúde da família

As equipes de ESF apontaram dificuldades em relação a falta de profissionais na própria unidade de saúde. Especialmente da categoria de agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e recepcionistas. Referiram que as vezes não havia profissionais

para substituir aquele profissional ausente ou afastado do trabalho. E, assim, ficavam com a equipe incompleta por algum tempo.

Apontaram que a falta de profissionais na equipe afetava a rotina do trabalho, sobrecarregava os profissionais por precisarem executar tarefas adicionais. Como por exemplo, agentes comunitários ou técnicos de enfermagem executarem o serviço da recepção da unidade por falta de profissional específico nesse cargo. Alguns agentes comunitários referiram também realizar a função de agentes endêmicos no território, o que, colaborava ainda mais para a sobrecarga de trabalho.

Além disso, todas as equipes de ESF apontaram dificuldade com a alta demanda de atendimento na unidade e a população do território ser extensa. Os profissionais apontaram que a rotina e sobrecarga do trabalho interferiam na disponibilidade para o atendimento em saúde mental. Alguns referiram não conseguir despender atenção necessária para o usuário.

A nossa estrutura não dá para dar uma atenção maior para todo mundo. Na verdade, a gente queria dar uma atenção especial para todo mundo, mas a gente não tem como fazer isso, é muita população, é muita gente [...] (falta) recursos humanos porque a gente aqui, nós somos em três agentes, a gente está com uma população gigantesca, eu demoro quase dois meses para poder voltar na primeira rua que eu comecei no começo do mês, eu demoro quase dois meses para voltar e nesses dois meses muita coisa acontece. E aí está fora do meu alcance para poder ajudar, para poder dar uma orientação. ACS4

Falta tempo também né aqui para a gente poder, eu gostaria, vamos supor, igual ontem que ela ficou aqui no soro, estava mais tranquilo, então deu para conversar, deu para eu ir ali toda hora dar uma atenção, mas tem dias que você não consegue nem olhar na cara do paciente, então assim, da, da minha parte, o que eu consigo fazer no momento ali, que está tranquilo, conversar ou passar um caso para um, conversar com outro, pedir para ver se está tudo bem, eu tento o máximo, é buscar fazer isso, mas às vezes não, não dá tempo nem de, de conversar. T6

Os profissionais das equipes ESF apontaram dificuldade com a organização do serviço na própria unidade de saúde. Identificaram a falta de espaço físico na unidade, bem como falta de profissionais para a execução de atividades de promoção de saúde. Pontuaram o excesso de trabalho como um dos empecilhos para a proposição e execução de atividades grupais, além da dificuldade de conduzir grupos na atenção primária sem o amparo de profissionais especializados. Reconheceram que a falta de adesão da população em intervenções grupais poderia ser devido ao desinteresse do profissional pela área de saúde mental. Houveram algumas falas que sinalizaram a compreensão de

alguns profissionais que, a condução de grupos não deveria ser atribuição do trabalho da APS.

Precisaria de um profissional para ajudar porque se a gente dá uma ideia dessa (grupos) tudo ficaria para a gente, a gente não precisa de mais trabalho, a gente só precisaria de ajuda. A gente tem que ser apenas um apoio, ir lá ajudar, não ficar para nós. Uma vez a psicóloga veio com uma ideia de uma artesã vir para cá, só que aí ela falou assim "a artesã vai ensinar e alguém precisa tomar conta" e a gente falou "não, então não precisa vir" porque a gente não precisa de alguma coisa para nós tomarmos conta porque a gente já tem várias coisas para a gente tomar conta [...] a gente não pode pegar as coisas para nós, então às vezes a gente não dá ideia porque se não, fica para nós [...] Se não, é mais um serviço e o nosso vai ficando porque o nosso ninguém faz e a gente faz o de todo mundo, mas o nosso ninguém faz. ACS1

Por fim, reconheceram também a dificuldade de trabalhar com desistências e interrupções no tratamento oferecido, o que poderia prejudicar a continuidade e a evolução do tratamento.

Dificuldade no contato com RAPS

As equipes de ESF identificaram dificuldades em relação ao funcionamento e comunicação com os serviços da RAPS do município em evidência. Explicitaram a alta demanda de encaminhamentos para especialidade e longa espera para vagas de acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Queixaram-se da falta de especialistas nos serviços, como psicólogos e que havia um único psiquiatra para toda a rede. Alguns profissionais apontaram também a falta de profissionais da nutrição e dentistas. Consideraram que mesmo que tais profissionais não fossem da área psi, questões de saúde, como diagnóstico de diabetes e dor de dente, também interferiam no emocional dos sujeitos e vice-versa.

Relataram dificuldade de compreensão da organização e modo de funcionamento dos serviços da RAPS. Queixaram-se de não saber exatamente para qual serviço encaminhar os usuários e de haver alterações nos fluxos de encaminhamento para a rede. Por exemplo, as vezes encaminhavam os usuários para um determinado serviço e eram orientados para solicitar que o usuário procurasse outro serviço. Sinalizaram também a falta de contrarreferência, apontaram que não receber retorno sobre os casos poderia prejudicar o seguimento de saúde do usuário. Uma vez que, se o usuário não conseguisse atendimento na especialidade ou não tivesse sua demanda atendida, poderia estar sujeito a possíveis crises ou agravamento de sua condição. Alguns profissionais, entretanto,

reconheceram que falhas na comunicação também poderiam ser devido a não proatividade das equipes de APS para se comunicarem com os serviços da RAPS.

Eles (CAPS) pedem né, para a gente fazer o máximo que a gente pode nos casos mais simples né, e os casos mais complexos referenciar para lá. O problema é que a gente não tem uma, sei lá, tipo uma contrarreferência, “ah o paciente está assim, o diagnóstico é esse, tá usando isso, tá bem ou não tá” né. A gente não... essa comunicação muito falha, então aí acontece isso, o paciente está em crise aí bate aqui, aí eu “opa, quem que é esse? o que está acontecendo?” né, difícil. M7

Referiram dificuldade também em relação ao modo de funcionamento do CAPS, uma vez que nem todos os usuários encaminhados para o serviço especializado eram absorvidos. Talvez devido à alta demanda de atendimento recebido por esse serviço ou indisponibilidade dos profissionais para atender os usuários. Os profissionais das equipes de ESF consideraram além disso, que, esperavam que os profissionais do serviço especializado tivessem maior capacidade de acolhimento, de receptividade e empatia com os usuários encaminhados.

Não dá conta da demanda. É... eu não acho que o CAPS ajuda muito, eu acho que eles fazem muito pouco do que eles precisariam fazer [...] (falta) atendimento, de acolhimento, o pessoal, os moradores da área eles reclamam muito com isso, que o acolhimento lá não é bom [...] eu acho que deve ser muito difícil você procurar o CAPS, porque é... ele já tem um nome né, você fala “estou procurando... estou indo no CAPS”, eu acho que quando ele resolve ir lá... porque acho que primeiro ele procura a unidade, que nem os nossos pacientes aqui, acho que primeiro eles procuram a gente, depois eles vem conversar com a enfermeira, depois eles passam consulta com o médico, eu acho que para eles o CAPS já é o último passo, tipo “agora eu não aguento mais, eu vou, eu vou para o CAPS” e aí a hora que chega lá, eles não são bem acolhidos, então eu acho, o acolhimento está faltando, está faltando que o pessoal tenha mais responsabilidade com o trabalho que eles estão fazendo. ACS5

Em relação ao trabalho da equipe do NASF, uma equipe de ESF em específico, apontou que não se sentiam amparados. Relataram que, em momentos de anos anteriores, recebiam mais apoio em ações grupais e para discussão de casos. Porém, gradualmente, essa equipe tem sentido o distanciamento da equipe do NASF e a diminuição do suporte recebido. O que, prejudicava o desenvolvimento nas ações de promoção de saúde, grupos, visitas domiciliares e discussão compartilhada de casos. Além disso, consideraram que os próprios profissionais da equipe do NASF não eram capacitados para desenvolver as funções requeridas pela função.

[...] então a gente não sabe... nem lembra que tem que recorrer a eles em alguns momentos porque não está muito estabelecido o trabalho deles aqui com a gente. A gente ainda não sente o apoio [...] elas falam pra gente discutir algum caso, mas acaba não dando tanta continuidade, não retoma isso numa próxima vez porque aí demora muito tempo para voltar [...] Então eu esperava isso, eu esperava um melhor preparo deles para com a gente, assim, você entendeu? A gente esquece que eles existem [...] elas tentam também dar o suporte, mas também vejo que falta nelas conteúdo para poder... elas também não foram tão preparadas para isso [...] E8

Algumas equipes de ESF referiram dificuldade com a internação de usuários de substâncias psicoativas. No município havia disponibilidade de leitos para desintoxicação, mas não para internação a longo prazo caso fosse necessário. Os profissionais relataram dificuldade em direcionar os usuários para outros serviços e recursos da rede.

Alguns profissionais das equipes de ESF consideraram que a gestão do município não estava atenta para as demandas da área da saúde mental, tanto dos usuários quanto dos profissionais. Demandas essas que não se limitavam apenas ao fornecimento de medicamentos. Esperavam que a gestão oferecesse capacitação para os profissionais e que os serviços da RAPS fossem mais estruturados para o cuidado em saúde mental.

Eles (gestão) não se preocupam se a gente atende, se não atende, como que está como que não tá. Hoje o que está pegando é a questão do pré-natal, da gestante, da obstetrícia [...] Então a prioridade da prioridade hoje é isso, a cobrança maior é em cima disso, né? E acaba que fica para segundo, terceiro plano. Não sei em que plano está a saúde mental aqui, se está em algum patamar de preocupação e de interesse [...] Eu sinto muito fragmentado, eu sinto muito desvalorizado, muito jogado a parte de saúde mental pela gestão deste município. E8

[...] a gente nunca teve um olhar assim, para acompanhar, um olhar digo assim, do município, da saúde com relação... para cuidar da saúde mental das pessoas. O cuidado que eles (gestão) tem, no meu olhar, é não deixar faltar os calmantes dessas pessoas. É diazepam, é rivotril, é clonazepam, não pensa em dar uma atenção, só não deixa faltar o medicamento, o resto... ah não faltando medicamento tá tudo bem. Muitos acho que nem precisariam estar tomando tudo isso de medicação se tivesse um lugar para esse pessoal ser acompanhado né, às vezes eles quer mais atenção, para conversar com a gente, quer desabafar né, não só com a gente, mas com a própria família também. ACS7

Percebeu-se que todas essas falhas do funcionamento da RAPS identificadas pelos profissionais da APS poderiam provocar prejuízos tanto para o atendimento das pessoas com algum tipo de sofrimento psíquico quanto frustração para os profissionais da APS. Identificou-se o sentimento de desamparo desses profissionais por perceberem que não podiam contar com a rede. Relataram se sentir limitados quanto as possibilidades de ações

de cuidado em saúde mental na APS e na rede. Frustrados por não conseguirem dar um encaminhamento para as demandas que ouviam nos atendimentos e por identificarem que as pessoas encaminhadas não eram todas acolhidas pelos outros serviços.

Tem muito pouco psicólogo atendendo, então eles nunca chamam [...] É, então é por isso que a gente está sempre escutando o problema dos pacientes e a gente não está sabendo fazer, o que fazer, a gente não está fazendo nada, porque o serviço que a gente oferece não é suficiente, então [...] É, tem o que fazer, mas não tem como fazer, porque a psicóloga não vai conseguir atender, não adianta a gente encaminhar para... Já encaminhamos, mas você vai voltar lá (na casa da pessoa) e ela vai falar de novo, ela vai falar de novo e você não vai ter o que fazer com aquilo, é nesse sentido [...] Ai, eu acho que é mais dó né, porque você vai passar ali de novo (na casa da pessoa) ela vai estar com o mesmo problema e você vai ouvir de novo e você não vai fazer nada de novo, isso é triste [...] Porque ele não adoeceu ainda, mas ele está gritando por ajuda, você não consegue ajudar então você vai vendo só, só vendo o tempo passar. ACS5

Dificuldades pessoais

Os profissionais das equipes de ESF referiram dificuldades classificadas como de ordem pessoal. Exemplo disso é a dificuldade para lidar com os limites da atuação, os quais geravam sentimento de impotência e frustração. Como a dificuldade para conscientização dos familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico sobre a importância do tratamento e a não estigmatização de sua condição. Além de questões socioeconômicas dos usuários.

Referiram também sentimentos de medo, raiva e falta de paciência diante de algumas situações com usuários de substâncias psicoativas, pessoas agressivas, em crise psicótica ou outras demandas de ordem emocional. Além de, insegurança para lidar com a imprevisibilidade ou com o que não era sabido sobre os sujeitos. Observou-se que alguns profissionais declararam explicitamente e outros implicitamente a dificuldade de trabalhar com saúde mental e de não gostarem de atender essa área da saúde.

Eu tenho dificuldade para lidar com usuário de droga, tenho dificuldade para lidar com depressivo [...] aquilo gera um pouco de raiva porque a gente é humano [...] E8

[...] eu tenho dificuldade para lidar com paciente mental [...] eu não tenho uma base assim, um estudo para saber lidar. Falta um pouco de paciência, como eu te falei, como é tudo muito corrido, esses pacientes você tem que dispensar mais tempo, você tem que né, saber lidar com eles, tem alguns que são agressivos né, e aqui é complicado [...] T8

Acho que mais para identificar mesmo o grau, né? Quem é quem. Porque tem uns que são visíveis, mas tem uns que não [...] Na verdade quando fala saúde

mental eu acho que eu tenho um pouco de medo porque você não sabe o que ele está pensando [...] ACS6

Em uma unidade de saúde da família em específico, ocorreu agressão física de uma usuária em uma situação de crise contra uma das profissionais da equipe. O ocorrido corroborou com o medo da equipe. Apontaram também sentimento de insegurança pela localização da unidade de saúde, por ser perto de pontos de tráfico e não disporem de um profissional da área de vigilância na unidade.

Alguns profissionais das equipes de ESF referiram dificuldade com a escuta em saúde mental diante do desafio de lidar com o sofrimento do outro ser humano, que por vezes era parecido com o próprio sofrimento. Escutar a dor do outro gerava angústia para alguns profissionais. Relataram que a dificuldade para escutar também estava ligada com a percepção de limites quanto as possibilidades de ação e intervenção para aliviar o sofrimento dos sujeitos.

É essa escuta, acho muito difícil escutar o que a pessoa está falando, porque você não vai saber o que fazer, então, tipo assim, tem hora que eu preferia não ouvir, do que... tá, e eu vou fazer o que? Nada! então... Eu preferia não saber [...] mas eu acho que a gente precisava fazer alguma coisa com isso, porque senão a gente fica só escutando e aí a gente escuta, escuta e aí a gente fica levando esse monte de problema para nossa casa, porque você fica mal, você escutou o problema dele, você se identificou às vezes com ele, você não saber o que fazer, então acaba sendo em vão e atrapalhando nossa saúde mental, porque você fica só escutando, só escutando, você fala “não vou conseguir fazer nada”. ACS5

[...] eu acho que (falta) curso nessa área, de como você tratar o paciente na casa dele, quando ele conta alguma história para você, alguma coisa que você não pode ajudar, ele sabe que você não pode ajudar, que você quer só... ele quer só te contar, o que que você fala? [...] Ah com morte, para mim é muito difícil quando eles contam, alguém que faleceu [...] e quando eles estão com algum problema de saúde ou problema relacionado a drogas, eles, não tem... não tem uma solução, mas eles querem te contar e aí você faz o que? o que que você responde depois né? geralmente fica um silêncio pesado, complicado. ACS7

Alguns profissionais referiram sentir que o apoio que ofereciam aos usuários, na maioria das vezes pela escuta, não era suficiente. Ou pensavam que, apenas a escuta não ajudava. Consideraram que seria necessário que o especialista atendesse o sujeito e cuidasse de sua dor.

[...] é que às vezes a gente vê que só a escuta não está resolvendo [...] então às vezes o paciente ele não... o redor dele não quer ajudar e aí o tempo vai passando e o tempo passa muito rápido, esse é o grande problema que eu encontro de só escutar, só escutar, às vezes o tempo vai passando muito rápido [...] Ai... olha a maioria das vezes que eu escuto é assim, eles precisavam de atendimento psicológico mesmo. ACS5

Os profissionais das equipes de ESF apontaram também percepção de falta de preparo técnico e acadêmico para o trabalho com saúde mental. Sinalizaram que a falta de conhecimento dificultava a compreensão e manejo com pessoas em sofrimento. Para alguns profissionais não ter formação específica foi apontada como um dos fatores impeditivos para a atuação nessa área. Alguns consideraram que não deveriam assumir função de trabalho nesse campo.

[...] talvez uma deficiência assim de formação né, de não ter formação específica né, como a psiquiatria ou com outras coisas para sei lá, para poder apoiar um paciente que está em uma crise né ou delirando ou psicótico, alguma coisa nesse sentido assim né, a gente faz essas coisas superficialmente, essas outras habilidades assim de acolher, de apoio, acho que falta um pouco isso. M7

Eu acho que pelo preparo que eu tenho, não tenho função nenhuma, eu acho que não é minha obrigação, porque a gente não veio preparada para fazer isso não, a gente nem sabe como fazer, então eu acho que não é minha função, porque em vez de ajudar a gente pode estar piorando [...] você escuta né, você escuta, mas eu acho que não teria que ser nossa responsabilidade. ACS5

6.3.3.3 Aprimoramento das práticas para o cuidado com a saúde mental na ESF

Considerando o trabalho já realizado pelas equipes de saúde da família estudadas, suas potencialidades, dificuldades e limites, abstraiu-se do material pontos que tais profissionais consideraram necessário aprimorar no trabalho com saúde mental. Destacou-se três grandes necessidades de aprimoramento: Aprimoramento no modo de trabalho nas unidades com equipes ESF; Aprimoramento no desenvolvimento pessoal e em termos de conhecimento; Aprimoramento do trabalho dos serviços da RAPS.

Aprimoramento no modo de trabalho nas unidades com equipes ESF

Os profissionais das equipes ESF apontaram a necessidade de contratação de outros profissionais na própria equipe, principalmente técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Referiram que ter mais profissionais na equipe poderia contribuir para diminuir a sobrecarga de trabalho e possibilitaria a inserção em outras atividades com os usuários. Como por exemplo, participar de grupos, fazer visitas domiciliares, participar de reuniões de equipe e reuniões com outros profissionais da rede.

Referiram também a necessidade de aprimorar o acolhimento oferecido na unidade de saúde. Reconheceram que o acolhimento tem potencial de colaborar para a vinculação e identificação das necessidades dos usuários. Portanto, seria necessário acolher no sentido de escutar mais atentamente e buscar compreender a demanda do sujeito.

Eu acho que tem que ser melhorado é na porta de entrada já, entendeu? porta de entrada, às vezes tem que saber mais ou menos e identificar, eu acho que todos os problemas ali, né assim, porque às vezes chega as pessoas ali, que estão depressivas, que estão... entendeu? e ali eu acho que você já tem que dar o primeiro atendimento pra ela [...] A recepção, o acolhimento entendeu, porque eu acho que ali, muitos casos dali já vão embora, porque, porque não se compreende não é? não se compreende o caso, eu acho que... tal negócio, há casos e casos, você tem que parar e ter um outro olhar né, pra aquela pessoa, eu acho que a porta de entrada eu acho que é tudo, eu acho que ali é, que é onde é, e o agente na rua também entendeu, ali e o agente na rua [...] ACS2

As equipes de ESF identificaram também a necessidade de desenvolverem mais grupos de promoção de saúde em parceria com outros profissionais da RAPS. Acrescentaram a possibilidade de a oferta ser para a cidade inteira e não especificamente em uma determinada unidade de saúde. Além de necessitarem também do apoio financeiro por parte da gestão para executar as ações.

Aprimoramento no desenvolvimento pessoal e em termos de conhecimento

As equipes ESF apontaram almejar receber mais suporte dos serviços especializados em saúde mental, como a equipe do NASF e CAPS. Apoio para compreensão e discussão de casos, para realizar projetos terapêuticos singulares e visitas domiciliares conjuntamente. Referiram que tais ações poderiam colaborar para maior aprendizado, para aprimorar o cuidado com o usuário e a prática em saúde mental. Além disso, referiram desejar receber mais apoio para elaboração e condução de grupos e ações de promoção de saúde. Além de ampliar as ações que já existiam e estava sendo consolidado, como o matriciamento.

[...] as meninas do CAPS elas tem bastante experiência de, para lidar com o paciente, então elas passam uma segurança grande para lidar com esse tipo de paciente né, eu acho que é assim, lidar mais e escutar mais e aprender mais como que lida com esse tipo de paciente né, e acho que essas são ações importantes de matriciamento, de educação permanente né, e a gente queria né fazer um matriciamento com o próprio psiquiatra né, daí fala assim “ah, a gente está com dificuldade nesse caso né, o que que a gente pode fazer? [...] Então eu acho que o matriciamento né, com todos os profissionais né, acho que ajudaria mais, para suprir essa nossa assim deficiência de, de familiaridade né, mesmo com o paciente de saúde mental. M7

Mencionaram almejar aprender mais sobre saúde mental, a partir do conhecimento teórico, por meio de cursos, por exemplo. Apontaram que necessitavam ampliar o conhecimento para identificar os usuários com alguma questão de saúde mental, e assim conseguirem oferecer algum tipo de cuidado e tratamento. Alguns marcaram o interesse em aprender a lidar e manejar situações de crises psicóticas. Em geral, identificaram a necessidade de aprendizado sobre diagnósticos mais prevalentes, tratamentos e medicamentos. Apostaram que o conhecimento teórico poderia colaborar para aprimorar o trabalho em campo, no sentido de se sentirem mais capazes de orientar e acolher os sujeitos. Alguns profissionais assinalaram que poderia haver incentivos por parte da gestão do município com a oferta de cursos, capacitações e especialização na área de saúde mental. Outros, referiram a necessidade de aprendizado em outros temas da área da saúde.

As equipes de ESF identificaram também a importância de terem mais espaços de educação permanente, com a participação de todos profissionais. Apontaram a necessidade de que ações e espaços como esses fossem instituídos e permanentes no município e que pudessem discutir questões sobre processo de trabalho das equipes. É importante destacar que os profissionais reconheceram as ações da equipe de docentes da USP como intervenção de educação permanente.

Alguns profissionais assinalaram a necessidade de receberem suporte terapêutico para se cuidarem e se sentirem mais capacitados para acolher e lidar com o sofrimento do outro, e assim, não adoecerem. Identificaram a importância de aprender a escutar e sobre o que fazer com o que se escuta. Além da necessidade de trabalhar os próprios preconceitos com a saúde mental.

Ah! Para mim conhecimento nunca é demais, mas seria bom se tivesse pelo menos uma vez por mês alguém que cuidasse da nossa saúde para cuidar da saúde deles porque a gente fica tão... sabe? Sobrecarregado, preocupado, que a gente vai ficando doente. Então o que eu acho falta é nisso, por mais que a gente cuida. Só que a gente também precisa ser cuidado. ACS3

Eu acho que é a escuta mesmo, trabalhar mais a escuta, porque sobre as doenças em si a gente até aprende bastante [...] eu acho que o que está faltando é a gente aprender a escutar e conseguir fazer alguma coisa com isso, para a gente não acabar sendo um depósito de informação. ACS5

O manejo pessoal porque eu tenho muita dificuldade [...] Eu quero atendê-los da melhor forma, só que eu tenho meus limites, né? Então precisaria de alguém, de um suporte, de um serviço que "olha, dentro do seu trabalho você pode superar isso dessa forma, olhar desse jeito, vai além do que você está enxergando, não é isso" e eu não tenho, sou eu sozinha. Eu comigo, com as coisas que eu leio. E8

Aprimoramento do trabalho dos serviços da RAPS

Referiram necessidade de ampliação de recursos, para além do uso de medicação, na rede de saúde para oferecerem aos usuários. Como por exemplo, grupos, ações de promoção de saúde, serviços de apoio aos sujeitos em sofrimento psíquico. Além disso, apontaram a necessidade de que outros serviços da rede, como serviços especializados no cuidado em saúde mental e serviços socioassistenciais, estivessem mais atuantes juntamente com os serviços da APS, e que houvesse maior comunicação e integração entre esses setores.

Entretanto, alguns profissionais apontaram não sentir tanta necessidade de suporte de outros serviços, mas que, os outros serviços funcionassem melhor ou que tivessem especialistas da área psi na própria unidade de saúde para atendimento em saúde mental. Enfatizaram a importância de uma RAPS que funcionasse e acolhesse as demandas de saúde mental que não conseguissem trabalhar na atenção primária. Ficou implícito que, para a minoria dos profissionais das equipes de ESF, a saúde mental deveria ser cuidada pelos especialistas, e não pela APS.

6.3.4. CONHECIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

Essa unidade temática emergiu do material a partir de questionamentos feitos aos entrevistados sobre quais serviços compunham a RAPS e sobre a frequência do contato da equipe de APS com tais serviços. Aqui apresentaremos os resultados de todas as equipes estudadas, ou seja, as cinco equipes de unidades básicas tradicionais e as três equipes de estratégia de saúde da família. As equipes de APS informaram os seguintes serviços que compõem a RAPS do município apresentadas no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Serviços e equipamentos da RAPS citados pelos entrevistados

Atenção Primária à Saúde	Estratégia de Saúde da Família (ESF)
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Atenção Psicossocial Estratégica	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
	Ambulatório de Saúde Mental
	Conselho Tutelar (CT)
	Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)
	Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
	Centro de Acolhimento para Idosos
	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)
	Comunidade Terapêutica (CT)
Atenção de Urgência e Emergência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
Atenção Hospitalar	Hospital Filantrópico
	Hospital Psiquiátrico

É importante observar que essa relação de serviços da RAPS foi construída a partir do relato dos 28 profissionais entrevistados. Porém, nem todos os serviços listados foram citados igualmente por todos os profissionais. E, nem todos profissionais citaram ou de fato conheciam a existência de alguns desses serviços.

Notou-se também que os serviços citados indicavam a relação de frequência de “uso”. Ou seja, frequência de contato e necessidade que aquele profissional/equipe tinha dos serviços, a partir da experiência vivida no trabalho, necessidades do território e usuários atendidos pela unidade de saúde. Por exemplo, territórios com maior vulnerabilidade social requeriam maior suporte de equipamentos de proteção social. Portanto, os serviços mais citados pelos profissionais foram os CREAS e CRAS. Os profissionais apontaram tais serviços socioassistenciais como importantes equipamentos que colaboravam para o cuidado em saúde mental.

Foi possível apreender que nem todos os profissionais compreendiam o que era RAPS. E, portanto, foi necessário adaptar a linguagem para que pudessem entender e responderem com o que tinham de conhecimento. Outros profissionais confundiam a RAPS com serviços socioassistenciais.

6.3.4.1 A existência (ou não) de laços com a RAPS

A análise dos dados demonstrou que os profissionais da APS sabem que existe e conhecem alguns serviços da RAPS. Porém, a maioria não compreende a organização e o modo de funcionamento dos serviços. Além disso, mesmo conhecendo, a maioria não mantinha contato frequente com os serviços da RAPS. As situações de contato entre os serviços da APS com os serviços da RAPS foram aquelas em que os profissionais necessitavam encaminhar os usuários para os serviços especializados. Como descrito sobre as possibilidades do trabalho tanto das equipes de ESF quanto de UBS com a saúde mental, a maioria das equipes realizavam as referências dos usuários para serviços especializados, sem necessariamente, o estabelecimento de trocas de informações entre as equipes.

Ai meu deus é... eu sei que existe um serviço de, de atenção psicossocial, mas não conheço, não, dificilmente a gente tem contato... e é a equipe às vezes acaba acionando por é, às vezes a gente tem um paciente que é usuário é, aí fica grávida, aí você acaba tendo que acionar o serviço social para dar um apoio nessa parte assim, mas aí eu mesmo quase contato nenhum nessa parte é, do serviço social e eu acho que é só, que eu me lembro. M7

Desconheço (o ambulatório saúde mental). Eu já ouvi falar mas desconheço. Pra mim nunca, eu conheço o que tem, tudo, não sei onde, não sei quem, eu desconheço mesmo. Pra nós nunca nos ajudaram em nada não. M1

Alguns profissionais referiram maior proximidade e frequência no contato com determinados serviços da RAPS, como por exemplo, o CAPS. Quando necessitavam, ligavam, trocavam informações, solicitavam orientação para condução do caso. Com frequência menor, faziam contato com serviços socioassistenciais, como o CRAS, no qual solicitavam auxílio, como cestas básicas, para os usuários.

Notou-se confusão pelos profissionais, tanto das equipes de ESF quanto de UBS, sobre a modalidade do CAPS do município. O CAPS era modalidade Álcool e Drogas (CAPS AD) e mudou para modalidade CAPS II. Mudança essa que ocorreu durante o período da coleta de dados da presente pesquisa. Desse modo, durante a coleta de dados, alguns profissionais se referiam ao serviço de atenção psicossocial como CAPS, outros como CAPS AD. Demonstrando, assim, a confusão e desconhecimento sobre a mudança. Além do desconhecimento sobre a demanda atendida e modo de funcionamento deste serviço.

[...] o CAPS é AD, só que o CAPS AD que é aqui próximo inclusive, a gente está mandando esquizofrênico, está mandando tudo pro CAPS AD [...] a gente já recebeu uma orientação de que se você está vendo uma pessoa com depressão, que precisa de um suporte mais rápido, manda no CAPS. Tem aí um bipolar, manda no CAPS. Mas lembrando, esse CAPS é AD, ele está absorvendo também isso. E8

[...] desde que mudou o CAPS para cá, para próximo, e a gente tem indicado esses pacientes para lá. Ela tá tendo essa ligação [...] Eu acho que não tem um ano ainda [...] Era pouco o contato. Porque com esse tipo de serviço, agora que teve essa melhora. Porque antes ele era só o CAPS, não era o AD. Era mais difícil o contato [...] Agora aqui tá mais acessível né, tá melhor para lidar com os pacientes tudo. Não é só problema mental assim... é... exclusivo do paciente, às vezes a família também pode vim buscar um tratamento. ACS7

Em uma unidade de saúde em específico notou-se que havia um caminho inverso dos fluxos de encaminhamento. Ao invés da APS encaminhar os usuários para os serviços especializados em saúde mental, os serviços da RAPS eram quem encaminha para a unidade de saúde. Encaminham não como contrarreferência, mas com o sentido de solicitar consulta psiquiátrica com a médica da unidade de saúde, a qual, tinha um pouco mais de experiência com atendimentos em saúde mental. Os membros dessa equipe apontaram que a profissional médica recebia encaminhamentos tanto dos serviços da RAPS, quanto demandas de outras unidades de saúde da APS e cidades vizinhas.

Essa unidade temática sistematizou o modo de funcionamento e articulação da rede de saúde do município, especificamente entre os serviços da APS com a RAPS. Vale ressaltar que considera-se aqui, o ponto de vista e experiência dos profissionais de saúde entrevistados.

7. DISCUSSÃO

7.1 Mudanças de paradigmas: a inclusão da saúde mental na Atenção Primária à Saúde

O processo de transformação do conceito e do modelo de assistência em saúde mental tem sido um desafio ao longo de décadas no Brasil, principalmente em função das ideologias e crenças em relação à saúde e ao adoecimento mental.

Como apresentado extensivamente na literatura da área, a loucura era compreendida como desvio da norma e o sujeito encarado como perigoso, emocionalmente instável, improdutivo, justificando seu exílio do convívio em sociedade.

Com os processos disparados principalmente pela Reforma Psiquiátrica, uma nova compreensão foi se expandindo, conferindo maior ênfase sobre o sujeito do que sobre a doença, resgatando uma pessoa com direitos, a partir de um processo de reconhecimento da produção social da saúde mental. Assim, reconhece-se também que os conceitos de saúde e doença são construídos e alterados ao longo da história, e estão intimamente ligados ao contexto histórico, geográfico, político, econômico e cultural da sociedade (AMARANTE, 1995; MILLANI; VALENTE, 2008; RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003; VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001).

Os profissionais de saúde entrevistados nesse estudo, em sua maioria, revelaram adotar uma concepção de saúde mental mais atrelada à visão de uma doença, um adoecer que provoca prejuízos funcionais e para a sociabilidade do sujeito. Foi identificada também a concepção de saúde mental como loucura e enfatizados os aspectos das crises psicóticas, onde os sujeitos são identificados como agressivos e com reações imprevisíveis.

As falas dos entrevistados expressaram, de forma mais ou menos explícita, sentimentos de medo com o trabalho em saúde mental, principalmente quando relacionado a situações de crises psicóticas e uso e abuso de álcool e outras drogas. Com frequência bem menor identificaram-se compreensões de saúde mental com o sentido vinculado à saúde e bem-estar, independentemente da existência de diagnósticos.

Vários estudos corroboram a compreensão de saúde mental enquanto doença e transtorno mental, que ocasiona perdas de capacidades, de laços afetivos, de potências (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003; VELOSO; SOUZA, 2013).

Angelini e Caccia-Bava (2015) descrevem a presença de estereótipos de incapacidade e periculosidade. Embora concepções de saúde mental de forma mais ampliada, reconhecendo a dinamicidade do processo saúde-doença mental também tenham se revelado. O que demonstra, nessa dicotomia, concepções díspares do processo saúde-doença-cuidado.

No presente estudo revelou-se uma separação entre aqueles com questões de saúde mental ou pacientes psiquiátricos *versus* os demais pacientes. Sobre esse resultado, questiona-se o reducionismo no campo da saúde mental. Como se os sujeitos com algum tipo de sofrimento se configurassem como uma coisa só, a partir de suas necessidades específicas de ordem emocional. Sendo saúde mental entendida dessa forma, como ausência de doenças.

Moliner e Lopes (2013) a partir dos achados de suas pesquisas, descreveram que os usuários de saúde mental eram identificados como portadores de doença/transtornos mentais, e, portanto, rotulados como “diferentes”. Entende-se que, a compreensão dos sujeitos sobre a saúde mental afetará suas práticas profissionais. Compreensões de saúde mental enquanto doença, predizem práticas assistenciais voltadas a tratar problemas. Portanto, a forma de pensar e ver o mundo afeta as ações sobre ele.

Em consonância, Scorsolini-Comin e Figueiredo (2018) apontaram que a visão da comunidade sobre o indivíduo influencia a forma como será realizado seu tratamento. Como descrito na história, os “loucos” eram isolados do convívio em sociedade, e “tratados” em manicômios, nos quais nada havia de terapêutico.

O desenvolvimento do conhecimento nos permite afirmar hoje que saúde mental não é construída apenas de componentes de ordem individual como o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos, comportamentos e relações sociais. É consequência de uma diversidade de interações de ordem biológica, psicológica, social, cultural, econômica e política. A determinação social de saúde mental envolve fatores como condições laborais, de educação, pobreza, habitação, urbanização, além de vivências geradoras de sofrimento. Envolve questões como presença, qualidade e acessibilidade aos serviços e ações de saúde pública, a recursos comunitários, bem como o grau de integração e suporte social (ALVES; RODRIGUES, 2010; DIMENSTEIN *et al.*, 2017; WHO, 2013).

A Reforma Psiquiátrica reafirma essa compreensão ao envolver todo um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Pressupõe a proteção

dos direitos humanos e de cidadania, a ampliação do conceito de saúde-doença e o cuidado territorial e em sociedade.

Para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam de fato implementados e incorporados em sociedade, algo precisa ser transformado, para além da reforma dos modelos de tratamento e da necessidade de novos equipamentos e dispositivos de assistência. Requer a definição de um novo foco: não mais o doente mental que necessita ser isolado para ser recuperado, mas a pessoa que tem direitos. Para Amarante (1995), os fundamentos da transformação institucional incluem a desconstrução das ideologias, das funções dos técnicos, dos intelectuais e dos diversos campos do conhecimento.

Ampliar a compreensão de saúde mental talvez possibilite ampliar as práticas, para que sejam práticas plurais, que considerem a inserção social e autonomia dos sujeitos. Práticas de prevenção e promoção de saúde. Talvez possibilite que os profissionais se enxerguem na posição de agentes de mudança e não no papel de agentes de opressão e exclusão.

Millani e Valente (2008) enfatizaram que, sem essa consciência das contradições explícitas e implícitas da prática, a assistência tende a reproduzir a mesma prática apenas em locais diferentes dos hospitais psiquiátricos. Ou seja, muda-se o local, de hospitais psiquiátricos para serviços extra-hospitalares, mas a prática continua a mesma. Os manicômios deixam de ocupar espaços físicos, para ocupar mentes.

Angelini e Caccia-Bava (2015) destacaram que se as equipes puderem, de fato, olhar para os sofrimentos dos sujeitos, reconhecer suas complexidades e necessidades de cuidado, talvez haja maior possibilidade para se ampliar os vínculos entre ambos. Enfatizaram que tão importante quanto o reconhecimento de possíveis diagnósticos e definição de condutas, está o reconhecimento de como a pessoa vive e sofre, e os recursos que utiliza para lidar com seus sofrimentos e adoecimentos.

Nesse estudo identificou-se pontos similares e dissonantes no modo de trabalho em saúde mental entre as equipes de UBS e equipes de ESF. Tanto as equipes de UBS quando equipes de ESF, reconheceram a APS como porta de entrada para o sistema, próxima do usuário e sua comunidade, favorecendo o vínculo, e potente para o reconhecimento de sofrimento psíquico e início do tratamento. Porém, as diferenças no modo de trabalho apontaram para a perspectiva de maior abertura para inclusão da saúde mental na atenção primária por parte das equipes de ESF.

Embora de forma menos expressiva, houveram profissionais que não consideravam como suas atribuições o cuidado em saúde mental. O que possibilitava o aumento do exercício de práticas e intervenções isoladas e individualizadas, dificultando, assim, o cuidado integral da unidade de saúde para com sua comunidade. Enfatiza-se que, equipes que compartilham dos mesmos princípios e acreditam na inclusão do cuidado em saúde mental na APS, têm maior possibilidades de construção de ações mais potentes e articuladas em comparação com equipes com posicionamentos dissonantes.

Foi possível identificar maior disposição para o trabalho conjunto nas equipes de ESF do que nas equipes de UBS tradicionais. O processo de trabalho revelou-se mais articulado e com maior compartilhamento de informações sobre os usuários. Parecia haver também maior disponibilidade das equipes de ESF para o cuidado longitudinal dos usuários, especialmente pela presença dos agentes comunitários de saúde.

Destacou-se, em comum, que as equipes de ambos os serviços apontaram a aproximação, mesmo que relativamente recente, das equipes do CAPS como importante recurso para desenvolver o matriciamento e ampliar a capacidade de cuidado em saúde mental.

A inclusão da atenção à saúde mental na atenção primária é essencial para que seja ofertado um cuidado integral, longitudinal e territorial, principalmente devido às potencialidades atreladas ao vínculo dos profissionais com os usuários e sua comunidade. Além da capilaridade da atenção devido ao conhecimento do território e da compreensão da determinação social presente no processo saúde-doença (STARFIELD, 2002).

O documento “Integrating mental health into primary care: a global perspective” publicado por World Health Organization (WHO) e World Organization of Family Doctors (WONCA) em 2008, reúne uma série de relatos de experiências exitosas, de vários países, com diretrizes para a efetivação da integração da saúde mental na atenção primária. Elenca sete bons motivos para que ocorra essa integração: 1. A elevada carga de transtornos mentais na sociedade, que produzem dificuldades econômicas e sociais, afetando a sociedade como um todo. 2. Os problemas de saúde mental e física estarem interligados, que pode ser olhado em sua integralidade pelos serviços de atenção primária. 3. O elevado déficit de tratamento dos transtornos mentais, e, portanto, os cuidados na atenção primária têm potencial para diminuir esse déficit. 4. Os cuidados em saúde mental na atenção primária facilitar o acesso e permitir que as pessoas permaneçam junto as suas famílias e mantenham suas atividades diárias. Além de proporcionar a longitudinalidade

do cuidado e facilitar iniciativas comunitárias junto da população e a promoção da saúde mental. 5. Os cuidados na atenção primária visar a garantia dos direitos humanos e colaborar para minimizar o estigma e a discriminação. 6. Os cuidados da saúde mental na atenção primária são baratos e têm uma boa relação custo-benefício, tanto para os pacientes quanto para o governo. 7. Reitera-se, assim, internacionalmente, que os cuidados primários para a saúde mental geram bons resultados de saúde, principalmente quando estão ligadas a uma rede de serviços secundários e sua comunidade (WHO, 2008).

Essas recomendações reforçam a necessidade de profissionais preparados e alinhados com as propostas tanto da APS quanto da reforma psiquiátrica para garantia da efetivação da integração dos cuidados em saúde mental na atenção primária (ATHIÉ *et al.*, 2016).

A atenção primária é postulada como campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental. Há uma exigência de ampliação de melhorias na assistência pautada na atenção psicossocial, ampliação do acesso na APS e comunicação contínua e efetiva entre os membros de uma mesma equipe bem como com os serviços da rede. Entretanto, a lógica da atenção biomédica, privilegiando a técnica e o aspecto curativo, sem considerar as especificidades do sujeito, suas relações e seu contexto, ainda prevalecem, permanecendo vivo o desafio para a integração da saúde mental na atenção primária à saúde (MOLINER; LOPES, 2013).

O Ministério da Saúde, em 2003, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e diálogo necessários” (BRASIL, 2003) descreveu que as ações de saúde mental na atenção primária devem reger-se pelo modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas, fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Em suma, os principais princípios da desejada articulação entre a saúde mental e atenção primária recaem sobre o conhecimento do território, a organização da atenção à saúde mental em rede, a intersetorialidade, a reabilitação psicossocial, a multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, a desinstitucionalização, a promoção da cidadania dos usuários e a construção de autonomia possível de usuários e familiares. Priorizou, ainda, o apoio matricial como forma de organização das ações de saúde mental junto à atenção primária.

Os resultados apontaram que tanto as equipes de UBS quanto de ESF realizavam o atendimento clínico como um dos principais recursos que dispunham para o cuidado em saúde mental. Relataram intervenções esporádicas de grupos de promoção de saúde e

educação em saúde, com temas variados, não especificamente sobre saúde mental. Citaram realizar também ações geralmente ligadas a campanhas temáticas, como outubro rosa e novembro azul com suporte da equipe de NASF.

Especificamente nas equipes com ESF, os agentes comunitários realizavam visitas domiciliares, acompanhamento e controle sobre o uso correto das medicações e outras orientações de cuidados como prática de exercícios físicos e lazer. Esses achados corroboram a pesquisa de Moliner e Lopes (2013) que identificaram as seguintes práticas das equipes de Estratégia Saúde da Família de um município de Santa Catarina: atendimento diferencial, os grupos e visitas domiciliares, a responsabilização da família e a medicalização.

Os dados do presente estudo apontaram que, para alguns profissionais, o atendimento clínico continha um aspecto de pobreza, como se tivessem apenas isso como oferta de cuidado ao usuário. Entretanto, a partir dos detalhes dos relatos, apreendeu-se que o atendimento clínico era uma ferramenta valiosa de cuidado, principalmente pelo vínculo construído com os usuários. O atendimento clínico não deve ser considerado como pouco. Uma vez que, o potencial da relação dos profissionais com os sujeitos atendidos, e o cuidado oferecido a partir do atendimento clínico gera a possibilidade de se ampliar a confiança do usuário no profissional, favorecendo assim seu tratamento.

Escutar e estar atento às demandas dos usuários é imprescindível no atendimento clínico. Não se trata apenas de escutar, trata-se de estar disponível e atento ao outro. Escutar é tão importante quanto os procedimentos e os medicamentos administrados. Sugere-se que, muitos dos profissionais entrevistados, de fato realizavam um bom atendimento. Porém, pode ser que não reconhecessem tais intervenções como boas práticas em saúde mental.

Os resultados sinalizaram além disso, a dificuldade dos profissionais com a escuta dos usuários com algum tipo de sofrimento emocional. Consideraram a escuta também como algo diminuto, com pouca importância, e como se não fizessem nada além disso. Os profissionais disseram que o sofrimento do outro, muitas vezes era parecido com o próprio sofrimento, e isso ampliava o desafio da escuta. Referiram dificuldade por não saberem o que fazer com o que escutavam, e, por sentirem que a rede não os amparava quando precisavam.

A dificuldade com a escuta pode estar atrelada tanto ao desconhecimento técnico, às visões preconceituosas sobre saúde mental, quanto aos aspectos difíceis na relação com

o sofrimento emocional do outro. Entende-se que, se o profissional não sabe o que fazer com o que escuta, então, realmente torna-se mais complicado continuar escutando. De fato, algo precisa surgir a partir da escuta, não apenas o encaminhamento para o especialista, mas talvez a empatia, o alívio para o sujeito ao poder falar e ser escutado, e isso, pode ser terapêutico ao usuário atendido.

A falta de tempo também foi uma das queixas dos profissionais tanto das equipes de UBS quando equipes de ESF. Falta de tempo para oferecer acolhimento com mais qualidade aos usuários, falta de tempo para conseguir executar todas as tarefas e ainda assim atender com paciência. Pode-se pensar que, de fato, haja uma falta de tempo concreta, no sentido de sobrecarga de tarefas e funções. E assim, não conseguiam desempenhar outras atividades com maior afinco.

Por outro lado, identificou-se também a falta de disponibilidade de tempo interno, falta de disposição pessoal para o trabalho em saúde mental. Ou falta de interesse do profissional em direcionar cuidado à saúde mental. A dinâmica de trabalho com muitos afazeres dificultou propostas inovadoras, e aumentou a possibilidade de se fazer mais do mesmo: as mesmas recomendações, as mesmas práticas, não havendo disposição para mudança. Rodrigues e Figueiredo (2003) também identificaram em seus estudos atuação de profissionais em saúde mental caracterizado pela reprodução estereotipada de conhecimentos adquiridos, e, assim, ocorria a manutenção do estabelecido, sem a criação de novos modelos de intervenção e novas práticas.

Houveram profissionais que se apresentaram com maior capacidade de empatia e escuta, e mesmo com os demasiados afazeres no cotidiano conseguiam se organizar para acolher o sujeito e seu sofrimento. Também houve aqueles que mesmo com disponibilidade de tempo concreto, não se dispuseram a sentar e ouvir, por motivos múltiplos. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Angelini e Caccia-Bava (2015), no qual diante da grande demanda de atendimento na unidade, a disponibilidade dos profissionais para transformar a prática e adotar atitude de ouvir o outro diminuía. Ressaltaram a necessidade de maior organização do processo de trabalho e envolvimento de toda a equipe no cuidado em saúde mental.

Talvez a falta de disposição esteja atrelada a preconceitos e concepções de saúde mental. Talvez esteja atrelada a memórias e vivências pessoais que dificultam a abertura no cuidado com o sofrimento do outro. Aventa-se que a capacidade de escuta, de empatia, de acolhimento trata-se de uma habilidade que pode ser trabalhada, como por exemplo,

em processos psicoterápicos, no contato com a prática, na troca de experiências com outros profissionais, no contato com os usuários, bem como a partir do matriciamento.

O documento “Guia prático de matriciamento em saúde mental”, lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, ressaltou que um dos mais importantes papéis das equipes matriciais de saúde mental é o apoio às equipes de APS, no sentido de favorecer seu desenvolvimento e fortalecimento nas ações em saúde mental. Enfatiza-se a importância do matriciamento para amparar os profissionais da APS afim de que possam se sentir mais capazes de oferecer escuta qualificada em saúde mental.

O matriciamento visa favorecer o desenvolvimento de novas práticas, contribuindo para a diminuição da insegurança dos profissionais da APS, compartilhar responsabilidades por meio de discussões e intervenções conjuntas, e promover maior autonomia de todas as categorias profissionais da APS, para que possam oferecer um cuidado integral em saúde mental (BRASIL, 2011c).

Os resultados do presente estudo apontaram para a tendência dos profissionais em usar perguntas abertas, por exemplo “como você está?” para iniciar o diálogo com os usuários. Sendo um dos objetivos principais colher dados sobre a queixa do usuário, que poderia ou não estar relacionada a fatores de ordem emocional. Nos atendimentos na APS, investigar sobre a saúde mental dos usuários, a forma de se realizar a abordagem ou não, pode influenciar o modo de relacionamento do profissional com o usuário. Se o profissional nada pergunta ou não dá abertura para conversar sobre saúde mental, o usuário talvez não se sinta à vontade para falar espontaneamente de suas emoções e sofrimentos. E, então, algo que não pôde ser dito, não pôde ser escutado, talvez, não pôde ser cuidado. Não perguntar sobre saúde mental também pode abrigar a compreensão do profissional de que não deveria ser sua responsabilidade o cuidado da saúde mental na APS, algo como: “saúde mental não é comigo”.

Starfield (2002) afirma que a integralidade de um serviço de APS depende do reconhecimento das necessidades dos pacientes por parte dos profissionais. Entretanto, frequentemente, esses profissionais não conseguem reconhecer os problemas que os usuários expressam nos atendimentos, principalmente quando relacionado a questões de natureza psicológica ou psicossocial.

Pressupõe-se que, o profissional com maior capacidade de escutar, acolher, ser mais empático, deixe o usuário mais à vontade para falar do seu sofrimento, produzindo

melhor resultado para o cuidado, maior satisfação do paciente, bem como satisfação para o próprio profissional.

Modesto e Couto (2016) estudaram o fenômeno de demanda oculta no contexto clínico geral ou especializado, por meio de uma revisão sistemática da produção na área. Identificaram que os estudos relacionaram tratar as demandas ocultas com melhores desfechos ou desdobramentos do atendimento, maior satisfação dos usuários e dos profissionais, maior adesão ao tratamento, maior superação de barreiras diagnósticas e comunicacionais. Assim, não se atentar para as possibilidades de haver uma demanda oculta, poderia provocar consequências negativas, como a cronificação de doenças, atrasos no diagnóstico, prejuízo ao processo terapêutico, excesso de consultas e sobrecarga assistencial. Destacaram que a capacidade de investigação das demandas ocultas, muitas vezes estava relacionada às habilidades de comunicação, de escuta e interpretação de pistas não verbais dos usuários. Por fim, encorajaram os profissionais a usar mais questões abertas e perguntar por outras demandas várias vezes ao longo da consulta, a fim de que isso pudesse resultar em maior expressão de preocupações por parte dos usuários.

Sobre a prática de acolhimento realizada na APS, espaço propício para o exercício da escuta ampliada, os resultados apontaram que tanto as equipes de UBS quanto as equipes de ESF realizavam o acolhimento, primeiramente na recepção da unidade, como sinônimo geral de recepcionar o usuário. Apenas em alguns casos específicos era realizada uma escuta mais atenta e individualiza às demandas.

O estudo de Moliner e Lopes (2013) corrobora esse resultado ao apontar que o acolhimento, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde, era pautado em “agilizar” o atendimento. Os autores ponderaram que atender o usuário não era garantia de se ter realizado um acolhimento.

Acolhimento deve ser compreendido na perspectiva de acolher a subjetividade e as questões que permeiam o usuário. Enfatiza-se que, um importante ponto de uma APS resolutiva é a capacidade de acolhimento dos usuários, aqui reconhecido como o encontro real entre os trabalhadores da saúde e os usuários, recebendo-os, escutando-os, e legitimando sua demanda. Entende-se que acolhimento, em seu sentido amplo, requer um esforço de compreensão e diálogo sobre o que de fato o sujeito está apresentando. E requer também disposição do profissional para estar presente e atento ao dito e não dito pelo outro (BRASIL, 2013). Além disso, os profissionais devem compreender que o

acolhimento já é uma intervenção em saúde mental no que se refere aos pacientes com qualquer grau de sofrimento psíquico (BRASIL, 2011c).

Especificamente sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde os resultados apontaram para a potência dos vínculos construídos com os usuários, a capilaridade de suas ações, a perspicácia para identificar necessidades e sofrimentos das pessoas atendidas, capacidade para orientar a população e direcionar aos cuidados com outros profissionais de saúde.

Observou-se que os agentes comunitários entrevistados não tinham formação complementar formal para o trabalho em saúde mental. Entretanto, ressalta-se que a capacidade de formação de vínculo e aproximação pelo afeto com os usuários são importantes recursos para possibilitar o cuidado e mudanças na condição de saúde dos usuários.

O ACS é o profissional que está cotidianamente próximo dos usuários e sua comunidade, é aquele que mais frequenta o ambiente familiar e conhece suas casas, é aquele que observa situações e condições de vida do usuário que, talvez, esse mesmo usuário não esteja atento ou não procure ajuda. Enfatiza-se a potência desse ator nos cuidados em saúde mental na atenção primária.

Infelizmente, têm-se enfrentado desmontes nas políticas públicas de saúde no Brasil. Especialmente destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica, promulgada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b), a qual considerou o agente comunitário de saúde como categoria não essencial para as equipes mínimas de Estratégias de Saúde da Família. Essa decisão permite a crítica de que, se o ACS não é considerado como essencial na composição das equipes de ESF, então, o conhecimento da realidade das casas e famílias poderá ser enormemente prejudicado. Haverá uma descaracterização da APS, pela ruptura da ligação da unidade de saúde e a comunidade, já que o ACS é reconhecido como um importante elo nessa relação (DELGADO, 2019).

Enseja-se, ainda, uma diminuição das informações colhidas sobre as dimensões sociais e de saúde dos sujeitos e suas comunidades, uma vez que os ACS são profissionais atentos às demandas psicossociais e com habilidade no reconhecimento de fragilidades e potencialidades dos indivíduos e suas famílias e também sobre o território (PEREIRA; REINALDO; ANDRADE, 2015). Não considerar esse profissional como essencial na constituição da equipe pode inviabilizar grande parte da potência da capilaridade da APS.

Os profissionais médicos e enfermeiros entrevistados no presente estudo tinham formação complementar, principalmente na área de Saúde da Família e Comunidade. Tal formação complementar não prescindiu de necessitar de amparo dos especialistas. Alguns profissionais disseram aprender mais pela experiência e troca de saberes com outros profissionais. Outros apontaram necessidade de aprender mais sobre saúde mental por meio de cursos. Os dados sugerem a necessidade de aprendizado contínuo, uma vez que a formação acadêmica não significa que de fato o profissional esteja preparado para o trabalho em saúde mental.

Rodrigues e Figueiredo (2003) destacaram o histórico de formação acadêmica altamente tecnológica, centrada na doença, com enfoque na individualidade e ação curativa, em detrimento das demais questões processuais da determinação social do processo saúde-doença. A formação universitária parece ter produzido profissionais de saúde que realizam uma abordagem da doença, e não do sujeito com algum adoecimento. Além de favorecer as competências técnicas em detrimento dos aspectos relacionais, que acarreta a desconsideração do ponto de vista do paciente sobre o próprio processo vivido.

Emerich e Onocko-Campos (2019) destacam que a formação no Brasil tem, historicamente, se pautado na fragmentação do conhecimento e especialização precoce dos alunos, o que pode prejudicar a perspectiva da integralidade em saúde. Sublinham que a formação deve contemplar, além das atuações e intervenções clínicas, aspectos que permitam maior compreensão do trabalho interdisciplinar e da complexidade no encontro com o sofrimento psíquico, além de formação para um posicionamento frente as relações institucionais.

Ressalta-se que o aprendizado em saúde mental vai além da formação acadêmica. Requer a prática, a experiência profissional e vivências pessoais. Para tanto, a reformulação dos currículos e aprimoramento da prática profissional são necessárias para favorecer a capacidade dos profissionais para maior inclusão da saúde mental na APS, bem como para colaborar com a diminuição de preconceitos sobre a saúde mental e para ampliar para o conceito de saúde-doença-cuidado.

Millani e Valente (2008) corroboram a necessidade de uma nova formação e conscientização dos profissionais, uma vez que a transição paradigmática entre o modelo biomédico e o modelo psicossocial aumentou o nível de conhecimento. Várias tentativas têm sido propostas para colaborar para que a formação esteja mais alinhada com o enfrentamento dos problemas de saúde da população, para a melhora da articulação entre

os trabalhadores da APS com os serviços especializados e com o desenvolvimento do SUS. Há por exemplo, a definição de novas diretrizes curriculares básicas para cursos da saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016), o apoio matricial (CAMPOS, 1999), os programas de Residências Multiprofissionais, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), a telessaúde, (NOVAES *et al.*, 2012; RÉZIO *et al.*, 2015), além dos processos de Educação Permanente (BRASIL, 2007) somados as ofertas de formação via Universidade Aberta do SUS (Unasus).

Emergiu dos resultados a percepção da dualidade corpo-mente presente nos relatos dos profissionais de saúde entrevistados. talvez como um dos produtos da fragmentação do conhecimento e da compreensão do ser humano. Apresentou-se concepções de que a APS devesse cuidar apenas dos aspectos corporais e os especialistas dos aspectos emocionais. Com isso, foi comum práticas como o encaminhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico para cuidado em centros especializados. Sugere-se, dessa forma, que a defasagem na formação de tais profissionais dificulta a superação da fragmentação do ser humano. A perpetuação de práticas que priorizam os especialismos e a exclusão do cuidado no território não promovem necessariamente a reabilitação da saúde dos usuários. Enquanto que, práticas inclusivas que consideram o ser em sua integralidade têm maior potencial de transformação.

Pitta e Dallari (1992, p. 19 apud RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003) apontam que a integralidade das ações deve ser o princípio para se evitar a dicotomia entre “corpo e vida psicossocial”. Os serviços devem adquirir flexibilidade nas intervenções propostas para que também consigam atender a diversidade da demanda recebida.

Ressalta-se o papel da clínica ampliada na produção de saúde mental, uma prática que se utiliza de recursos para além do cuidado individual, biomédico e especializado. Uma vez que, nem sempre o encaminhamento pode ser a melhor alternativa de cuidado para o sujeito. Destacam-se os recursos da comunidade, os espaços de reabilitação psicossocial no território como as oficinas comunitárias, a rede de apoio (amigos, família, igreja), e a articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda) como alguns dos recursos fundamentais para a reorganização emocional do sujeito. A clínica ampliada propõe, além disso, que não precisa ser necessariamente o profissional de referência (médico e profissionais da enfermagem) no centro do cuidado. O vínculo pode se estabelecer e ser transformador com outros profissionais da unidade de saúde, como o agente comunitário, a recepcionista, o auxiliar de serviços gerais, o porteiro

(BRASIL, 2003, 2009). Ao invés de se dizer aos usuários o que eles devem ou não fazer, prioriza-se, na lógica psicossocial, o compartilhamento das experiências e o acompanhamento dos caminhos que os sujeitos trilham. Esta posição profissional de fato não é tarefa fácil. Exige reflexões, reinvenção da prática, abertura para experiências e convida ao questionamento do lugar de certeza (EMERICH; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

É importante que os profissionais tenham clareza de seus papéis, suas possibilidades, seus recursos, suas dificuldades, para que assim, possam desempenhar com maior afinco suas funções. Portanto, há de se considerar que o trabalho em saúde mental não se faz sozinho. Não é possível atingir integralidade no trabalho em saúde mental com práticas individuais. Trata-se de uma prática de vários atores, múltiplos saberes, e diversos pontos da rede. O trabalho que as equipes de APS estudadas já realizam pode e deve ser valorizado. Carece ser ampliado, contando principalmente com o amparo dos especialistas, de outros profissionais da própria equipe, compor espaços de discussão de casos, bem como o cuidado de si mesmo.

Por fim, é importante destacar a influência das ações provocadas pelo convênio da Universidade de São Paulo (USP) com a gestão do município onde se desenvolveu o presente estudo. De 2011 a 2018 foi realizada a avaliação de milhares de unidades de saúde no Estado de São Paulo por meio do Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no qual equipes de docentes e acadêmicos da USP fizeram parte. As avaliações sistemáticas se vincularam ao aporte de recursos, mediante ampliação do acesso e melhora na qualidade dos serviços em todo o país (BRASIL, 2017a). A partir dos resultados das avaliações do terceiro ciclo do PMAQ-AB, foram realizados processos devolutivos junto a regiões, municípios e equipes. Associado às ações do Convênio USP resultaram no aumento da cobertura de APS e saúde da família, no reconhecimento da APS como ordenadora da rede assistencial, além da reorganização dos fluxos assistenciais entre a APS e rede (atenção secundária e terciária). Por fim, os entrevistados identificaram também alterações na configuração do modelo do CAPS do município, antes modalidade álcool e drogas, depois transformado para CAPS modalidade II, mais condizente com a demanda e realidade do município. É necessário reconhecer que as mudanças proporcionadas pelo convênio entre a gestão municipal e a universidade, o empenho dos profissionais e da gestão só foi possível diante

da abertura e disposição de todos os envolvidos, aqui incluindo os profissionais da ponta da linha do processo de trabalho.

7.2 O desafio de tecer redes: a Rede de Atenção Psicossocial

A proposta de trabalho articulado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem sido crescentemente adotada desde a década de 90, com vistas a superar o modelo hierárquico hegemônico e rígido, substituindo-o por redes poliárquicas, flexíveis e interdependentes.

As redes são um conjunto de serviços de saúde vinculados entre si, com objetivos comuns e voltados para ações cooperativas. O trabalho em rede almeja a oferta de uma atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela APS. Nas RAS o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal, não havendo hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Assim, todos os pontos são igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos da rede (MENDES, 2011).

A estruturação de um sistema de saúde poliárquico e descentralizado não garante, por si só, uma ruptura com a segregação e a tutela do adoecimento mental. O cuidado em saúde mental ainda está voltado para o paradigma problema-solução e, necessita de avanços quanto à instauração da desinstitucionalização e do modelo de atenção psicossocial (RODRIGUES; FIGUEIREDO, 2003).

O cuidado considerado necessário para o âmbito da saúde mental, consoante com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira é o que valoriza as pessoas, reconhece seus contextos de vida, se interessa por seus sentimentos e busca colaborar para a satisfação das suas necessidades e para a redução do seu sofrimento. Este cuidado considera os diferentes modos de ser, sem querer padronizar e normatizar (FIDELIS, 2018). Nesse sentido, o cuidado integral requer além da existência de serviços e recursos humanos: requer escuta e disponibilidade para o trabalho, requer organização e planejamento, requer continuidade do cuidado com os usuários, comunicação e articulação tanto de profissionais de uma mesma equipe quanto com profissionais de outros serviços (STARFIELD, 2002).

A análise de dados apontou que a organização e articulação da APS com a RAPS do município estudado ainda é incipiente, demonstrado principalmente pela dificuldade de comunicação entre membros de uma mesma equipe de APS, bem como a comunicação com profissionais e serviços da RAPS.

A baixa interação entre membros de uma mesma equipe pode acarretar prejuízos para o cuidado com os usuários, uma vez que trocar informações, esclarecer dúvidas, colaborar para prática de outros integrantes de uma mesma equipe, pode favorecer a integralidade e a coordenação do cuidado. Quanto mais isolado o profissional, mais isolada será sua intervenção. Entende-se que práticas individuais e isoladas têm pouco potencial de transformação.

Starfield (2002) levanta como um dos desafios para a coordenação do cuidado a pouca ou inexistente disponibilização de informações a respeito dos usuários, seja por não haver registros em prontuário ou também não haver comunicação entre os membros da mesma equipe ou com outras equipes. Um dos papéis dos profissionais da atenção primária é evitar a duplicidade desnecessária de exames, procedimentos e intervenções sobre os usuários. Isso requer que a informação circule de forma efetiva entre todos os envolvidos no projeto terapêutico. A não comunicação pode provocar um potencial iatrogênico de suas práticas.

Vieira e Neves (2017) apontam que a intercessão da saúde mental com a atenção primária convoca a uma inversão da lógica de cuidados, de menos técnica para mais relacional. Não apenas entre equipes e usuários, mas também entre equipes e seus integrantes. Faz-se necessário a ruptura com dicotomias como saúde-saúde mental, aumento da transversalização das práticas e a superação das fronteiras entre diferentes núcleos de saber, com vistas à pactuação de ações de forma coletiva.

Os dados apontaram para a dificuldade com a continuidade e com a corresponsabilização do cuidado dos serviços da APS com os serviços da RAPS. Alguns profissionais da APS apontaram a sobrecarga do trabalho como fator impeditivo para realizar visitas domiciliares e busca ativas aos usuários. E alguns, consideraram que não deveriam ter responsabilidade sobre o cuidado dos usuários após realizarem a referência à algum serviço especializado.

A falta de responsabilidade compartilhada no cuidado em saúde mental por parte de alguns profissionais de equipes de APS também foi identificada ao considerarem que as equipes especializadas deveriam executar todas as ações e intervenções de cuidado em saúde mental, como atendimentos e grupos, além de absorverem toda a demanda referenciada pela equipe de APS. Isto sugere que, talvez alguns profissionais de fato sintam que trabalhar com saúde mental na APS seja penoso e gerador de trabalho adicional.

Resultados similares foram encontrados na literatura: Onocko-Campos *et al.* (2011) descreveram que a relação entre unidades básicas e o serviço especializado se manteve centrado na lógica do encaminhamento, resultando na descontinuidade do acompanhamento dos usuários. Enfatizaram a necessidade de critérios de corresponsabilização pelo cuidado e do trabalho compartilhado, para uma maior possibilidade de eficácia na articulação entre as equipes.

Rotoli *et al.* (2019) identificaram que os profissionais da APS tendiam a realizar encaminhamentos para os serviços especializados em saúde mental, seguindo uma lógica de transferência de atribuição. Ou seja, não reconheciam como suas competências a atenção em saúde mental na APS. E consideravam os encaminhamentos como uma ação resolutiva, pois estavam ofertando o que o município tinha de mais especializado em saúde mental.

Starfield (2002) reforça que é responsabilidade da atenção primária a atenção continuada, ou seja, ainda que o usuário necessite de cuidados oferecidos em outro ponto da atenção, a APS deve ser capaz de estabelecer vínculos e ser referência para o usuário. Nesse sentido, enfatiza-se mais uma vez a necessidade de se trabalhar a inclusão da saúde mental na APS, favorecendo que os profissionais da APS possam ressignificar suas práticas e se sintam mais capazes de acolher e oferecer cuidado em saúde mental.

Além das dificuldades de comunicação com a RAPS, identificou-se também a baixa compreensão dos profissionais da APS sobre o modo de funcionamento de tais serviços. Em relação ao papel do CAPS, as equipes de APS se queixaram do funcionamento das triagens, dificuldade para absorção dos usuários encaminhados, falta de contrarreferência e continuidade das ações conjuntas. Por outro lado, relataram estar esperançosos de que o trabalho conjunto de discussões de casos e matriciamento se desenvolvessem e pudessem colaborar com o cuidado da saúde mental.

Sobre o papel do NASF, as equipes de APS relataram a percepção de baixo apoio recebido para a execução de ações e trabalho compartilhado. Particularmente, a equipe de NASF deste município estudado foi mais fortemente reconhecida pelos profissionais da APS por elaborar eventos temáticos de prevenção e promoção de saúde, principalmente em campanhas ministeriais como outubro rosa e novembro azul.

A análise dos dados apontou que, de fato, o protagonismo da equipe do CAPS estava ainda em construção, e o matriciamento ainda incipiente. E a atuação conjunta com a equipe de NASF estava ainda pouco consolidada.

O CAPS tem assumido, no cenário das novas práticas em saúde mental, o dispositivo estratégico para a reversão do modelo hospitalocêntrico. Tem o papel de articulador dos serviços que compõe a RAPS, bem como supervisionar e capacitar as equipes de atenção primária (BRASIL, 2002). Enquanto as equipes de NASF atuam de maneira integrada com equipes de APS, exercendo o papel de articulador da rede, construindo diálogo com diferentes pontos da atenção (BRASIL, 2014).

A estratégia de apoio matricial é a possibilidade concreta de integração do cuidado em saúde mental na APS, utilizada pelas equipes especializadas, como CAPS e NASF, no suporte às equipes da APS. Valem-se do compartilhamento de saberes e situações do trabalho cotidiano, provocando corresponsabilização pelo cuidado, ampliação da capacidade resolutiva das equipes, da qualificação das ofertas no território e das possibilidades de realizar-se a clínica ampliada (BRASIL, 2009; ELIA *et al.*, 2018; ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2011).

A concretização do matriciamento em saúde mental, em toda sua potencialidade, depende do empenho e disponibilidade para mudanças por parte de todos os envolvidos. Requer parceria entre usuários, equipes de referência, gestores dos serviços e equipes matriciais, para a composição de um cuidado integral em saúde mental (IGLESIAS; AVELLAR, 2019). Ressalta-se que, a limitação para atuação das equipes matriciais pode ser uma via de mão dupla, ou seja, tanto em função das dificuldades das equipes matriciais quanto das equipes de APS. Aqui destaca-se os desafios das equipes de APS estudadas para organização do processo de trabalho para receber as equipes matriciais, apontando principalmente para as altas demandas de trabalho.

A atenção compartilhada é um esforço para aprimorar a coordenação por meio do esclarecimento das responsabilidades dos profissionais da atenção primária e de outros especialistas na atenção aos usuários. Algumas das formas de atenção compartilhada são os registros em prontuários, permitindo acesso tanto dos profissionais da APS quanto da especialidade, bem como a comunicação regular entre os profissionais em reuniões conjuntas. O processo de diálogo contínuo e troca de informações entre os serviços, busca evitar a ausência de informações que poderia interferir no melhor manejo do cuidado dos usuários. Dessa forma, a coordenação requer tanto um meio de transferência de informações (referências, prontuários), quanto o reconhecimento de informações (o outro profissional compreender a informação recebida sobre o usuário) (STARFIELD, 2002).

Em relação aos registros dos atendimentos realizados pelos profissionais das equipes de APS estudadas, parecia não haver um consenso de quais informações deveriam ser anotadas nos prontuários físicos. Notou-se também que em algumas unidades havia arquivos diferentes de registro entre membros de uma mesma equipe, além de alguns profissionais também fazerem anotações em prontuário eletrônico. Percebeu-se, a partir dos relatos, que alguns profissionais não registravam todas suas intervenções. Às vezes colhiam várias informações relevantes sobre os usuários, e, por diversas razões não registravam.

Starfield (2002) aponta que, historicamente, a maioria dos prontuários médicos serviam apenas como auxílio para a memória, sendo útil geralmente para o profissional que os escreveu. Para outros profissionais a probabilidade de utilizarem as informações diminui, mesmo que estejam disponíveis. É importante ressaltar que o registro de informações colabora para a continuidade e coordenação do cuidado, e faz-se necessário que as anotações sejam de fato realizadas e aperfeiçoadas.

Os prontuários físicos bem como os sistemas de informação em saúde (por exemplo o e-SUS) são ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com fins à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Além de colaborar para tomada de decisões de gestores (MENDES, 2011). Enfatiza-se, nesse sentido, a necessidade de integração e informatização dos sistemas de informação em saúde. A fim de que atores de diversos serviços da rede de saúde tenham acesso as informações sobre a história e seguimento de saúde dos usuários. A título de exemplo, a padronização nos fluxos de referência e contrarreferência, e, especialmente a documentação em formato online, poderia colaborar para o monitoramento e continuidade do cuidado do usuário.

Uma particularidade do funcionamento da rede de saúde desse município acentuada pelos profissionais de saúde entrevistados, é a centralidade de uma unidade de saúde de atenção primária que também abriga profissionais especializados e sem definição de área de abrangência. Há uma aparente preferência dos usuários do município como um todo por essa unidade, sem que necessariamente pertençam àquele território. Parece ser uma unidade reconhecida como um centro de especialidades e pronto atendimento, e não operar na lógica de unidade básica de saúde. Esse resultado aponta para a necessidade de se reforçar a APS como ordenadora do sistema e referência de cuidado ao usuário, bem como a necessidade de definição dos territórios. Apreende-se

que nem os usuários e nem os profissionais dessa rede de saúde estão esclarecidos sobre a abrangência territorial das unidades de saúde. Para os trabalhadores, um dos prejuízos de não haver definição clara do território é o não conhecimento de sua população e suas necessidades. Para tanto, reconhece-se a necessidade de que gestores e gerentes das unidades de saúde desenvolvam a territorialização, uma vez que poderia facilitar a vinculação dos profissionais com os usuários e identificação de necessidades, sofrimentos e também potências dos indivíduos, bem como do próprio território.

Starfield (2002) evidencia que quando uma equipe ou uma unidade de APS é a fonte da longitudinalidade do cuidado, a coordenação será provavelmente maior. Enquanto que, se os usuários não têm esse *locus* de cuidado, talvez seja mais provável que os mesmos procurem vários outros serviços para atendimento. Isso quer dizer que, quanto mais uma determinada equipe ou unidade de saúde for referência de cuidado para o usuário, maior serão os benefícios. Como por exemplo, menor utilização de outros serviços e internações, atenção mais oportuna e adequada, menor ocorrência de doenças preveníveis e melhor reconhecimento por parte dos profissionais sobre os problemas dos usuários.

Destaca-se que atenção integral em saúde mental também requer alinhamento com serviços socioassistenciais, uma vez que se faz necessário identificar vulnerabilidades, situações de violência ou violação de direitos, para que seja assegurado o direito à vida, ao exercício da cidadania, e a autonomia dos usuários e sua família. Nesse estudo, os serviços socioassistenciais, como os CRAS e CREAS, foram os menos citados pelos profissionais entrevistados como dispositivos de apoio e cuidado em saúde mental. Vieira e Neves (2017) destacam que APS tem potencial para interferir nos determinantes sociais mediante trabalho intersetorial e carece ser reconhecida como ordenadora dos diferentes níveis assistenciais.

Um ponto de destaque na atuação das equipes de APS foi em relação as situações de crise psicótica e no trabalho com uso e abuso de substâncias psicoativas. Tanto as equipes de UBS quanto equipes com ESF referiram que nas situações de crise psicótica usuários e familiares geralmente não buscavam atendimento na unidade de saúde, tendiam a buscar primeiramente os serviços de pronto atendimento. Mediante demanda, as equipes referenciavam os usuários para serviços especializados. A exceção ocorreu com uma equipe que realizava o manejo medicamentoso de situações de crise psicótica sem risco suicida na APS. Entretanto, ficou implícito que para a maioria das equipes, a

APS não deveria ser o lugar para cuidado e manejo de crises. Em relação ao trabalho com uso e abuso de substâncias psicoativas, a maioria das equipes relataram que a procura por atendimento não era tão frequente na unidade de saúde da APS e tendiam a encaminhar os usuários para serviços especializados. Esses resultados apontam para aspectos subjetivos dos profissionais, como por exemplo, medos e preconceitos, os quais sinalizam questões interligadas à concepção dos entrevistados sobre saúde mental. E, talvez, dificultavam e até limitavam o trabalho dos profissionais na área.

Resultados semelhantes foram identificados nos estudos de Rotoli *et al.* (2019) os quais descreveram a percepção dos profissionais sobre a falta de base teórica para sustentar as ações específicas em saúde mental. Referiram que os profissionais relatavam não saber agir frente a uma emergência psiquiátrica, ou mesmo não saber identificar reações adversas das medicações utilizadas.

Elia *et al.* (2018) destacam que é justamente nos momentos de crise que o apelo ao hospital psiquiátrico ganha força. E, para que se possa superar esse modelo, é imprescindível que novos modos de enfrentar as diferentes situações de crise sejam criadas e estruturadas. Modos que compreendam uma situação de crise para além dos sintomas psicopatológicos, considerando também os nexos que articulam a vida subjetiva e o campo social dos sujeitos. Para tanto, faz-se necessário uma estrutura robusta de serviços de atenção psicossocial, bem como amparo para os profissionais da APS para devido suporte a essa demanda.

Em relação à atenção a pessoas com necessidades relativas ao uso de álcool e outras drogas, de fato as equipes de APS deparam-se cada vez mais com a necessidade de reinventar a si e ao seu papel na comunidade, principalmente dado à complexidade desse campo e suas múltiplas interfaces na saúde e determinantes sociais do uso.

Angelini e Caccia-Bava (2015) chamam a atenção para a importância de também se reconhecer os limites da APS quando são necessárias intervenções psiquiátricas especializadas em momentos pontuais de crises. É necessário que os serviços especializados estejam organizados e aptos para acolher a demanda encaminhada, uma vez que a desinstitucionalização não significa desassistência psiquiátrica, mas a prioridade para o cuidado em liberdade, pautado na relação com o território e próximo da comunidade, e, se necessário, indicação de internações em hospitais gerais e tratamento em equipamentos próximo ao território dos sujeitos.

Outro ponto enfaticamente destacado pelas equipes, tanto de UBS quanto de ESF como desafios no cotidiano de trabalho foi a falta de profissionais. Falta de recursos humanos por não haver novas contratações, ausência por motivos de saúde ou afastamento médico e não a substituição dos profissionais. Como apresentado nos resultados, essa falta de profissionais nas equipes mínimas frequentemente ocasionou sobrecarga de trabalho aos membros presentes na equipe, e prejuízos para o atendimento e vínculo com os usuários.

Coutinho, Barbieri e Santos (2015) assinalaram que a falta de profissionais nas equipes de APS pode refletir negativamente na assistência oferecida, visto que o cansaço diante da sobrecarga de trabalho pode dificultar o atendimento de todos os usuários com o mesmo critério de qualidade, além de desencadear insatisfação em ambos os atores envolvidos: profissionais e usuários. Envolve ainda prejuízos para a longitudinalidade e coordenação do cuidado.

Os resultados evidenciaram, ainda, sentimentos de desamparo, angústia e impotência relatados pelos profissionais da APS por não saberem o que fazer diante do cuidado em saúde mental. Referiram ainda a percepção de que os serviços da RAPS não eram presentes e fortalecidos para oferecer apoio matricial à APS. Queixaram-se extensivamente da falta de profissionais, principalmente psiquiatras e psicólogos, e do longo tempo de espera para vaga de atendimento que os usuários estavam sujeitos.

Resultados similares foram encontrados na literatura em relação a percepção de impotência e falta de conhecimento dos profissionais da APS no trabalho com saúde mental (ANGELINI; CACCIA-BAVA, 2015; ROTOLI *et al.*, 2019).

A aproximação entre o sujeito que sofre e a equipe tende a ser de fato atemorizante, principalmente quando os profissionais se sentem incapazes de oferecer cuidado. Angelini e Caccia-Bava (2015) destacam uma tendência entre os profissionais de saúde a privilegiar ações pontuais em busca de alívio dos sintomas agudos e na tentativa de resolver um problema crônico. Colocando a doença e não o sujeito em evidência, e favorecendo a cristalização das ações de cuidado centradas nos procedimentos e não nas pessoas.

Reforça-se que o cuidado pautado no princípio da integralidade deve caminhar para além de silenciar o sintoma ou tratar uma disfunção. Não se trata de descartar tais práticas formais, também importantes. Não se trata de descartar o uso de medicamentos no manejo das situações de sofrimento e adoecimento psíquico. Trata-se de haver uma

postura de abertura para práticas mais colaborativas, o “fazer junto”, junto com os sujeitos, seus familiares, sua comunidade, junto com outros profissionais e saberes.

A análise dos dados apontou também para a percepção de falta de amparo e priorização das demandas da área da saúde mental por parte da gestão municipal. Os profissionais entrevistados esperavam que a gestão oferecesse mais suporte, no sentido de apoio financeiro às ações, em recursos humanos, no planejamento e organização do modo de trabalho das equipes, bem como na oferta de espaços para capacitação.

Resultados similares foram encontrados nos estudos de Rotoli *et al.* (2019), no qual identificaram que os profissionais reconheciam que a gestão coordenava várias especialidades simultaneamente, entretanto, que trabalho em saúde mental não parecia ocupar lugar nas prioridades dos gestores. Destacaram que os gestores municipais precisavam oferecer condições em termos de qualificação profissional, de recursos humanos, a fim de potencializar ações resolutivas no cotidiano dos serviços de saúde da APS, bem como atuar no planejamento e organização da rede de serviços de saúde.

Iglesias e Avellar (2019) acrescentam que de fato muitos gestores municipais de saúde estão pouco envolvidos e até mesmo desconhecem as responsabilidades com as propostas de RAPS. A participação ativa dos gestores no processo de pactuação e deliberações relativas à organização dos serviços da APS e da RAPS é essencial. O alinhamento no posicionamento dos gestores, profissionais e equipes matriciais possibilita a sustentação da garantia de um trabalho mais articulado. Como por exemplo, pactuação de horários na agenda para efetivação de ações conjuntas, reuniões de trabalho e de construção de espaços coletivos para o apoio matricial.

Durante a realização das entrevistas, os profissionais sugeriram formas para o aprimoramento das práticas em saúde mental: ter equipes completas, estáveis e bem preparadas foi considerado como forma de diminuição da sobrecarga de trabalho e disponibilidade para ofertar atendimento de qualidade aos usuários. Apontaram também necessidade de reorganizar o modo de atendimento cotidiano das unidades para melhor acolher usuários em sofrimento emocional e a expansão das práticas de prevenção e promoção de saúde mental, com o apoio de equipes especializadas como CAPS e NASF. Ainda que incipiente, a estratégia de matriciamento colaborava para a maior abrangência e efetividade de suas atuações e esperavam ampliação das ações compartilhadas.

Nessa direção, ganham destaque as ações de Educação Permanente na APS, pautada pela problematização e aprendizagem significativa do processo de trabalho

cotidiano, nas transformações das práticas, e no protagonismo dos profissionais para promover melhorias e qualidade do trabalho (BRASIL, 2007). Entende-se que é no cuidado compartilhado, na troca de saberes e na aprendizagem pelo processo de trabalho que se adquire conhecimento e experiência para o trabalho, especialmente em saúde mental.

Por fim, enfatiza-se que o trabalho em rede é mais do que saber da existência ou fazer ligações telefônicas pontuais para outros serviços. Trabalho em rede é a inter-relação entre atores e serviços. Não é algo dado, a priori, ou instituída pela mera existência de serviços. É algo a ser construído, tecido. Ressalta-se, assim, a importância de se mapear as singularidades do funcionamento de cada rede de serviços para que as políticas públicas de saúde e saúde mental possam ser interpretadas e aplicadas conforme as especificidades e características dos territórios.

7.3 Desmontes das políticas de saúde mental no Brasil

Os avanços conquistados para o cuidado em saúde mental a partir das mudanças de paradigmas e modelo de tratamento no Brasil são inegáveis e descritos extensivamente na literatura. Destaca-se o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, a expansão dos serviços substitutivos de base territorial e o envolvimento da APS no cuidado em saúde mental (ELIA *et al.*, 2018; ONOCKO-CAMPOS, 2019).

A reforma psiquiátrica sequer atingiu sua plena efetivação e já vem sendo desconstruída, especialmente nos últimos 5 anos. Embora ainda haja muito a avançar na transformação do modelo de atenção e aprimorar o trabalho das equipes especializadas e de APS para cuidados qualificados, as desconstruções das políticas públicas de saúde mental sinalizam um enorme retrocesso e o modelo retrógrado de assistência que se deseja implementar.

A Emenda Constitucional nº 95 de dezembro de 2016, representa um grande marco do desfinanciamento e sucateamento do SUS. Propôs o congelamento do teto dos gastos com áreas vitais como saúde e educação por 20 anos, prevendo reajustes apenas com base na inflação (BRASIL, 2016). Essa retração da esfera federal em relação ao financiamento da saúde sobrecarrega ainda mais os municípios, que já enfrentam os desafios históricos do subfinanciamento do SUS.

A alteração da Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que substituiu a de nº 2.488 de outubro de 2011, dispensou a obrigatoriedade do agente comunitário nas equipes de estratégia de saúde da família. E rebatizou o NASF, que passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), suprimindo a noção de apoio às equipes de APS, o que parece anunciar uma concepção de trabalho diferente da protagonizada até então (BRASIL, 2017b).

Nessa trilha, em fevereiro de 2019 foi divulgado a Nota Técnica nº 11/2019 destinada a esclarecer aspectos da nova política de saúde mental. Entre os pontos que apresentava, estava a retirada dos CAPS como referência do cuidado em saúde mental, o retorno do hospital psiquiátrico como dispositivo da RAPS, o reajuste nos valores pagos em diárias de internação e número de leitos em hospitais psiquiátricos. Tais mudanças significam uma ameaça à expansão dos serviços de base territorial e uma disputa de modelo de assistência, no qual o modelo manicomial, já considerado ultrapassado, ganha novamente força e investimento. A nota técnica foi retirada do ar, após repercussões e manifestações de repúdio de várias entidades. Ainda assim, sinaliza um possível retorno da lógica manicomial (BRASIL, 2019b).

Em abril de 2019 foi alterada a Política de Álcool e Drogas e Redução de Danos, com o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. As mudanças propuseram a abstinência como objetivo final do tratamento, a legitimação da internação involuntária numa lógica proibicionista e segregacionista, além da ampliação do financiamento de vagas em comunidades terapêuticas (BRASIL, 2019a).

Essas propostas apontam para o sentido contrário ao da política de redução de danos (BRASIL, 2005), reconhecida mundialmente como uma estratégia que visa a minimização de riscos e danos associados ao uso de drogas, ofertando cuidados tanto para os que desejam cessar o uso da substância, quanto para os que não desejam. Além disso, as políticas de redução de danos visam adotar estratégias para vários outros temas como violência, prevenção e atenção em HIV/Aids e outras doenças transmissíveis, e suporte social a populações marginalizadas.

Nesse mesmo ano surgiu uma nova medida de financiamento da APS anunciada pelo Governo Federal, denominada Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, de novembro de 2019 (BRASIL, 2019c). A nova forma de financiamento impôs que o repasse de recursos federais para os municípios deixasse de ser feito pelo número

de equipes com estratégia de saúde da família e Nasf-AB credenciadas e implantadas. A valorização recai, agora, sobre o número de pessoas cadastradas por unidades básicas de saúde e pelo desempenho dessas equipes, medido por indicadores selecionados. Ao extinguir o valor fixo e regular per capita – o Piso da Atenção Básica – repassado aos municípios em função da existência de equipes com estratégia de saúde da família e de Nasf-AB, as perspectivas tendem a comprometer o credenciamento de novas equipes e ao mesmo tempo, a manutenção das atuais.

O desfinanciamento específico para o Nasf-AB expõe essas equipes a um novo risco, evidenciando não haver um reconhecimento da potencialidade da atuação de uma equipe que apoia e matricia as equipes de APS, alicerçada na interdisciplinaridade e corresponsabilização pelo cuidado.

Ainda em 2019 o Ministério da Saúde abriu uma consulta pública para receber contribuições sobre a proposta de uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde do Brasil (CaSAPS-BR), lançada oficialmente em dezembro de 2019 (BRASIL, 2020). O documento preliminar tinha como objetivo apresentar uma lista de serviços essenciais a serem oferecidos nas unidades de saúde com a premissa de que não há uma padronização das ações ofertadas na APS. Descartou-se, nele, o enfoque territorial e suas potencialidades, como o conhecimento dos usuários, da comunidade, suas vulnerabilidades e recursos. Descartou, ainda, a participação social na construção das políticas públicas, parecendo conceber saúde como um bem a ser comprado e consumido - uma abertura para a privatização da saúde.

A definição de integralidade do cuidado proposta por Starfield (2002) vai além da oferta de procedimentos e serviços. Integralidade requer construção e reconstrução de práticas, enfatizar os vínculos, a autonomia, a valorização das subjetividades e necessidades singulares dos sujeitos. A carteira de serviços da APS revelou a concepção de saúde e doença aos moldes do modelo biomédico, priorizando o manejo do sofrimento psíquico em termos de condições psiquiátricas ou transtornos mentais.

Como anteriormente discutido, a perspectiva do modelo de atenção psicossocial concebe a saúde mental como mais ampla do que a mera ausência de transtornos mentais. Trata-se da capacidade de administrar emoções para enfrentar os desafios, envolve múltiplos fatores como as condições de vida, de trabalho, de educação, além dos aspectos econômicos e vivências geradoras de sofrimento. Dessa forma, não há mais espaço para o cuidado em saúde mental pela ótica da patologização da vida e da restrição ao

tratamento das condições já instaladas. Há de se reforçar que a potencialidade da atenção primária vai além da prestação de serviços e tratamento de doenças.

Em 2020, em um contexto de crise econômica e sanitária de escala mundial pela pandemia de coronavírus (COVID-19), que já provocou mais de dois milhões de mortes em todo mundo (OPAS, 2020), enquanto outras tantas vidas enfrentam processos de luto, adoecimento físico e psíquico, e outros obstáculos passíveis de gerar sofrimento, as políticas públicas de saúde mental enfrentaram, mais uma vez, ameaças a retrocessos.

Em meados de 2020 a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) em conjunto com a Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Associação Brasileira de Impulsividade e Patologia Dual (ABIPD) e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp) lançaram uma proposta de revisão da Rede de Atenção Psicossocial e de mudanças no modelo assistencial em saúde mental, pelo documento intitulado Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil (ABP, 2020).

O primeiro apontamento se faz sobre quem produziu o documento: majoritariamente uma entidade de classe médica, excluindo a participação de outros trabalhadores e militantes da área de saúde mental, usuários e seus familiares, além de órgãos de controle social na construção das políticas públicas.

Ao contrário do que o documento postula, a psiquiatria não tem sido renegada. Trata-se de uma área fundamental nos cuidados em saúde mental, porém, não deve ser a única para dar conta da complexidade desse campo. O cuidado em saúde mental precisa permanecer interdisciplinar, com a troca de experiências e saberes. O documento representa retrocessos que ameaçam os princípios da Reforma Psiquiátrica, ao processo de desinstitucionalização e ao modelo de atenção psicossocial.

Ao conceber saúde mental apenas como uma doença, um diagnóstico, com fatores preponderantemente biológicos, descarta os determinantes sociais de saúde e doença. Sinalizam também o retorno das internações em hospitais psiquiátricos e a lógica do cuidado biomédico, descartando outros modos de cuidados, como os aspectos sociais e de inserção na cultura.

Parecem desprezar os avanços conquistados pela implantação dos serviços substitutivos como os CAPS e Residências Terapêuticas, além de não valorizar os preceitos para a inclusão do cuidado em saúde mental na atenção primária. Esses avanços estão documentados nos estudos de ONOCKO-CAMPOS *et al.* (2009), que demonstram

que o suporte consistente de uma rede de serviços substitutivos articulados é eficaz na continência dos usuários e seus familiares nos momentos de crise, para a promoção de reabilitação e na redução no número de internações. Os serviços comunitários, assim como os demais equipamentos do SUS têm enfrentado financiamento inadequado ao longo de décadas, e, ainda assim, resistem e demonstram sua potência na promoção de saúde e autonomia dos sujeitos.

Já foi extensivamente descrito na literatura o caráter antiterapêutico dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. Vietta, Kodato e Furlan (2001) destacaram os hospitais psiquiátricos como ambientes propícios à cronicidade, institucionalização e deterioração da subjetividade e individualidade.

Em dezembro de 2018 foi lançado o relatório de Inspeção Nacional em hospitais psiquiátricos no Brasil, organizada pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

A amostra de serviços visitados, correspondeu a, aproximadamente, um terço do total dos hospitais psiquiátricos com leitos públicos em funcionamento. O relatório constatou uma série de violação de direitos e indícios de práticas de tortura, tratamentos cruéis e desumanos. Comprovaram a ineficácia das internações de longa permanência, bem como a má qualidade dos serviços oferecidos nesses locais (CFP, 2020).

Pouco tempo antes, em outubro de 2017, havia sido lançado o relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, de iniciativa do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF). O documento revelou violações de direitos humanos, da liberdade religiosa e à diversidade sexual, privação de liberdade, trabalhos forçados, internação irregular de adolescentes, além da utilização da lógica de abstinência obrigatória, como tratamento (CFP, 2018).

As mudanças – algumas aventadas e outras consumadas, representam retrocessos aos avanços já alcançados na atenção à saúde mental até o presente momento. Simbolizam uma grande ferida principalmente à garantia de direitos humanos, o cuidado em liberdade e a participação social na construção das políticas públicas (LUSSI *et al.*, 2019).

Embora se reconheça a carência de aprimoramento das práticas e eficácia na implementação das políticas de saúde mental, o caminho não é a extinção e desmonte de

tais políticas. Faz-se necessário aperfeiçoamento para a consolidação em sua integral potência, por meio de subsídios financeiros por parte da esfera federal, manutenção das avaliações e monitoramento das ações das equipes de APS e equipes especializadas como os CAPS e NASF. Onocko-Campos *et al.* (2019) corrobora apontando a necessidade de melhoria dos mecanismos de coordenação do cuidado entre atenção primária à saúde e serviços comunitários especializados. Ou seja, incentivo e aporte financeiro para a expansão e implantação de equipes como o NASF, com fins a ampliar a suporte para as equipes de APS, por meio das estratégias de apoio matricial e educação permanente.

Diante de todo retrocesso que ataca o SUS, a APS, as avaliações sistematizadas e as políticas de saúde mental, a cidadania e o estado de direitos é necessário fazer resistência. A resistência contra os retrocessos deve partir primeiramente da conscientização do atual momento político e da defesa da democracia. E, paralelamente, enfatizar a potência dos serviços territoriais e do modelo de atenção psicossocial, destacando sua ampliação e integração com a APS (DELGADO, 2019; ELIA *et al.*, 2018).

A participação social deve ser ressaltada no sentido de que se possa apontar o modelo de saúde desejado (HIRDES; SCARPARO, 2015). No plano micropolítico, é preciso superar os preconceitos atrelados ao sofrimento psíquico, romper com práticas profissionais que propagam os especialismos e a demanda por internação involuntária e em instituições asilares. É necessário propor a integração dos diferentes pontos de atenção da rede como parte crucial para o enfrentamento dos problemas elencados, uma vez que, o trabalho em saúde mental se faz a partir da prática entre vários (MACEDO *et al.*, 2017).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu observar um processo de trabalho que contém desafios, construções, enfrentamentos, perdas e também potências. O aprimoramento desses processos requer o reconhecimento e a valorização do que tem sido praticado pelos profissionais, monitorar e avaliar o que já foi construído a fim de continuar investindo em futuras melhorias.

Compreende-se que os conceitos envolvidos no processo saúde-doença se dão a partir das singularidades de cada sociedade e sua cultura: o que se entende sobre saúde e saúde mental molda a forma como se cuida e trabalha na área.

As compreensões de saúde mental aqui expressas pelos profissionais de saúde da APS, representaram, majoritariamente, concepções ainda interligadas com o conceito de doença/transtorno mental, como se saúde mental fosse a ausência de doença. Isso significou para a prática de tais profissionais, modelos baseados no tratamento medicamentoso e encaminhamento para cuidado na especialidade, em detrimento das ações de promoção e prevenção em saúde mental. Além disso, foram identificados desafios como preconceitos, para inclusão da saúde mental na APS e para promover a integralidade e coordenação do cuidado em articulação com os serviços da RAPS.

Evidenciou-se a necessidade de ser reforçar a importância da APS como ordenadora do sistema e referência de cuidado ao usuário, de ampliar a compreensão de saúde mental voltada para a ideia de saúde e suas determinações sociais. Para isso é preciso avançar em saberes e práticas do cuidado territorial, e a autonomia e direitos dos sujeitos. Faz-se necessário que os profissionais da APS sejam mais bem preparados e apoiados para desenvolverem práticas para além do modelo curativo, práticas que primem pela humanização, pelo acolhimento do usuário, pela construção de vínculo, em direção a uma clínica ampliada e em prol da saúde mental.

Além disso, para uma APS potente é imprescindível que as equipes mínimas estejam com seu quadro de recursos humanos completos e fixos. Uma vez que a ausência e rotatividade de profissionais prejudica o funcionamento da equipe e para a oferta de cuidado de qualidade. Em especial, constatou-se a importância do agente comunitário de saúde na composição das equipes com estratégia de saúde da família. Especialmente para a identificação em tempo real de necessidades em saúde e sofrimentos nos sujeitos e sua família. Bem como para a articulação das unidades de saúde com a comunidade e

produção de informações sobre as particularidades e realidades das condições de vida. Assim, recomenda-se que essa categoria profissional seja de fato reconhecida pelo município como ator essencial na composição das equipes.

Ainda em relação ao modo de trabalho das equipes de APS, sugere-se que os espaços de reunião de equipe sejam espaços instituídos e regulares, tanto em unidades sem ESF como em unidades com ESF. Dado a relevância da troca de saberes e articulação entre os profissionais para prática de um cuidado pautado na integralidade. Enfim, recomenda-se a organização das informações sobre os usuários nos prontuários médicos e prontuários de família, a fim de que todos profissionais envolvidos no cuidado dos sujeitos possam acessá-las. Bem como as documentações sobre referência e contrarreferência sejam padronizadas e também acessíveis favorecendo dessa forma a coordenação do cuidado.

Em relação ao trabalho em rede, faz-se necessário fortalecer os dispositivos e serviços da RAPS, bem como as estratégias de matriciamento e de educação permanente, como forma de ampliar e potencializar as práticas em saúde mental na APS. Entende-se que é a partir do cuidado compartilhado, da troca de experiências e saberes que se dá o aprendizado e aprimoramento do processo de trabalho especialmente em saúde mental.

Nesse sentido recomenda-se fortemente a ampliação do quadro de profissionais na RAPS, principalmente da área psi (psiquiatras e psicólogos). Uma vez que o desafio no cuidado em saúde mental se amplia com a falta de apoio dessas categorias profissionais para ampliação da capacidade de trabalho da APS, bem como para a rede ao receberem demandas que necessitam de fato cuidado especializado.

As ações das equipes de CAPS e NASF necessitam igualmente de sustentação e fortalecimento. Não apenas com a ampliação no quadro de profissionais, mas a partir da capacitação e ampliação de suas práticas. Tais equipes precisam de fato reconhecer e se apropriar de seus papéis e funções, especialmente para como trabalho junto com equipes de APS. Para que assim, de fato, haja possibilidade de demonstrar a potência do cuidado em rede.

Por fim, ressalta-se a necessidade imprescindível do compromisso dos gestores municipais com a expansão das ações de saúde mental na atenção primária. Além do olhar atento para o preenchimento do quadro de trabalhadores na APS e na RAPS e na disponibilização de acesso à espaços de capacitação, gestores precisam também se articular na colaboração para a definição dos territórios das unidades de saúde da APS.

Uma vez que ter territórios bem delimitados favorece a adscrição da clientela, facilita o vínculo das equipes com seus usuários e sua comunidade, além de possibilitar que as necessidades de saúde de cada área sejam mapeadas e conhecidas para uma proposição de intervenções coerentes com as reais necessidades do município.

Em relação aos limites do estudo, identificou-se a importância de que outros profissionais das equipes de atenção primária também tivessem sido ouvidos, como os auxiliares de serviços gerais e recepcionistas, que poderiam ter contribuído com suas práticas e envolvimento com os usuários.

Sugere-se para futuros estudos, que a RAPS em toda sua complexidade seja estudada, de forma a se capturar a ótica dos profissionais especializados e equipamentos da RAPS sobre a coordenação do cuidado.

Em relação às implicações para a prática, este estudo reitera a importância de se fortalecer os princípios e ações da APS e da reforma psiquiátrica. Possibilitou a identificação de dificuldades no que se refere a organização dos serviços e a articulação com a RAPS, bem como a necessidade de melhor amparo para os profissionais da APS no cuidado em saúde mental. Almeja-se que os resultados e reflexões possibilitem propostas de mudanças no cuidado oferecido pelas equipes e que se conjecture maior integração dos cuidados com a saúde mental na APS.

Por fim, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam nortear futuras tomadas de decisões por parte da gestão municipal, que se reconhece como comprometida com avanços para o SUS e para a saúde de seus cidadãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos para o cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 5, p. 981-987, 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil**. Disponível em: <https://www.abp.org.br/diretrizes>. Acesso em: 22 dez. 2020.

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 127-131, 2010.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. D. C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 120p.

ANDRADE, J. M. O. *et al.* Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 5, n.2, p. 3549-3557, mar. 2013.

ANGELINI, C. R.; CACCIA-BAVA, M. C. G. “A gente sente que precisa e pode...”: os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 36, p. 1-9, jul./set. 2015.

ATHIÉ, K. *et al.* Perceptions of health managers and professionals about mental health and primary care integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 532, 2016.

AZEVEDO, D. M. D.; SANTOS, A. T. D. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 4, n. 4, p. 3006-3014, out./dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 01 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 2007. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. - (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2011a.

_____. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011b. Seção 1, p. 230-232.

_____. Dulce Helena Chiaverini (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011c. 236 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2012. Seção 1, p. 223.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. - (Cadernos de Atenção Básica n. 28).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. - (Cadernos de Atenção Básica n. 39).

_____. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 23 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – Terceiro Ciclo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017b, Seção 1.

_____. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 abr. 2019a. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/legislacao/nota_saudemental.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 2019c. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018. 172 p.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Hospitais Psiquiátricos no Brasil: Relatório de Inspeção Nacional**. 2 ed. Brasília: CFP, 2020. 128 p.

CHIAVAGATTI, F. G. *et al.* Articulação entre centros de atenção psicossocial e serviços de atenção básica de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 11-7, 2012.

COSTA-ROSA, A. da. A Estratégia Atenção Psicossocial: novas contribuições. *In: COSTA-ROSA, A. da. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013. p. 91-117.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 17, n. 2, e0021241, 2019.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017.

ELIA, D.; SARDINHA, L. M. V.; FORTES, S.; CAMPOS, K. P. Desafios da saúde mental. *In: Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS, 2018. p. 159-172.

EMERICH, B. F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em Saúde Mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e170521, 2019.

FIDELIS, A. C. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (SUS). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 561-582, 2018.

FORTES, S. *et al.* Psiquiatria no século XXI transformações a partir da integração com a atenção primária pelo matriciamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014.

GAZIGNATO, E. C. da S.; SILVA, C. R. de C. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde e Debate**, v. 38, n. 101, p. 296-304, jun. 2014.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab Educ Saude**, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 383-393, 2015.

IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019.

LIMA, F. G.; SICILIANI, C. C.; DREHMER, L. B. R. O perfil atual da saúde mental na atenção primária brasileira. **Comunicação em Ciência da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 143-148, 2012.

LUSSI, I. A. O. *et al.* Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2019.

MACEDO, J. P.; ABREU, M. M.; FONTENELE, M. G.; DIMENSTEIN, M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 155-170, 2017.

MACHADO, D. K. de S.; CAMATTA, M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 224-232, jun. 2013.

MARTINS, Á. K. L. *et al.* Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, 2015.

MARTINS, R. V. *et al.* Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 11-8, 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. L. de C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. da. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 151-160, abr. 2013a.

MINOZZO, F.; COSTA, I. I. da. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latino-Americana Psicopatologia Fundamental**, v. 16, n. 3, p. 438-450, set. 2013b.

MODESTO, A. A. D.; COUTO, M. T. Como se estuda o que não se diz: uma revisão sobre demanda oculta. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-13, 2016.

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. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

NOVAES, M. de A. *et al.* Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 43, p. 1095-1106, dez. 2012.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. Ações de saúde mental no Programa de Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-84, 2007.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 16-22, supl. 1, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4643-4652, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00156119, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil**. Atualizada em 17 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 22 de dezembro de 2020.

PEREIRA, A. de A.; COSTA, A. N. da; MEGALE, R. de F. Saúde mental para médicos que atuam na estratégia saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Revista Brasileira Educação Médica**, v. 36, n. 2, p. 269-279, jun 2012.

PEREIRA, A. A.; REINALDO, A. M. S.; ANDRADE, D. C. L. Proposta educativa em saúde mental para enfermeiros da atenção primária à saúde. **Sanare**, v. 14, n. 2, p. 17-26, 2015.

PINI, J. dos S.; WAIDMAN, M. A. P. Fatores interferentes nas ações da equipe da Estratégia Saúde da Família ao portador de transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 372-379, 2012.

PLANO DIRETOR PARTICIPATIVO. Produto 2: Levantamento de dados e Diagnóstico. Polo Planejamento. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.ibitinga.sp.gov.br/planos-municipais/plano-diretor>. Acesso em: 18 mai. 2021.

PRATES, M. M. L.; GARCIA, V. G.; MORENO, D. M. F. C. Equipe de apoio e a construção coletiva do trabalho em Saúde Mental junto à Estratégia de Saúde da Família: espaço de discussão e de cuidado. **Saúde Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 642-652, jun 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis**, v. 24, n. 1, p. 253-271, mar. 2014.

RÉZIO, L. de A.; MORO, T. N.; MARCON, S. R.; FORTUNA, C. M. Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial à Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 19, p. 793-803, supl 1, 2015.

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. **Psicologia USP**, v. 24, n. 3, p. 369-390, dez. 2013.

RODRIGUES, C. R.; FIGUEIREDO, M. A. de C. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 8, n. 1, p. 117-125, 2003.

ROTOLI, A. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, e20180303, 2019.

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.

SÃO PAULO (Estado). **População Total por DRS segundo RRAS**. São Paulo: Secretaria de Saúde, 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 14 abr. 2020.

SARACENO, B. **Psiquiatria e saúde mental**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 44, n. 8, p. 389-393, 1995.

SCORSOLINI-COMIN, F.; FIGUEIREDO, I. A. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras histórias, de Guimarães Rosa. **Saude soc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 883-897, 2018.

SILVA, N. dos S. *et al.* Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental. **Texto contexto – enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1142-1151, dez. 2013.

SOUZA, L. G. S. *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/MS, 2002. 726p.

VELOSO, T. M. C.; SOUZA, M. C. B. de M. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 79-85, mar. 2013.

VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A. B. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 24-33, 2017.

VIETTA, E. P.; KODATO, S.; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001.

VILELA, S. de C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 1, p. 96-102, 2014.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrating mental health in primary care: a global perspective**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/policy/services/integratingmhintopriarycare/en/. Acesso em: 22 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft comprehensive mental health action plan 2013–2020**. Geneve: World Health Organization, 2013. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/. Acesso em: 22 dez. 2020.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do estudo “**A atenção psicossocial sob a perspectiva dos profissionais da atenção básica**” que é desenvolvido pelo Departamento de Medicina Social do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Essa pesquisa tem como objetivo descrever a coordenação do cuidado em saúde mental nos serviços de atendimento da atenção básica, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde. Os pesquisadores responsáveis são: Nayara Gomes Braga e Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava. Ao participar do estudo você irá responder uma entrevista que tem algumas questões sobre sua atuação em saúde mental na atenção básica. Caso você aceite participar da pesquisa, você precisa saber que:

A – As entrevistas durarão aproximadamente 50 minutos e serão gravadas e depois transcritas, com o objetivo de documentar o trabalho. E somente os pesquisadores terão acesso ao conteúdo das entrevistas.

B – Os dados poderão ser divulgados em publicações ou eventos científicos, nos quais você e os outros participantes nunca serão identificados. Será respeitado sigilo quanto a identidade do profissional e da unidade de saúde, com a alteração dos nomes e será descartado informações que possam comprometer ou facilitar a identificação do profissional.

C – Será previamente acordado com os participantes e coordenadores o horário da entrevista a fim de diminuir os prejuízos ao trabalho do profissional. Entretanto, ressalta-se que, ainda assim pode haver ligeira quebra da rotina de trabalho.

D – Quanto aos benefícios, ressalta-se que a identificação de impasses e dificuldades no trabalho com saúde mental na atenção básica pode contribuir para novas propostas para a reorganização da rede de atenção psicossocial, além de subsidiar ações de capacitação e educação permanente aos profissionais.

E – O estudo não prevê despesas ou gastos caso aceite participar da pesquisa. O participante terá direito à indenização, caso haja algum prejuízo em decorrência da participação no estudo, conforme as leis vigentes no país.

F – Serão mantidas em sigilo todas as informações de ordem pessoal obtidas no estudo. O material coletado na pesquisa será arquivado por 5 anos, e posteriormente descartado.

G – Você está livre para deixar de participar desse estudo a qualquer momento, sem que isso lhe cause ônus.

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), o qual é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no Subsolo do Hospital e funciona das 8:00 às 17:00. O telefone de contato é o (16) 3602-2228.

Eu, _____ RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo. Declaro ainda que recebi uma via do TCLE.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20__

Assinatura do participante

Nayara Gomes Braga
Pesquisadora Responsável

Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia-Bava
Orientadora da Pesquisa

Telefone para contato com a pesquisadora: Nayara Gomes Braga (16) 98201-2739
nayaragbraga@gmail.com

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

Identificação do entrevistado: _____

Idade (anos completos): _____ Sexo: () F () M

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Formação e qualificação do profissional: _____

Cargo ocupado na UBS ou ESF: _____

Tempo de vínculo na Instituição (anos e meses): _____

Vínculo atual: _____

Identificação da UBS ou ESF: _____

Quantidade e formação dos profissionais da equipe mínima na AB: _____

Quantidade e formação dos profissionais da equipe ampliada da AB: _____

Papel do profissional em SM na AB

1. O que você entende por saúde mental?
2. Quem deve ser o responsável pelo cuidado da demanda de saúde mental?
3. Qual é o local e o tipo do cuidado que devem ser oferecidos ao sujeito em sofrimento mental?
4. Qual o papel da atenção básica na saúde mental?
5. Quais são suas funções em relação ao trabalho em saúde mental?
6. Como você trabalha com saúde mental na atenção básica? (verificar se desenvolvem ações de promoção e prevenção de saúde mental, e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas).

Método de trabalho

7. Você pensa que sua equipe dispõe de recursos humanos suficientes para desenvolver o trabalho? Qual categoria profissional está insuficiente?
8. Como são agendadas, na unidade, as consultas para pessoas em sofrimento mental?
9. Como é feito o acolhimento da demanda de saúde mental nessa unidade de saúde?
10. Você pergunta sobre a saúde mental dos seus pacientes em consulta/visitas domiciliares?
11. Você possui registro das informações sobre os usuários com algum sofrimento mental que estão no território da unidade de saúde?
12. Quais são suas dificuldades em relação ao trabalho em saúde mental?
13. Você sente necessidade de aprendizado em saúde mental? Cite.
14. Como você avalia o trabalho realizado em saúde mental na atenção básica?
15. Qual parâmetro utiliza para avaliá-lo?
16. Quais são os critérios utilizados pela gestão para avaliação dos serviços prestados pela AB em

SM? (avaliar se meta de produção, se meta de qualidade, produtividade, resultados, outros ou se não há metas).

17. O que poderia ser melhorado quanto ao trabalho em saúde mental na atenção básica?

Trabalho em Rede

18. O que é trabalho em rede?
19. Quais os serviços de saúde mental que compõe a RAPS de seu município?
20. Como é o contato da rede de AB com a RAPS?
21. Como é realizada a referência dos pacientes de saúde mental para a RAPS?
22. Como vocês realizam o seguimento do paciente após encaminhá-lo para a rede?
23. Há contrarreferência da RAPS para a AB?
24. Com que frequência você entra em contato com a RAPS para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados? E vice-versa.

Formação do profissional

25. A equipe de AB recebe suporte de outros profissionais (ex. NASF, CAPS) para auxiliar no cuidado de casos de saúde mental?
26. Há no município ações de educação permanente e/ou matriciamento que envolvam profissionais da atenção básica? Se sim, qual categoria de profissionais é contemplada com a EP?
27. Essas ações contemplam suas demandas? Quais outras ações acha que seriam necessárias?
28. Você teve formação para o atendimento de pessoas com transtorno mental e usuários de álcool e drogas?
29. Você pensa que sua formação é suficiente para o trabalho em saúde mental na atenção básica?
30. O que seria necessário para que você se sentisse preparado para lidar com pacientes com queixas de saúde mental?

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Nayara Gomes Braga

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 96308618.7.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.002.395

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal no tempo. Como instrumento utilizar-se-á a entrevista semiestruturada com 28 participantes, sendo incluídos um profissional de cada categoria da equipe mínima da unidade de saúde, a saber: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde. O material será analisado pela técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a coordenação do cuidado em saúde mental nos serviços de atendimento da atenção básica, segundo a perspectiva dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esse estudo prevê mínimo risco para o participante, entretanto qualquer constrangimento ou problema causado pelo estudo, será de responsabilidade dos pesquisadores e consequentemente será resolvido pelos mesmos. Quanto aos possíveis riscos aventa-se haver uma ligeira quebra da rotina do profissional quanto ao seu serviço, devido à concessão da entrevista para esse estudo.

Benefícios: Quanto à ponderação sobre os benefícios proporcionados aos participantes pela

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

USP - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

Continuação do Parecer: 3.002.395

pesquisa, este estudo trará como possíveis benefícios aos participantes, a identificação de impasses e dificuldades quanto aos serviços prestados em saúde mental, o que poderá contribuir para novas propostas à reorganização da rede de saúde, e maior qualificação e suporte aos profissionais atuantes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho é um estudo descritivo, de corte transversal no tempo. O estudo terá como território para a coleta de dados o município de Ibitinga-SP. O município em evidência conta em sua rede de saúde de atenção básica com duas equipes da ESF (Estratégias de Saúde da Família) e cinco UBS (Unidades Básicas de Saúde). Serão incluídos um profissional de cada categoria da equipe mínima da unidade de saúde, a saber: um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde. Pensando que no presente estudo a coleta de dados será realizada nos serviços de atenção básica, a saber as duas ESF e cinco UBS, estima-se 28 participantes a serem entrevistados. Nesta pesquisa adotar-se-á a entrevista semiestruturada como instrumento para a coleta de dados, a qual foi construída pela pesquisadora considerando os objetivos da presente pesquisa. Nesta entrevista serão coletados dados referentes às intervenções em saúde mental já realizadas pelos profissionais da unidade de saúde; suas atribuições quanto à atuação em saúde mental e suas dificuldades para executar tais ações; percepção quanto a qualidade do serviço prestado e sugestões para aprimorar a atuação; será investigado ainda as necessidades de aprendizado em saúde mental do profissional e a articulação da rede de atenção básica com os serviços especializados. O instrumento será aplicado com cada profissional participante do estudo, com duração aproximada de 50 minutos, sendo registrado por meio de audiografações, mediante o consentimento, para que posteriormente sejam transcritos integralmente e analisados. O processo de identificação dos participantes do estudo contará primeiramente com o reconhecimento das unidades de saúde disponíveis da rede de atenção básica do município de Ibitinga-SP, e então identificados os profissionais em atuação. Após a identificação, os profissionais que corresponderem aos critérios de inclusão serão convidados a participar do estudo, e àqueles que aceitarem serão solicitados a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão realizadas no ambiente de trabalho dos profissionais participantes, assegurando conforto e sigilo dos mesmos. As entrevistas serão transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo (MINAYO, 2007), modalidade temática

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de encaminhamento de resposta ao parecer anterior

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 3.002.395

Recomendações:

não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa Versão: 3

Data modificação: 24-10-18, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão: 3 Data modificação: 24-10-18, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1180320.pdf	24/10/2018 16:21:56		Aceito
Outros	24_10_18_Carta_resposta_ao_Comite_de_etica_NAYARA_BRAGA.doc	24/10/2018 16:21:01	Nayara Gomes Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	24_10_18_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_NAYARA_GOMES_BRAGA.doc	24/10/2018 16:20:11	Nayara Gomes Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	24_10_18_A_ATENCAO_PSIKOSSOCIAL_SOB_A_PERSPECTIVA_DOS_PROFISSIONAIS_DA_ATENCAO_BASICA_NAYARA_GOMES_BRAGA.doc	24/10/2018 16:19:49	Nayara Gomes Braga	Aceito
Outros	30_09_Carta_resposta_ao_Comite_de_etica_NAYARA_BRAGA.doc	30/09/2018 11:41:56	Nayara Gomes Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	30_09_A_ATENCAO_PSIKOSSOCIAL_SOB_A_PERSPECTIVA_DOS_PROFISSIONAIS_DA_ATENCAO_BASICA_NAYARA_GOMES_BRAGA.doc	30/09/2018 11:40:15	Nayara Gomes Braga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	30_09_TERMOS_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_NAYARA_GOMES_BRAGA.doc	30/09/2018 11:35:34	Nayara Gomes Braga	Aceito
Outros	Carta_de_dispensa_Nayara_Gomes_Braga.pdf	20/08/2018 21:00:05	Nayara Gomes Braga	Aceito
TCLE / Termos de	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE	19/08/2018	Nayara Gomes	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO

Bairro: MONTE ALEGRE

CEP: 14.048-900

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-2228

Fax: (16)3633-1144

E-mail: cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 3.002.395

Assentimento / Justificativa de Ausência	E_ESCLARECIDO_NAYARA_GOMES_ BRAGA.doc	22:18:42	Braga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	A_ATENCAO_PSISSOCIAL_SOB_A _PERSPECTIVA_DOS_PROFISSIONAI S_DA_ATENCAO_BASICA_NAYARA_ GOMES_BRAGA.doc	19/08/2018 22:18:16	Nayara Gomes Braga	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_nayara.pdf	17/07/2018 10:46:23	Nayara Gomes Braga	Aceito
Cronograma	Cronograma_Nayara.doc	17/07/2018 10:45:34	Nayara Gomes Braga	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_Nayara.doc	15/07/2018 11:20:33	Nayara Gomes Braga	Aceito
Outros	Oficio_Autorizacao_Nayara.pdf	15/07/2018 11:19:18	Nayara Gomes Braga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 06 de Novembro de 2018

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br