

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Mental Health Care in Primary Care: Perception of Professionals

Luana Paula de Oliveira¹
Jackeline Lourenço Aristides²
Dayene Patrícia Gatto Altoé³

Artigo encaminhado: 20/12/2021
Artigo aceito para publicação: 10/03/2024

RESUMO: A Atenção Básica é porta de entrada de demandas de saúde mental, tendo papel fundamental na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e na concretização da reforma psiquiátrica com a produção de novos modos de cuidado em saúde mental dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e da territorialidade. Este trabalho teve como objetivo analisar a percepção de cuidado em saúde mental dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa de caráter exploratório, desenvolvida com profissionais da equipe de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Apucarana, Paraná. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica em entrevista de grupo focal com apoio de um roteiro com questões norteadoras, em que os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra. Para a análise dos dados coletados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, que nos permitiu delimitar cinco núcleos temáticos: Acesso ao serviço; Acolhimento; Acompanhamento; Potencialidades no atendimento em saúde mental e Fragilidades no atendimento em saúde mental. Neste estudo, a percepção de cuidado em saúde mental dos profissionais da atenção básica sobre o cuidado da saúde mental dentro do território ainda se encontra restrito a lógica biomédica medicalizante e psicologizante da vida.

Palavras-Chave: Saúde mental. Profissionais. Atenção básica. Percepção.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana/PR. Enfermeira no PSF em Austorga/PR E-mail: enf.luanaoliver@gmail.com

² Doutoranda em Ciências da Educação. Tutora do Programa de Residência em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana/PR. E-mail: jackeline.aristides@gmail.com

³ Psicóloga. Doutoranda em Psicologia. Tutora do Programa de Residência em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana/PR. E-mail: dayagatto@hotmail.com

ABSTRACT: Primary Care is the gateway to mental health demands, having a fundamental role in the articulation with the Psychosocial Care Network and in the implementation of the psychiatric reform with the production of new modes of care in mental health within the principles of integrality, interdisciplinarity, intersectoriality and territoriality. This study aimed to analyze the perception of mental health care of professionals at a Basic Health Unit. This is a qualitative exploratory research carried out with professionals working at a Basic Health Unit located in the city of Apucarana, Paraná. Collection of data was performed using the technique of focus group interviews with the support of a script with guiding questions, in which the statements were recorded and transcribed in full. For an analysis of the collected data, we opted for the content analysis technique, which in common define five thematic nuclei: Access to the service; Reception; Follow-up; Potentialities in mental health care and Weaknesses in mental health care. In this study, the perception of mental health care of primary care professionals about mental health care within the territory is still restricted to the medicalizing and psychologizing biomedical logic of life.

Keywords: Mental health. Professionals. Primary care. Perception.

1 INTRODUÇÃO

A partir de 1970, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica (RP) pautou-se pela crítica ao modelo tradicional de assistência biomédico e hospitalocêntrico, alterando conceitos e práticas na atenção em saúde mental, priorizando ações voltadas para a inclusão social, cidadania e autonomia das pessoas portadoras de transtornos mentais. Tendo como princípio a desinstitucionalização pressupondo a manutenção desse sujeito em seu território, possibilitando, assim, a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais (OLIVEIRA et al, 2017; TANAKA; RIBEIRO, 2009; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) propõe uma rede de serviços de saúde mental integrada e ampliada em relação à atenção às pessoas com transtornos mentais. Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por meio da portaria nº 3.088, com a finalidade de criação,

ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Sendo constituída pelos componentes: atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização; reabilitação psicossocial (OLIVEIRA et al, 2017; CARVALHO; NOBREGA, 2017).

A inclusão das ações de saúde mental no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuiu para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo a Atenção Básica (AB) o primeiro nível que constitui esse sistema, no qual o cuidado em saúde mental precisa encontrar possibilidade de acolhida, incorporação, estruturação e desenvolvimento. A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica, sendo um dispositivo fundamental da rede de atenção em saúde mental que promove a radicalidade da desinstitucionalização, por permitir um cuidado comunitário e no território, centrado nas pessoas e em seus contextos, social e familiar, favorecendo a inclusão social desses indivíduos. A atenção básica, através da ESF, configura-se como um campo de práticas e de produção de novos modos de cuidado em saúde mental, ao ter como proposta a produção de cuidados dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e da territorialidade (OLIVEIRA et al, 2017; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; AOSANI; NUNES, 2013).

Em 2008, por meio da Portaria nº 154 criou-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é regulamentado pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, sendo composto por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de saúde da família e as equipes de atenção básica, contribuindo para o aumento da capacidade de cuidado dessas equipes, compartilhando com elas a resolução de problemas e o manejo de certas situações. Dentre as atividades passíveis de serem desenvolvidas pelo NASF, estão a educação permanente, o atendimento compartilhado, a discussão de casos, os atendimentos em grupo, os atendimentos domiciliares e a construção de Plano Terapêutico Singular. O NASF é fundamental para promover a integração entre as ações de saúde básica e os dispositivos da rede de serviços de saúde mental, além de possibilitar trabalhar com os

profissionais da AB de maneira que os mesmos se tornem aptos a cuidar em território da demanda em saúde mental (SILVA, 2018).

Compreendendo a UBS como a principal porta de entrada do sistema de saúde, espera-se que seja realizado um acolhimento e acompanhamento das demandas de saúde mental pelos profissionais da UBS, e somente se necessário sejam realizados encaminhamentos para unidade especializada, visando um cuidado integral, universal e humanizado. O acolhimento apresenta-se como uma tecnologia leve de grande impacto na promoção à saúde, sendo reconhecido como uma ferramenta essencial no processo de cuidar dentro da saúde mental, que precisa ser usada por toda equipe multiprofissional como um eixo norteador da assistência, que possibilita a criação e o estreitamento de vínculos entre o profissional e o usuário, tendo suas ações centralizadas no sujeito, visando uma assistência resolutiva e responsável (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018; SOUSA; OLIVEIRA; SCHNEID, 2016).

Considerando a Atenção Básica como porta de entrada de demandas de saúde mental, com papel fundamental na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial e na concretização da reforma psiquiátrica, com a produção de novos modos de cuidado em saúde mental dentro dos princípios da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e da territorialidade, definiu-se a questão que norteia este estudo: *Qual a percepção de cuidado em saúde mental dos profissionais da atenção básica que realizam o acolhimento e acompanhamento da demanda em saúde mental dentro do território?*

Entendemos como de extrema relevância compreender a percepção de cuidado em saúde mental desses profissionais que desempenham um papel primordial no cuidado em saúde mental dos indivíduos em sofrimento mental, que pertencem ao seu território de abrangência e que são responsáveis pela articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, para que seja oferecido um cuidado integral e centrado nesses indivíduos. Dessa forma, o objetivo primário deste trabalho é analisar a percepção de cuidado em saúde mental dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde. E como objetivos secundários compreender o acolhimento e acompanhamento da demanda em saúde mental realizado em uma Unidade Básica de Saúde.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, desenvolvido com 10 profissionais, englobando profissionais de ensino médio, técnico e superior, da equipe de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município de Apucarana, Paraná. Os critérios de inclusão foram: estar atuando a mais de dois anos na Unidade Básica de Saúde pesquisada e ter disponibilidade em participar da pesquisa. Esta disponibilidade foi acordada mediante a assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações sobre a pesquisa, ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador. Os critérios de exclusão foram: estar de férias ou afastados durante o período de coleta de dados e ter menos de dois anos na Unidade Básica de Saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2021, sendo utilizada a técnica em entrevista de grupo focal com apoio de um roteiro com as seguintes questões norteadoras: *Como chegam os casos de saúde mental na Unidade Básica de Saúde? Como é realizado o acolhimento dos casos de saúde mental? Como é feito o acompanhamento dos casos de saúde mental dentro do território? Quais as potencialidades e desafios que identificou ao atender essa demanda de saúde mental?*

Foram realizados dois grupos focais no próprio serviço, devido a rotina de trabalho e carga horária específica de cada profissional. O primeiro grupo focal ocorreu no período vespertino com seis profissionais, sendo um de nível de ensino superior, dois de nível técnico e três de nível médio. O segundo grupo focal ocorreu no período matutino com outros quatro profissionais que não estavam presentes no período do primeiro grupo, sendo três de nível de ensino superior e um de nível médio. No total foram entrevistados 10 profissionais das seguintes categorias profissionais: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos. Os discursos dos profissionais foram gravados com a devida autorização dos participantes e após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados do objetivo da pesquisa, como será realizada, seus riscos e benefícios. Após a gravação, os discursos foram transcritos na íntegra, sendo que para cumprir o critério de não identificação dos entrevistados, os trechos

das entrevistas foram identificados por meio da letra P, referente à profissional, seguida do número correspondente à ordem de realização da entrevista.

Para a análise dos dados coletados, optou-se pela técnica de análise de conteúdo que apresenta as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. Na etapa de pré-análise foram desenvolvidas as operações preparatórias para a análise, tendo como objetivo a organização para posicionar as primeiras impressões das informações. Na etapa de exploração do material foi feita a análise das questões de interesse que surgiram na pesquisa. Na etapa de tratamento do material ocorreu a inferência e a interpretação dos resultados obtidos, nesse momento os dados brutos foram tratados de maneira significativa, onde realizou-se interpretações fornecidas pela análise (BARDIN, 2011).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CETI-FAP), mediante parecer nº 40002520.3.0000.5216, seguindo as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, dispostas na Resolução 466/2012.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos por meio da análise de conteúdo dos grupos focais realizados foram ordenados em categorias, sem hierarquização e frequência das falas apresentadas, sendo delimitados cinco núcleos temáticos: Acesso ao serviço; Acolhimento; Acompanhamento; Potencialidades no atendimento em saúde mental e Fragilidades no atendimento em saúde mental.

Acesso ao serviço

Em relação ao acesso dos casos de saúde mental no serviço pesquisado, este ocorre principalmente por livre demanda em busca de atendimento psicológico, em consultas médicas e através de visitas domiciliares, realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde.

[...] muitas vezes aqui no balcão mesmo chega gente desesperada aqui, ainda mais nessa época, né? Direto gente atrás do psicólogo (P5).

Por procura direta do paciente ou às vezes por um atendimento médico em que alguma coisa é perceptível (P1).

E nós agentes de saúde também quando nós vamos numa casa a gente ouve lá o que tá acontecendo, se tem profissional nós falamos ou trazemos para a enfermeira (P2).

Ou às vezes algum ACS que chega com um caso de um paciente, né também. Ou a procura do próprio paciente (P8).

A Unidade Básica de Saúde é um serviço de atenção primária responsável pelas demandas de saúde da população inserida no território em que fica localizada, possibilitando o acesso dos indivíduos ao serviço de saúde, além de propiciar a formação e fortalecimento de vínculos com os profissionais atuantes nesse local. Dessa forma, facilita que os indivíduos relatem suas demandas de saúde mental, sejam acolhidos e acompanhados pela atenção básica, que realiza a estratificação de risco em saúde mental e de acordo com ela encaminha para os profissionais e serviços especializados, visando um cuidado integral, universal e humanizado. Os discursos dos profissionais entrevistados se assemelham com os resultados encontrados por Souza e Luís (2012) que também identificaram como formas de detecção das queixas relativas ao sofrimento psíquico nas visitas domiciliares, demanda espontânea do usuário e durante outras consultas de enfermagem ou médicas.

O atendimento da saúde mental no nível primário de atenção possibilita um acesso mais fácil e mais rápido aos serviços quando necessário, devido à proximidade da comunidade com os profissionais da saúde que se deparam frequentemente com as problemáticas dos sujeitos e da comunidade. Podendo, assim, pensar no desenvolvimento das ações de prevenção e promoção de saúde mental, sendo necessário que os profissionais sejam preparados para um pensar e agir pautado na atenção psicossocial, e de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental (MOLINER; LOPES, 2013).

Antonacci e Pinho (2011) reforçam a necessidade de novas interlocuções entre a saúde mental e a atenção básica para a organização e ampliação do arsenal terapêutico no contexto da comunidade, tendo em vista que as dimensões sociais e culturais influenciam e são influenciadas pelos

determinantes fisiológicos e psicológicos do adoecimento. Para estes autores, a distinção de território de área geográfica é o primeiro e mais importante passo para que os envolvidos no processo de atenção à saúde tomem para si a responsabilidade de cuidar, de modo a permitir a construção de espaços onde o indivíduo em sofrimento possa ser acolhido e acompanhado dentro do território onde vive com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Sendo que estes compreendem o território como o *locus* onde se verifica a interação de uma população específica vivendo em tempo e espaços singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, em que um conjunto heterogêneo de elementos formalizados e intensivos projetam condições de vida e de saúde de uma população.

Acolhimento

Compreendendo a Unidade Básica de Saúde como a principal porta de entrada do sistema de saúde, espera-se que o acolhimento de demandas de saúde mental seja feito com maior cautela e atenção, para que seja possível realizar devolutiva mais adequada ao paciente, sendo necessário compromisso e disponibilidade do profissional e do usuário para a realização com efetividade. O acolhimento é um dispositivo do processo de trabalho mediado pela escuta qualificada, visando também o estabelecimento de vínculo, apresentando potencial para viabilizar o cuidado integral ao usuário em busca da humanização na assistência, sendo entendido como norteador transversal da atenção à saúde, para garantir a integralidade do sujeito. É de fundamental importância que o acolhimento seja fortalecido dentro do âmbito de cuidados, tanto para mobilizar a sensibilidade dos profissionais através de ação reflexiva, ética e solidária no momento do acolhimento, quanto para contribuir com o apoio social e medidas de combate ao estigma e preconceito (SILVA FILHO; BEZERRA, 2018).

Silva Filho e Bezerra (2018) enfatizam o acolhimento como uma tecnologia leve promotora de saúde mental e importante para o tratamento e reinserção social, em que a escuta qualificada é uma ferramenta essencial na acolhida em saúde mental, por dar voz ao sofrimento do usuário, minimizando o problema e facilitando a tomada de decisão. As tecnologias leves permitem a produção do cuidado baseado nas relações humanas, por meio da escuta, do

interesse, da construção de vínculo e confiança, sendo estas capazes de exercer mudanças na rede de cuidados, ao possibilitar um olhar ampliado do profissional para que o usuário seja visto com um indivíduo singular de necessidades biopsicossociais, econômicas e culturais. Sendo assim, os profissionais devem ser capacitados para fazer um acolhimento qualificado ao sujeito com sofrimento psíquico, pois este favorece ao usuário vivenciar sua subjetividade, além de minimizar a prevalência do modelo biomédico, tornando transversal o cuidado terapêutico e contribuindo para desmedicalização do sujeito (MERHY, 2002).

Apesar da importância dessa ferramenta como determinante no processo de cuidar dentro da saúde mental, a sua utilização pelos profissionais entrevistados ficou evidenciada apenas em uma das falas dentre os grupos focais realizados:

Mas a gente tenta da melhor forma assim, fazer um acolhimento, conversar com o paciente, tentar primeiro acalmar, e tentar às vezes alguma alternativa com o familiar para dar um apoio às vezes dependendo da situação (P1).

Segundo Silva Filho e Bezerra (2018, p. 620) “tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde tem sido caracterizado ora como uma dimensão espacial, ora como uma ação de triagem e encaminhamento, restringindo-se às ações pontuais, isoladas e descomprometidas com a produção de responsabilização e vínculo com a clientela”. Foi possível observar essa lógica de encaminhamentos pelos discursos a seguir:

[...] a gente passa pelo clínico e ele faz o pedido com o psicólogo, a gente aqui já traz pro psicólogo no caso, às vezes até para a psiquiatria (...) antes de ter psicólogo aqui a gente tinha que mandar referência para a Autarquia para liberar o psicólogo, depois liberar a psiquiatria (P5).

[...] se for caso de encaminhar para o psicólogo eles fazem o encaminhamento, se for psiquiatra também faz o encaminhamento (...)

casos mais graves são encaminhados para a saúde mental, setor de saúde mental, junto com a estratificação de risco (P7).

Sucigan, Toledo e Garcia (2012) concluíram que a compreensão dos profissionais de enfermagem de equipes de saúde da família sobre o acolhimento é que este deve ser realizado rapidamente para atender um maior número de acessantes, e que no acolhimento de sujeitos, que apresentavam demandas relacionadas à saúde mental, a prática de encaminhamentos para equipes especializadas em saúde mental como forma de tomada de decisão foi praticamente constante, demonstrando uma dificuldade em dispor de tempo para oferecer um acolhimento qualificado, sentimento de despreparo para o contato com o sofrimento mental e para ofertar o cuidado em saúde mental no território para os acessantes do serviço. Nesse caso, é preciso que no mínimo este profissional seja responsável em orientar o usuário e a família em relação ao encaminhamento, sobre outros serviços de saúde para continuidade da assistência, como também garantir a eficácia do encaminhamento entrando em contato com o serviço referenciado.

Além da lógica de encaminhamento, também foi predominante nas falas analisadas o discurso prescritivo, medicalizante e tecnicista, como forma de acolhimento das demandas de saúde mental na Unidade Básica de Saúde estudada:

[...] às vezes o Doutor passa medicação e encaminha. Mas o Doutor também trata (P2).

[...] quando é um caso leve (complementando P2)...mas tem caso que tem que ser encaminhado para o psiquiatra né (P3).

[...] algum caso que a gente vê que consiga resolver por aqui, né? Seja um caso leve, alguma coisa, nós mesmos medicamos também e vamos acompanhando esses pacientes (P8).

No estudo de Sucigan, Toledo e Garcia (2012) os profissionais também associavam o acolhimento com execução de técnicas e auxílio às práticas

medicalizantes, limitando o acolhimento em distribuição de prescrições médicas refeitas e orientação sobre a posologia dos medicamentos prescritos.

Segundo Silva Filho e Bezerra (2018, p. 623):

Essa visão prescritiva, medicalizante, produtora de procedimentos e consumidora de insumos tecnológicos potencializa a assistência médica hegemônica, restringindo a clínica na atenção primária à saúde aos encaminhamentos para especialidades e realização de exames, que no âmbito da saúde mental fortalece a lógica manicomial. O acolhimento se mostra como uma estratégia que retira a prioridade médica do atendimento, repassando a responsabilidade do cuidado para outros profissionais, em uma perspectiva de clínica ampliada, colocando o usuário frente a outras possibilidades de cuidado para além do medicamentoso.

Acompanhamento

Os profissionais de saúde do presente estudo, quando questionados sobre o seguimento do cuidado em saúde mental dos acessantes acolhidos no serviço, enfatizaram a realização de visitas domiciliares, principalmente, para o acompanhamento do uso de medicações:

[...]que nem a P4 mesmo vai toda semana na casa de uma paciente para (...) acompanhar ver se está tomando certinho a medicação (P1).

A gente vai atrás para saber se está melhorando...é a gente vai na casa “fulano melhorou?” “Fulano tá tomando o remédio certinho?” (P5).

A gente tem até que pedir o remédio para ver se tá tomando mesmo (P6).

Essas falas vão de encontro à literatura, segundo Rocha e Werlang (2013) em sua pesquisa sobre a prevalência e o padrão de consumo de psicofármacos por usuários de uma Unidade Básica de Saúde, apontaram que devido a lógica biomédica reducionista e organicista de alguns profissionais de saúde, as ações de saúde mental na atenção primária à saúde acabam se concentrando em uma clínica tradicional hospitalocêntrica e medicalizada. Ressaltando a relevância do compartilhamento das responsabilidades na

equipe multiprofissional, capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica no processo de cuidado em saúde mental e disponibilidade de tratamentos alternativos ou complementares ao uso de psicofármacos, para a minimização da medicalização da vida.

O acompanhamento das medicações também ocorre por meio das consultas médicas, em que medicações podem ser inseridas em uma primeira consulta e são marcados retornos, para que sejam realizadas reavaliações do quadro do acessante. No entanto, nessas consultas os profissionais costumam também recorrer ao encaminhamento para o profissional psicólogo, demonstrando a busca na articulação com outras práticas, para que não haja enfoque somente na medicação:

[...] gente acaba fazendo essa primeira consulta, faz a avaliação e se for caso de nós mesmos atendermos no caso a gente indica o psicólogo e se for para começar uma medicação a gente começa, aí eu geralmente falo para retornar e vou observando o paciente e faço uma reavaliação (P9).

[...] é às vezes vê que é um caso que dá para resolver por aqui, não tendo necessidade de encaminhar para a psiquiatria é ... eu oriento o paciente, entro com o tratamento se precisar, dou um encaminhamento para o psicólogo e oriento a estar retornando...a cada 2 meses para estar reavaliando (P8).

De acordo com Rocha e Werlang (2013), a promoção do uso racional de psicofármacos na atenção primária à saúde está associada ao controle e reavaliação da prescrição dessas medicações, que só será possível com a realização pela equipe de revisões periódicas desses acessantes, a elaboração e utilização de protocolos clínicos e capacitação dos profissionais inseridos nesses serviços.

Além disso, em uma das falas foi relatado o uso de uma ferramenta de acompanhamento dos acessantes que estão em tratamento psiquiátrico em um dos serviços especializados da região, em que consta os dados pessoais do usuário, fatores de risco e de proteção, medicações prescritas, datas de consultas e retorno agendado, e orientações para a equipe da atenção básica.

Sendo dessa forma uma ferramenta que permitiria a comunicação entre os serviços e o melhor acompanhamento em saúde mental, no entanto, no discurso do profissional, esse instrumento foi utilizado como controle de faltosos para a realização da busca ativa do acessante:

[...] quando tem paciente que faz com o psiquiatra o CISVIR manda também uma tabela dos pacientes, para às vezes fazer uma busca ativa se estão faltosos (P7).

Abreu, Kohlrausch e Lima (2008) concluíram em seu estudo que, nas unidades de Estratégia Saúde da Família pesquisadas, os agentes comunitários de saúde foram os trabalhadores que mais se envolveram no atendimento ao usuário com comportamento suicida, além de conseguirem reconhecer o comportamento suicida na comunidade com mais frequência do que outros profissionais. Nesse sentido, esses profissionais dedicam a esses usuários visitas domiciliares com maior periodicidade, em que realizam o acolhimento e a escuta, que são fundamentais nesse atendimento, levando em consideração a integralidade do cuidado, além disso, verificam sobre a administração correta da medicação e idas às consultas marcadas. Este estudo dialoga com o discurso abaixo, em que uma agente comunitária de saúde acompanhava uma acessante do serviço que apresentava ideação e tentativas prévias de suicídio:

[...]que nem eu tinha um paciente aqui que na época a psicóloga C que estava aqui, que tentou suicídio várias vezes e daí eu sempre ia lá pra saber...sabe? Que ela vivia tentando suicídio. Daí a gente acompanhava só que daí o pai e a mãe também tudo...e o irmão tudo tomava remédio controlado também, aí um dia a mãe dela veio chorando aqui pedindo pelo amor de Deus, aí a gente fica indo na casa até ver se tá tudo bem (P5).

Abreu, Kohlrausch e Lima (2008) também abordaram em sua pesquisa ações realizadas pelos agentes comunitários de saúde com os usuários com comportamento suicida, sendo elas: comunicação para a equipe sobre a

ocorrência do fato, escuta e acolhimento, verificação sobre a administração correta da medicação, visitas domiciliares com maior periodicidade, marcação, encaminhamento, verificação sobre o fato dos usuários terem ido às consultas marcadas, orientações ao usuário com comportamento suicida sobre questões de saúde, realização de busca ativa, registro da causa externa, atividades e orientações com familiares dos usuários.

Potencialidades no atendimento em saúde mental

Acerca do questionamento em relação às potencialidades identificadas pelos profissionais entrevistados ao atender demandas em saúde mental, foi possível elencar as seguintes: vínculo e confiabilidade estabelecido entre o acessante e a equipe, disponibilidade dos profissionais para prestarem atendimento, tanto em consultório, como durante visitas domiciliares, inserção de profissional de saúde mental na equipe, que auxiliou na priorização do acompanhamento psicológico frente a práticas medicalizantes.

Sousa, Oliveira e Schneid (2016) afirmam que o vínculo entre os serviços de saúde mental e a Atenção Básica tem resultado em experiências bem sucedidas, devido a noção de território, a organização de uma rede de saúde mental, intersetorialidade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia do usuário e familiares. Sendo o acolhimento em saúde mental evidenciado como uma potencialidade, que propicia a escuta qualificada e o estabelecimento de vínculo entre os sujeitos envolvidos, viabilizando uma assistência humanizada e integral ao usuário dos serviços de saúde.

É possível observar em uma das falas que os vínculos estabelecidos entre a equipe e os usuários do serviço proporcionam a confiabilidade para os acessantes em relatarem suas queixas:

[...] os pacientes contam para gente o que está acontecendo com eles... Tem muito disso viu. Eles confiam né, na gente (P3).

Silva et al (2016) apontam esse vínculo já construído como importante dispositivo para a promoção da saúde mental e para o desenvolvimento de ações de saúde, direcionadas para as necessidades singulares do território.

Além disso, afirmam que a estratégia saúde da família é um dispositivo relevante no campo da atenção à saúde mental, sendo capaz de utilizar recursos existentes na própria comunidade que em conjunto podem formar uma rede de apoio social, conseguindo assim implementar a promoção da saúde mental, desenvolver ações de socialização e prevenção dos possíveis agravos dos usuários da sua área de abrangência.

É que a gente sempre consegue assim prestar uma forma de atendimento, de alguma forma ou com médico ou com a gente da enfermagem. A gente consegue dar um jeitinho de conseguir um atendimento, prestar alguma forma de atendimento para esse paciente (P1).

Frateschi e Cardoso (2016) afirmam que a participação ativa dos usuários nas Unidades Básicas de Saúde é um recurso favorecedor da autonomia das pessoas e fortalecedor da Atenção Primária à Saúde. Além disso, apontaram que o contato social e o fortalecimento dos vínculos por meio de visitas domiciliares e de atendimentos individuais, o cuidado longitudinal e sistematizado, e o trabalho em equipe com profissionais de diferentes especialidades são aspectos da assistência que podem interferir positivamente nas condições de vida das pessoas em sofrimento mental. As visitas domiciliares também apareceram como um recurso potencial do serviço:

Hoje eu fui numa casa e a mulher falou para mim assim que é para eu ir lá que ela quer conversar. Aí eu falei conversar o quê? “Eu quero me...eu tô presa...eu quero me soltar, quero falar” (P2).

Foi enfatizado, em ambos os grupos focais, a potencialidade do profissional de saúde mental, no caso um psicólogo, inserido na equipe da unidade básica de saúde, sendo trazidos relatos de acompanhamentos conjuntos dos casos que tiveram melhoras significativas, além da priorização do acompanhamento psicológico frente a práticas medicalizantes:

Acho que é importante no trabalho com o paciente de saúde mental ter esse acompanhamento, sem um psicólogo acaba atrapalhando sabe. Então quando tinha...aqui nós vimos que o ... estávamos tendo um resultado melhor né com o nosso trabalho junto com o psicólogo (P8)

É e tinha às vezes algum paciente que tinha um sintoma mais leve e daí iniciou com o psicólogo e às vezes nem quis iniciar a medicação porque queria ver antes como ia responder, e acabou dando certo. [...] se a gente não tem um psicólogo para encaminhar para tentar né antes uma resposta, às vezes você já começa as vezes com um remédio e às vezes a pessoa só com terapia né cognitiva e comportamental assim ... vai melhorar (P9)

Antonacci e Pinho (2011) retratam que os entrevistados trouxeram a necessidade de tratar o indivíduo, articulando novas práticas que busquem a restituição da vida, revelando acreditar que o uso constante de psicofármacos gera um sentimento de limitação, de exclusão, como se estivessem presos a si mesmos. Surgindo a importância de construir um novo olhar para o cuidado em saúde mental, que não se restrinja ao contexto do sintoma e da sua contenção, mas que inclua a história de vida, a reconstrução dos laços afetivos, a convivência e o incentivo às tarefas cotidianas como propostas de libertação das amarras ocasionadas pelo sofrimento mental.

Fragilidades no atendimento em saúde mental

Durante os dois grupos focais, quando os entrevistados foram questionados em relação às potencialidades e desafios que identificavam ao atender as demandas de saúde mental, ficou destacado um maior número de relatos a respeito dos desafios que vivenciam. Sendo elencados os seguintes desafios: necessidade de instrumentalização em saúde mental, corresponsabilização junto às famílias, falta e rotatividade de profissionais, e ausência de comunicação dos serviços especializados em saúde mental com a atenção básica.

Para Rocha e Werlang (2013, p. 3298) "Um dos principais problemas relacionados ao tratamento de saúde mental é que ainda não há protocolos

para a equipe realizar o acompanhamento dos usuários, nem diretrizes bem estabelecidas para o tratamento dos pacientes na atenção primária a saúde”.

Em alguns discursos os profissionais trouxeram que sentem necessidade de protocolos, devido o sentimento de despreparo e angústia em relação à condução das demandas de saúde mental, que é ilustrado pela fala a seguir:

Sabe porque é bem complicado. É bem difícil nos momentos de surto né? E outras situações dependendo a gente pode até ir lá, fazer um acolhimento, conversar, marcar atendimento médico, às vezes encaminhamentos (...) Daí por isso que a gente às vezes precisaria de um treinamento para se ter um manejo, porque às vezes você precisa saber lidar com cada tipo de situação. Não tem nenhum protocolo que a gente possa seguir (P1).

Os autores Silva et al (2016) investigando os cuidados em saúde mental realizados na atenção básica identificaram as seguintes dificuldades relatadas: patologização e medicalização imediata do sofrer, sentimento de medo em conviver/lidar e angústia do profissional ao lidar com esses usuários, dificuldade em conduzir o acolhimento e estabelecer vínculo terapêutico, sensação de incapacidade dos profissionais de implementar ações voltadas à promoção da saúde mental da população.

Os entrevistados também relataram como fragilidade a falta de profissionais e a rotatividade de profissionais de saúde mental no serviço estudado:

[...] às vezes começa também com um psicólogo daí ele sai da unidade, aí ele já não tem mais aquele vínculo, né? Até criar outro vínculo, isso acaba complicando também (P7).

[...] uma das coisas é falta de às vezes o psicólogo, que quando está começando a dar certo o trabalho com o psicólogo, aí vai embora, né? Então a falta de profissional mesmo ... a equipe completa aqui na unidade (P8).

De preferência que deixasse também uma pessoa (psicólogo) fixa, né? Porque vem um fica uns dois três meses eles já tiram, né? O certo era uma pessoa que ficasse no posto mesmo com a gente (P10).

[...] falta de profissional, manejo, metodologia de como a gente pode fazer esse manejo (P1).

Silva Filho e Bezerra (2018) apontam que os profissionais relatam dificuldades relacionadas à falta de profissionais, sobrecarga de função, atuação em equipe, discussão de casos, organização dos atendimentos, falta de tempo para acolher e acompanhar os casos de saúde mental, necessidade de qualificação e incentivo profissional. É importante enfatizar que a rotatividade de profissionais em saúde mental nesse território dificulta o cuidado em saúde mental, pois este necessita da criação de um vínculo e requer a continuidade de acompanhamento, que por muitas vezes se perde devido à desistência do usuário após essas mudanças de profissionais.

O estudo de Kalam et al (2017) identificou que um dos desafios da desinstitucionalização é a falta de auxílio à família do indivíduo em sofrimento psíquico, que sequer recebe orientações acerca do processo de cuidado em saúde mental do seu familiar. Relatando que o adoecimento mental do usuário traz novas responsabilidades para essa família, podendo interferir na estrutura familiar e gerar desgastes e obstáculos permeados por preconceitos e medos. Concluindo que há a necessidade de a equipe de saúde mental oferecer suporte a essas famílias por meio de apoio emocional e orientações sobre o sofrimento vivido pelo usuário, para que a família possa melhor compreendê-lo e dessa forma facilitar o convívio entre familiares e usuário.

Um dos discursos dos profissionais trouxe como dificuldade a corresponsabilização da família no processo de cuidado em saúde mental, o que acaba sobrecarregando a equipe com funções que seriam da família e não do profissional de saúde:

[...] tem familiar que quer jogar responsabilidade para cima da gente, e não é. A gente não tá aqui para pegar a responsabilidade tudo para nós, família também tem.... que fazer as coisas, o nosso trabalho é outro (P3).

Segundo Kalam et al (2017, p. 15):

No que diz respeito à importância do cuidado e acompanhamento prestado pelo profissional, deve-se ressaltar que esta precisa buscar uma relação de confiança com os familiares inseridos no cuidado da pessoa com transtorno mental, pois a família tem influência direta em sua recuperação. Deve-se valorizar a trajetória da família e de seu ente em sofrimento psíquico, proporcionando apoio, conforto, acolhimento, segurança e afeto, fazendo com que a elaboração de estratégias no desenvolvimento do cuidado seja mais fácil, tanto pelo profissional como pela família.

Delfini et al (2009) relatam uma experiência de parceria do tipo apoio matricial entre um Centro de Atenção Psicossocial e três equipes do Programa Saúde da Família na região central de São Paulo, que objetivou ter essas equipes como referência para as pessoas da comunidade e a equipe do CAPS como apoiadores matriciais. De forma que esta organização matricial alterasse a tradicional noção de referência e contra-referência, vigente nos sistemas de saúde.

Essa comunicação e contra-referência dos serviços especializados em saúde mental com a atenção básica também foi apontado como uma fragilidade pelos entrevistados:

[...] o contato a troca de informação nossa com o paciente que esteja fazendo um acompanhamento com o CAPS, por exemplo, assim ter ... um retorno de como que está aquele paciente, ter essa troca de informação da rede sabe ... o psiquiatra do CAPS podia fazer uma cartinha, alguma coisa falando do paciente, acho que falta essa troca de informações, né? Acho que é uma coisa que seria importante para melhorar também, né? (P8).

É porque muitas vezes o paciente não sabe falar direito a medicação que está usando...ele não sabe explicar certinho as vezes o que foi orientado (P7)

Então tendo uma ... troca de informação, falando como que o paciente está e o que ele está usando, medicações que está usando, isso é uma coisa que ... faz falta para atender esses pacientes (P8).

Segundo Delfini et al (2009) o trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de um determinado território, em que a realização de parcerias entre serviços de saúde se torna vital para os cuidados em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicaram que a identificação às demandas de saúde mental na unidade básica de saúde pesquisada ocorre principalmente por livre demanda em busca de atendimento psicológico, em consultas médicas e através de visitas domiciliares, realizadas principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Em relação ao acolhimento, este costuma ser realizado como uma forma de triagem e encaminhamento com uma lógica prescritiva, medicalizante e tecnicista.

No que se diz respeito ao seguimento do cuidado em saúde mental dos acessantes acolhidos no serviço, estes são acompanhados mediante visitas domiciliares com enfoque no uso de medicações, consultas médicas para a avaliação e reavaliação do quadro, encaminhamento para profissional psicólogo e/ou psiquiatra, utilização de ferramenta para comunicar o acompanhamento dos acessantes em tratamento psiquiátrico em um dos serviços especializados da região, além do acompanhamento de usuários com ideação e tentativas prévias de suicídio realizado principalmente por agentes comunitários de saúde.

Acerca das potencialidades identificadas, ressalta-se o vínculo e confiabilidade estabelecido entre o acessante e a equipe, disponibilidade dos profissionais para prestarem atendimento, tanto em consultório, como durante visitas domiciliares, inserção de profissional de saúde mental na equipe que auxiliou na priorização do acompanhamento psicológico, frente a práticas

medicalizantes. Já em relação às fragilidades, foi elencada a necessidade de instrumentalização em saúde mental, corresponsabilização junto às famílias, falta e rotatividade de profissionais, e ausência de comunicação dos serviços especializados em saúde mental com a atenção básica.

Neste estudo, a percepção de cuidado em saúde mental dos profissionais da atenção básica sobre o cuidado de saúde mental dentro do território ainda encontra-se restrito a lógica biomédica medicalizante e psicologizante da vida, em que os profissionais desse serviço se sentem despreparados para a condução dos casos de saúde mental sem a inserção de um profissional de saúde mental na equipe, demonstrando a necessidade de capacitar essas equipes para o cuidado em saúde mental no território, que não se restrinja a acolher e encaminhar casos.

Como sugestão, indica-se a necessidade de instrumentalização por parte da Saúde Mental e dos centros de atenção psicossocial do município, voltados à qualificação em saúde mental da atenção primária em saúde e a retomada do apoio matricial, da educação permanente, das interconsultas, visitas compartilhadas, e rodas de conversa com temáticas a partir da necessidade das equipes de referência. Destacamos a importância da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do município que desde 2015 atua na Estratégia Saúde da Família, nos Centros de Atenção Psicossocial e no serviço de urgência e emergência, fortalecendo as práticas educativas e sendo uma possibilidade de capilarização da transferência tecnológica no cuidado em saúde mental para um maior número de profissionais de saúde.

5. REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski; KOHLRAUSCH, Eglê Rejane; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atendimento ao usuário com comportamento suicida: a visão dos Agentes Comunitários de Saúde – estudo qualitativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2008.

ANTONACCI, Milena Hohmann; PINHO, Leandro Barbosa de. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.1, p. 136-142, 2011.

AOSANI, Tânia Regina; NUNES, Karla Gomes. A Saúde Mental na Atenção Básica: A percepção dos Profissionais de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 jan. 2008.

CARVALHO, Jessica Liz da Silva; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n.4, 2017.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.6, p. 1501-6, 2011.

DELFINI, Patrícia Santos de Souza; SATO, Miki Takao; ANTONELI, Patrícia de Paulo; GUIMARÃES, Paulo Octávio da Silva. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1483-1492, 2009.

FRATESCHI, Mara Soares; CARDOSO, Cármen Lúcia. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, v.47, n. 2, p.159-168, 2016.

KALAM, Aline Fávero Abou; CARBOGIM, Fábio da Costa; BARBOSA, Amanda Conrado Silva; LUIZ, Franciane Silva; PAULA, Camila Fernandes de; SANTOS, Anna Stephany Pereira dos. Demanda dos familiares de pessoas com transtorno mental. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Juiz de Fora, v. 6, n. 3, p. 11-17, 2017.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2002.

MOLINER, Juliane; LOPES, Stella Maris Brum. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.22, n.4, p.1072-1083, 2013.

SILVA, Bruno Moraes. **Saúde Mental e Atenção Básica: Compreendendo os**

matriciamentos realizados por um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sul do Brasil. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2018.

OLIVEIRA, Elisangela Costa de; MEDEIROS, Ana Tereza de; TRAJANO, Flávia Maiele Pedroza; CHAVES NETO, Gabriel; ALMEIDA, Sandra Aparecida de; ALMEIDA, Luana Rodrigues de. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017.

ROCHA, Bruno Simas; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.11, p.3291-3300, 2013.

SILVA, Geslaney Reis da; REIS, Helca Franciulli Teixeira; DOS-SANTOS, Edirlei Machado; SOUZA, Marcos Paulo Almeida; AZEVEDO, Renata Lessa. Saúde Mental Na Atenção Primária À Saúde: Percepções Da Equipe De Saúde Da Família. **Cogitare Enfermagem**. v.21, n.2, p.01-08, 2016.

SILVA FILHO, José Adelmo da; BEZERRA, Adriana de Moraes. Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa. **Id on Line Revista de Psicologia**, v.12, n.40, p.613-627, 2018.

SOUSA, Antônia Brito dos Santos; OLIVEIRA, Luana Katriny Pereira de; SCHNEID, Juliana Lemos. Acolhimento realizado na atenção básica pela equipe de enfermagem ao paciente portador de transtorno mental: uma revisão teórica. **Revista Amazônia Science & Health**, v.4, n.3, p.43-48, 2016.

SOUZA, Jacqueline; LUIS, Margarita Antonia Villar. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.6, p.852-858, 2012.

SUCIGAN, Débora Helena Iversen; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional a estratégia saúde da família. **Revista Rene**,v.13, n.1, p.2-10, 2012.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**,v.14, n.2, p.477-486, 2009.