



Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações

Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions

Salud mental en la Atención Básica: desafíos para la efectividad de las acciones

Adriana Rotoli¹

Mara Regina Santos da Silva¹

Alessandro Marques dos Santos²

Adriane Maria Netto de Oliveira¹

Giovana Calcagno Gomes¹

1. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil

2. Universidade Católica de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

RESUMO

Objetivo: Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade às ações de saúde mental desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária. **Método:** Estudo qualitativo realizado com 30 profissionais, sendo 17 enfermeiras, quatro médicos, cinco psicólogos e quatro assistentes sociais. Dados coletados em três municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, em abril de 2018 através de entrevistas semiestruturadas, posteriormente submetidos à análise temática. **Resultados:** Os desafios apontados para agregar resolutividade às ações estão relacionados com a lacuna de conhecimentos específicos para sustentar o que os profissionais desenvolvem; com a organização dos serviços e a participação dos gestores; e com a ambivalência da pessoa com transtorno mental em relação à aceitação e continuidade do tratamento. **Conclusões:** Necessária a construção de práticas compartilhadas entre profissionais, pessoas com transtornos mentais e suas famílias. **Implicações para a prática:** O estudo permite articulações teórico-práticas capazes de gerar transformações no modelo de atenção em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Atenção Primária; Profissionais de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify the challenges faced by professionals to add resoluteness to actions in mental health developed in the context of Primary Care. **Method:** Qualitative study with 30 professionals, including 17 nurses, four doctors, five psychologists and four social workers. Data were collected in three municipalities of Rio Grande do Sul, Brazil, in April 2018, through a semi-structured interview, later submitted to thematic analysis. **Results:** Challenges pointed out by professionals to add resoluteness to actions in mental health are related to the lack of specific knowledge to support the actions professionals perform; with the organization of services and participation of managers; and with the ambivalence of people with mental disorders regarding acceptance and continuity of treatment. **Conclusion:** The construction of shared practices among professionals, people with mental disorders and their families is necessary. **Implications for practice:** The study allows theoretical-practical articulations capable of generating transformations in mental health care model.

Keywords: Mental Health; Primary Care; Health professionals.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los desafíos enfrentados por profesionales para agregar solución a las acciones en el campo de la salud mental en la Atención Básica. **Método:** Estudio cualitativo realizado con 30 profesionales, siendo 17 enfermeros, cuatro médicos, cinco psicólogos y cuatro asistentes sociales. Datos colectados en tres ciudades de Rio Grande do Sul, Brasil, en abril de 2018. Entrevista semiestructurada, posteriormente sometida al análisis temático. **Resultados:** Los desafíos indicados por los profesionales están relacionados con la falta de conocimientos específicos para sostener dichas acciones; con la organización de servicios y participación de los gestores; y con la ambivalencia de las personas con trastorno mental con relación a la aceptación y continuidad del tratamiento. **Conclusiones:** Se necesita la construcción de prácticas compartidas entre profesionales, personas con trastornos mentales y sus familias. **Implicaciones para la práctica:** El estudio permite articulaciones teórico-prácticas capaces de generar transformaciones en el modelo de atención en salud mental.

Palabras clave: Salud Mental; Atención Básica; Profesionales de Salud.

Correspondência para:

Alessandro Marques dos Santos.
E-mail: sandromarquessan@yahoo.com.br.

Recebido em 10/10/2018.
Aprovado em 04/01/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303

INTRODUÇÃO

A resolutividade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde, é definida como a exigência de que, quando um indivíduo buscar por atendimento, ou surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até seu nível de competência¹. Esta é uma referência para avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos com o atendimento aos usuários do local, porém não é um termo absoluto, uma vez que incorpora aspectos particulares de cada local². Resolutividade pode ser compreendida, portanto, como uma resposta satisfatória do serviço à pessoa que busca atendimento para sua saúde. Essa resposta não se restringe exclusivamente a cura de doenças, mas ao alívio ou redução do sofrimento, à promoção e à manutenção da saúde.

A resolutividade pode ser avaliada a partir de dois aspectos: quanto à capacidade de atender a sua demanda e; no encaminhamento dos casos que necessitam de atendimento mais especializado e que se estendem desde a consulta inicial, exames e tratamento do usuário no serviço de Atenção Primária, até a solução do problema em outros níveis de atenção³.

Na área da saúde mental, a avaliação da resolutividade de um serviço está associada à mensuração de resultados referentes ao conjunto de ações que este oferece. Envolve o conhecimento dos profissionais sobre variáveis como condições sociais, clínicas, severidades dos sintomas, assim como condições de trabalho e moradia dos usuários⁴. Trata-se da capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, garantindo acesso aos serviços e atenção das necessidades de forma integral⁵.

Assim, a resolutividade envolve aspectos como: acolhimento da demanda; satisfação da pessoa em relação às suas necessidades e às tecnologias oferecidas pelo serviço para atender a complexidade do nível de atenção. Também pressupõe que os serviços devem apresentar referências especializadas, garantia de acessibilidade e disponibilidade de profissionais qualificados para acolher os usuários na adesão e continuidade do tratamento. Os aspectos culturais e socioeconômicos, do mesmo modo, precisam ser levados em conta para o alcance da resolutividade quando estes aceitam ou rejeitam a patologia, incluindo as condições financeiras para subsidiar o tratamento, conforme a necessidade⁶.

Apesar de essa temática ter o respaldo de políticas públicas em saúde, a literatura aponta que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família ainda desenvolvem um modelo essencialmente biomédico, com estrutura curativa, centrado na doença e arraigado ao tratamento psiquiátrico com forte medicalização, reforçando um modelo de atenção em saúde que limita ações resolutivas em saúde mental. Estes profissionais justificam este modelo de atenção pautados em sentimentos ligados à impotência, angústia e despreparo frente à execução de cuidados em saúde mental. Neste contexto, é reduzida a autonomia dos membros da equipe, comprometendo a resolutividade na Estratégia da Saúde da Família⁷.

A literatura reforça, ainda, algumas barreiras referidas pelos profissionais da Estratégia da Saúde da Família para inserir a saúde mental na Atenção Primária. Estes empecilhos são gerados por fatores relacionados diretamente com o campo da prática e a produção de novos modos de cuidado em saúde mental. Assim, as ações realizadas com os usuários são pouco resolutivas, centradas na doença, quando poderiam receber visitas domiciliares, participar de grupos de saúde mental e do desenvolvimento do projeto terapêutico singular, entre outras ações⁸.

Todavia, se evidencia a articulação das ações de saúde mental, identificando-se ações resolutivas quando ocorre interações entre estes serviços, com inovações das abordagens psicossociais, responsabilização da pessoa com transtorno mental, da família e da comunidade juntamente com as equipes de saúde. A resolutividade é demonstrada no instante em que os envolvidos no processo de trabalho e de cuidado assumem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida e saúde no contexto individual ou na coletividade⁹.

Esta premissa é comprovada no momento em que os profissionais da Estratégia da Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família interagem como equipe multidisciplinar, emergindo a necessidade de solucionar os problemas individuais e coletivos. Dessa forma, a resolutividade inspira a possibilidade de conexão de saberes, entrosamento entre os membros da equipe que valoriza sua participação no cuidado, e em consequência qualifica suas ações¹⁰.

No sentido de potencializar a resolutividade em saúde mental, as ações dos profissionais necessitam estar integradas em equipes multiprofissionais, com serviços organizados em rede de atenção em saúde. Mesmo com a mudança de modelo de atenção em saúde mental, que tem a resolutividade como um dos seus princípios, o que de fato existe são serviços de saúde com dificuldades na sua organização em termos de qualificação dos profissionais. É importante que o profissional entenda que a resolutividade das ações está relacionada com a capacidade de identificar e intervir nos riscos, nas necessidades e demandas de saúde da população, com foco na solução de problemas de saúde dos usuários¹¹.

É fato que os dispositivos de base comunitária, apesar da mudança de paradigma que preconiza a atenção integral e resolutiva no território de vida das pessoas, enfrentam dificuldades que fazem com que a maioria não consiga seguir com as políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Diante dessa lacuna, este estudo tem como objetivo identificar as barreiras e desafios enfrentados pelos profissionais para agregar resolutividade às ações de saúde mental que desenvolvem no âmbito da Atenção Primária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com trinta profissionais que atuam nas equipes da Saúde da Família de três municípios da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, sendo dezessete enfermeiras, quatro médicos,

cinco psicólogos e quatro assistentes sociais. Vinte e sete são do sexo feminino e três, do masculino, com idades entre 28 e 64 anos. O tempo de vínculo com serviço variou entre um e 30 anos, e o tempo de formação entre três e 44 anos. Com relação à formação profissional, os trinta participantes possuem especialização na área da saúde; e seis, além da especialização, possuem mestrado.

Os profissionais foram recrutados nas Unidades Básicas de Saúde, considerando como critério de inclusão estar desenvolvendo suas atividades laborais, no mínimo, há seis meses na Estratégia da Saúde da Família. Aqueles que se encontravam de férias ou em licença no período de coleta de dados foram excluídos do estudo. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pelas letras que correspondem às suas profissões, seguido de um número que identifica a ordem das entrevistas (“E₁”, “P₂”, “M₃”, “AS₄”).

Os três municípios integrados neste estudo - identificados como município 1, 2, 3 -, são de abrangência da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (19ª CRS/RS). As três cidades dispõem de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral e Unidades Básicas de Saúde com atendimento em Estratégia da Saúde da Família.

A rede de serviço de saúde do Município 1 conta com seis equipes de Estratégia da Saúde da Família, tem cobertura de 80% da população, um Centro de Apoio Psicossocial que atende pessoas adultas com transtornos mentais, problemas com álcool e outras drogas e possui um hospital geral que dispõe de 14 leitos psiquiátricos conveniados ao Sistema Único da Saúde.

O serviço de saúde do Município 2 conta com oito equipes de Estratégia de Saúde da Família com 100% de cobertura da população, um Centro de Apoio Psicossocial que atende toda a demanda do município, um hospital geral que dispõe de Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral com dez leitos psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde e um Centro de Referência de Assistência Social.

O Município 3 tem o serviço de Atenção Primária estruturado com quatro equipes de Estratégias da Saúde da Família, 100% de cobertura da população, um Centro de Apoio Psicossocial que atende pessoas adultas com transtornos mentais, problemas com álcool e outras drogas, um hospital geral que dispõe de Unidade de Saúde Mental com 14 leitos psiquiátricos conveniados ao Sistema Único de Saúde.

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, realizada em abril de 2018 no local de atuação dos profissionais, com horários previamente agendados. Os principais tópicos abordados nas entrevistas, por meio de perguntas diretas, foram as estratégias utilizadas e a resolutividade destas de acordo com as diretrizes da Saúde Mental na Atenção Primária. Em seguida, o profissional era convidado a refletir sobre como ele realiza o cuidado da pessoa com transtorno mental.

Os dados foram organizados e analisados de acordo com a análise temática¹², a partir das seguintes etapas: pré-análise,

com leitura e classificação das respostas; agrupamento das respostas semelhantes; identificação do produto das análises. Em seguida, foram criados núcleos maiores, entendidos como as temáticas de destaque, que possibilitaram a análise e a síntese interpretativa para elaboração de três núcleos temáticos, assim denominados: (1) A especificidade da saúde mental como desafio para a resolutividade das ações; (2) O desafio representado pela comunicação intersetorial e a gestão participativa nos serviços de saúde; (3) A não adesão ao tratamento das pessoas com transtornos mentais como desafios para resolutividade.

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética da instituição ao qual está vinculado, recebendo a certificação N^o 81977318.2.0000.5324. Em seu desenvolvimento, foram respeitadas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos¹³.

RESULTADOS

A especificidade da saúde mental como desafio para a resolutividade das ações

Neste estudo, os profissionais mencionaram não ter base teórica suficiente para dar sustentação às ações específicas que as pessoas com transtornos mentais requerem no âmbito das Unidades Básicas de Saúde. Referem, como exemplo, que não sabem agir frente a uma emergência psiquiátrica, ou mesmo identificar reações adversas das medicações específicas que as pessoas com transtornos mentais utilizam.

Eu vejo que quando chega uma pessoa com transtorno mental, pensam que só a psicóloga precisa atender se for uma emergência. Ficamos sem saber o que fazer. Também sinto falta de saber mais sobre as medicações, a gente não sabe muito (P₂).

Relataram também a necessidade de saber o que compete às equipes multiprofissionais no trabalho em saúde mental na Atenção Primária. Também afirmaram não conhecer suas competências específicas em termos de saúde mental, em uma Unidade Básica de Saúde, o que fragiliza a organização de suas práticas no cotidiano dos serviços de saúde.

Nós não temos todos aqueles conhecimentos de saúde mental. É preciso saber como a equipe pode trabalhar para desenvolver um bom trabalho. Então acho, assim, que os profissionais precisam ter esse respaldo, estarem se preparando, com uma boa bagagem para poder atender os pacientes (E₁).

O trabalho em equipe é difícil. Vejo a questão do trabalho em equipe muito complicada, porque quando a gente fala de saúde mental, é muito difícil de trabalhar, a resposta é sempre a mesma, a gente ainda não sabe como fazer, não temos um plano de trabalho aqui (E₂).

Em geral, os profissionais consideram que as demandas, em termos de saúde mental, são complexas e que não se sentem instrumentalizados para executá-las, referindo que a Educação Permanente pode proporcionar conhecimento com abordagens que possibilitem condutas adequadas às pessoas com transtornos mentais e suas famílias, conforme evidenciado nas falas a seguir:

Precisamos de especialização ou aperfeiçoamento para todos os níveis de profissionais. A equipe precisa estar qualificada para que nós tenhamos o conhecimento para fazer a abordagem, dar o seguimento e, de fato, amenizar e resolver o problema dele (E₁).

O profissional precisa saber o manejo da doença mental, cuidados com a medicação, porque quem tem problema mental, a família precisa saber da doença. Falta conhecimento dos profissionais (M₁).

Todos precisam de Educação Permanente. Com conhecimento, dá para atender as situações, isso é importante para desenvolver o trabalho. Aprender a fazer de acordo com as necessidades do paciente. A resolutividade é melhor, alcança resultados (E₁₇).

Ainda tratando-se da concepção acerca do lugar onde as pessoas com transtornos mentais podem ser atendidas, os profissionais mencionaram que realizam os encaminhamentos para o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) ou para o hospital. Consideram que este tipo de encaminhamento é uma transferência de atribuição, pois os profissionais não reconhecem como sua competência a atenção a estas pessoas na Unidade Básica de Saúde. Realizam o encaminhamento para o que consideram como serviço especializado em saúde mental, conforme demonstram os discursos a seguir:

Temos como referência de saúde mental, encaminhamentos para o CAPS, diretamente pensando em centralizar o atendimento com o acompanhamento da psiquiatria, a norma do município é encaminhar ao CAPS (E₁).

Há necessidade de ter mais profissionais da especialidade psiquiatria, aqui a gente não sabe como fazer, encaminha para o CAPS que é a nossa referência (E₁₃).

Cabe destacar que os encaminhamentos da Atenção Primária para o Centro de Apoio Psicossocial são os casos de ansiedade, depressão, esquizofrenia, entre outros transtornos. Nos casos agudos de crises, os pacientes são encaminhados diretamente aos hospitais e, posteriormente, avaliados pelos médicos psiquiatras. Os profissionais relataram que não sabem

o que fazer e compreendem que o encaminhamento para os serviços especializados pode responder às necessidades da pessoa com transtorno mental.

Em casos graves, vão para o hospital. Se estão em crise, depressivos, nos casos que chegam à unidade com a doença, já são do CAPS, a gente não sabe como fazer porque não acompanha o caso, encaminha para o CAPS que é a nossa referência (E₄).

Se vejo que um caso não é para mim, mas para um especialista, encaminho para o CAPS e para o hospital (M₄).

Os profissionais consideraram os encaminhamentos como uma ação resolutiva que realizam, pois estão ofertando o que o município tem de mais especializado em saúde mental. Tal conduta revela o desconhecimento da mudança de modelo de atenção que preconiza ações em saúde mental, com atendimento na Unidade Básica de Saúde, incluindo avaliação clínica do profissional. Não obtendo meios para resolver a situação na Atenção Primária, realizam o encaminhamento.

O desafio representado pela comunicação inter-setorial e a gestão participativa nos serviços de saúde

Este núcleo temático está constituído pelas estruturas organizacionais dos serviços de saúde que comprometem a resolutividade das ações dos profissionais, agrupa as barreiras dos profissionais frente à organização dos serviços de saúde no que tange comunicação inter-setorial e requer a necessidade de participação dos gestores municipais na organização dos serviços de saúde.

Os participantes deste estudo apontaram dificuldades na comunicação entre os serviços que atendem as pessoas com transtornos mentais, resultando no desencontro de informações entre setores, o que interfere na referência e contra referência da condução do tratamento. Identificam que a comunicação destes serviços é falha em relação aos encaminhamentos relacionados à organização de documentos de auxílio doença, investigação de violência ou negligência e abandono de tratamento. Os profissionais relatam que a falta de comunicação compromete o acompanhamento do tratamento destes usuários, comprometendo a resolutividade das ações em saúde mental, como pode ser evidenciado nas falas a seguir:

A gestão pública estar falando a mesma linguagem, mas precisa ter uma política que trabalhe juntamente com a educação. O usuário de Saúde Mental não está estático, ele circula nos locais, tem outras necessidades, precisa de serviços complementares, precisa de acesso a outros serviços. Assim, fica sem resolutividade (P₁).

Falha da comunicação é na alta dos pacientes. Os pacientes acabam tomando antidepressivos pelo resto da vida, é muito remédio, e ficam dependentes químicos de remédio. Precisamos saber da pessoa (E₁₆).

Para os profissionais, a participação dos gestores nos serviços de saúde é considerada relevante para promover políticas municipais voltadas à saúde na integralidade da atenção e resolutividade das ações. Reconhecem que a gestão dos serviços de saúde na Atenção Primária atende largos campos de especialidades, no entanto não identificam que o trabalho em saúde mental ocupe lugar nas prioridades dos gestores.

Sentimos necessidade de apoio dos gestores, sem esta ajuda a equipe não consegue trabalhar com a doença mental, a gente precisa de apoio (E₂).

Necessidade de ter mais profissionais com relação à especialidade psiquiátrica (E₁₃).

Para a rede funcionar, é preciso investimentos, precisa ter uma política que trabalhe juntamente com a educação e outros setores da gestão (P₁).

Os profissionais compreendem que os gestores municipais - incluindo prefeitos, vereadores e secretários de saúde - precisam conhecer os serviços de saúde em todas as especificidades e oferecer condições em termos de qualificação profissional, de recursos humanos e materiais que são importantes para potencializar ações resolutivas no cotidiano dos serviços de saúde da Atenção Primária. Os profissionais entendem que os gestores, quando exercem a atribuição de legislar o município, têm o poder de proporcionar condições de trabalho de acordo com a demanda dos serviços de saúde, incluindo as políticas públicas de saúde.

A não adesão ao tratamento das pessoas com transtornos mentais como desafios para resolutividade

Este núcleo está constituído pelos sentimentos e condutas das pessoas com transtornos mentais que, na percepção dos profissionais, se constituem em desafios para agregar resolutividade nas ações. Os sentimentos de negação em relação ao ser portador de transtorno mental foram identificados como barreiras para as ações. Quando não há aceitação do indivíduo para realizar seu tratamento, a ação de cuidar é limitada ao acompanhamento dos profissionais. Estas pessoas travam uma luta interna entre a necessidade de tratamento e sua aceitação, no entanto, no entendimento dos profissionais, é necessário que estas reconheçam a necessidade de realizá-lo, conforme pode ser identificado nos trechos que seguem.

Primeira coisa: trazer ao paciente a consciência de sua doença, porque não adianta dar remédio se a pessoa não sabe de sua doença. Sem consciência de sua doença o paciente não tem continuidade no tratamento (M₃).

Uma interferência é o atendimento quinzenal, e também quando o paciente não aceita a doença e falta a consulta e depois demora em fazer contato novamente. Assim a gente acaba se desapropriando da história e o vínculo não fica efetivo (P₁).

Quando o paciente não aceita, tudo vira desculpa, desde ser longe, que não tem transporte, que não tem como ir, quando a família não participa junto, dificulta! (P₁).

Os profissionais identificaram que a aceitação e o conhecimento acerca do transtorno mental, pelos usuários do serviço, potencializam a resolutividade na atenção em saúde mental. Entretanto, quando o transtorno é identificado, o paciente, tende a ocultá-lo das pessoas de seu convívio, principalmente dos familiares, por vergonha e medo da rejeição deles. Os profissionais consideram que precisam informar sobre a condução do tratamento e que, na maioria das vezes, as dúvidas são em relação ao uso de medicamentos e os sintomas do transtorno.

A descontinuidade do tratamento também foi identificada como barreira no que tange à resolutividade do tratamento, o que compromete seu acompanhamento, resultando na recidiva dos sintomas e seu retorno para o serviço de saúde, conforme demonstrado a seguir:

Percebo a descontinuidade do tratamento, pacientes que usam uma medicação contínua, pacientes que trabalham durante o dia e não conseguem ter um acompanhamento direto. Então, passa um tempo e ele retorna em uma situação ainda pior (E₈).

Quando o paciente considera que está melhor, não faz mais o tratamento, depois de um tempo reconhece que precisa continuar e então volta para nós (E₁₆).

Neste contexto, a descontinuidade do tratamento envolve diferentes fatores. Dentre eles os econômicos, que culminam na dificuldade da manutenção do tratamento, uma vez que os medicamentos possuem alto custo financeiro e não são disponibilizados na rede pública. Outro fator que se relaciona ao diagnóstico de transtorno mental é a recusa do paciente em aderir ao tratamento, pois temem o afastamento do emprego ou até mesmo a perda deste em decorrência do estigma de portar uma doença mental.

As pessoas têm vergonha de dizer que tem problema mental, escondem, tem vergonha, não contam para os amigos, o preconceito, deixa o tratamento depois voltam para nós (E₁₀).

Abandonam o tratamento pelo custo. Tem também a questão do benefício, aqueles que preferem deixar o familiar doente para continuar ganhando. Então ficam sempre parando e tomando remédio (P₅).

Outro fator notado é a negligência e o abandono da família em relação ao tratamento. Neste contexto, as relações familiares são frágeis e não aceitam o familiar com transtorno mental por ser diferente. Assim, este estigma repercute na negligência e no abandono da família em relação à pessoa doente, repercutindo sobremaneira no não acompanhamento do tratamento medicamentoso, o que pode desencadear em agravamento dos sintomas com internação hospitalar.

A gente fica triste porque a família muitas vezes interfere e não sempre a favor, interfere contra, entende? E a gente se sente, às vezes, como se não tivéssemos feito nada, brigam em casa e não acompanham o familiar doente (E₁₄).

A gente precisa ter calma, porque eles já perderam o respeito entre eles e a dignidade. A família precisa entender que a pessoa está doente, mas que ela pode fazer muitas coisas, mas que é difícil continuar o trabalho quando isso acontece (P₅).

Os profissionais citaram ainda que não dispõem de tempo para realizar ações específicas, tais como visitas domiciliares ou grupos de saúde mental, por meio das quais obteriam informações sobre o cotidiano da pessoa com transtorno mental.

Acho que é uma questão do trabalho em rede, essa é a primeira questão: o trabalho em rede tem que funcionar. Precisamos fazer mais trabalhos com as famílias, a visita domiciliar, por exemplo, auxiliá-los nas informações que precisam, eles vão conseguir ter uma convivência melhor com esses pacientes (AS₃).

Acho que tudo o que fizemos aqui é relevante, mas o vínculo com a família precisa melhorar. Ficar mais próximo deles, estão com fragilidades no vínculo afetivo e a gente está conseguindo trabalhar para fortalecer este vínculo (AS₄).

No que tange ao tratamento das pessoas com transtornos mentais, o resultado deste núcleo mostrou que, para as ações serem resolutivas, alguns fatores devem estar envolvidos, como o enfrentamento das pessoas com transtornos mentais, a acei-

tação do transtorno e o envolvimento da família. Se identificou também que os profissionais reconhecem a necessidade de realizar ações mais próximas das famílias das pessoas com transtornos mentais.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitiram identificar o enfrentamento dos desafios profissionais para agregar resolutividade de ações em saúde mental na Atenção Primária. Como desafios para resolutividade, primeiramente identificou-se que se deve assistir à pessoa no serviço de saúde; em seguida a organização dos serviços e participação dos gestores de saúde; e logo a não adesão ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. Identificou-se ainda que estes três elementos, especificamente neste estudo, comprometem a atenção às necessidades das pessoas com transtornos mentais e suas famílias no seu cotidiano, implicando na resolutividade das ações dos profissionais que atuam nos serviços.

Os desafios enfrentados no cotidiano dos profissionais para agregar resolutividade estão relacionados às bases teóricas, que não sustentam as suas atribuições no âmbito da Atenção Primária, pois relatam sentirem-se inseguros para atender às pessoas com transtornos mentais desde o acolhimento na Unidade Básica de Saúde, até as ações mais específicas sobre o tratamento medicamentoso e psicoterápico¹⁴.

Especificamente os médicos de família, em sua maioria, identificam lacunas na formação universitária para o atendimento em saúde mental de base comunitária, pois a temática abordada na formação se conduzia com enfoque eminentemente hospitalar, curativa, destoadada da atenção primária. Além disso, reforçava preconceitos e tabus, estabelecendo barreiras que dificultavam o interesse médico em relação às pessoas com transtornos mentais¹⁵.

Tais elementos se assemelham aos resultados apontados na literatura, a qual enfatiza que os profissionais encontram problemas para reconhecer seus papéis nos serviços de saúde da Atenção Primária, transferindo a assistência geralmente para o Centro de Apoio Psicossocial ou para o hospital com leitos psiquiátricos¹⁴. De modo geral, designadamente, o profissional médico de família se percebe despreparado para utilizar a forma não medicamentosa para o tratamento, como a escuta ativa ou a preparação de um plano de cuidados.

Neste contexto, a atuação médica prioriza a medicalização, ao invés da mobilização e utilização de recursos comunitários para o cuidado em saúde mental, como terapia comunitária, grupos de autoajuda para familiares e grupo de usuários políquetos ou somatizadores¹⁵. As barreiras em relação à atuação profissional a partir da instrumentalização para o cuidado à pessoa com transtorno mental na Atenção Primária, não são exclusivamente dos médicos; os enfermeiros comunitários compartilham desta premissa, demonstrando dificuldades para realizar ações de promoção à saúde mental¹⁶.

Os achados na literatura corroboram com os resultados deste estudo, enfatizando que os profissionais destas institui-

ções não possuem a devida base teórica para a sustentação das ações em saúde mental. Os trabalhadores da Atenção Primária se sentem impotentes e angustiados devido ao próprio despreparo, e com os sentimentos de impotência diante dessa falta de conhecimento para executar ações de cuidado em saúde mental. Os profissionais pontuaram que tais aspectos são barreiras para a efetivação do vínculo, da coparticipação e do comprometimento⁷. Os resultados sugerem a necessidade de Educação Permanente, no sentido de potencializar o conhecimento acerca da saúde mental, a fim de promover a autonomia dos membros da equipe e organizar a atenção no contexto da Estratégia da Saúde da Família¹⁵⁻¹⁷.

Apesar da mudança de modelo de atenção que preconiza o atendimento no território de vida das pessoas, este estudo mostra a existência do desencontro entre o instituído legalmente e o realizado na Atenção Primária. Sobre isso, é reforçada na literatura que o encaminhamento para outros níveis de atenção seja uma prática comum dos profissionais, visto que eles não concebem a atenção em saúde mental na Atenção Primária. O modelo psicossocial, diferentemente do biomédico, favorece o trabalho em rede, embora seja difícil de romper com a lógica dos encaminhamentos, devido à ausência de serviços organizados para prestar cuidados nas instituições^{6,11}.

O trabalho destes profissionais se reduz em justificativas pela falta de habilidade frente à saúde mental, desconhecendo a organização de ações com as pessoas com transtornos mentais e suas famílias. São estabelecidos protocolos de encaminhamentos para outros níveis de atenção, rompendo a capacidade de contemplar a resolutividade e a integralidade na atenção primária. A literatura assinala aos profissionais uma atuação que considere a subjetividade, singularidade e a autonomia da pessoa com transtorno mental, potencializando suas habilidades com vistas ao enfrentamento das dificuldades e suas vivências diárias. Todos os envolvidos no processo de trabalho em saúde mental podem conhecer as suas atribuições e reconhecer a necessidade de ações no território de vida das pessoas, evitando encaminhamentos e desenvolvendo ações em consonância com as diretrizes legais.¹⁷⁻¹⁸

Neste estudo, a comunicação intersetorial é outra barreira para promover a resolutividade de ações entre todos os serviços de saúde que deveriam assistir às pessoas com transtornos mentais. Neste contexto, há descomprometimento com a resolutividade das ações, interferindo no fluxo da referência e contra referência do tratamento. Evidencia-se, desta maneira, que as ações intersetoriais, quando não realizadas de forma condizentes com a necessidade, interferem no fluxo do serviço, repercutindo no alcance dos resultados desejados e interferindo na resolutividade das ações. Os serviços necessitam estar organizados em rede, com propostas de ações em consonância com as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia da Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros que envolvam o processo de desinstitucionalização.¹⁸

Na percepção da equipe multiprofissional, os gestores públicos precisam conhecer os problemas enfrentados para planejar,

estruturar, organizar e avaliar as ações realizadas nos serviços, de modo a contribuir no processo de gestão em saúde mental. Neste sentido, precisam conhecer as necessidades para agregar ações com implantação de políticas, programas e projetos que sejam capazes de intervir sobre o estado de saúde da população a ser atendida. Conforme a literatura, essa possibilidade é pertinente, enfatizando o papel do gestor no planejamento e organização da rede de serviços de saúde.¹⁹⁻²¹

Os gestores reconhecem a necessidade de participar do planejamento das ações dos serviços de saúde, além de problemas estruturais, tais como a falta de recursos humanos capacitados que procedem em baixos resultados do planejamento de saúde realizado em equipe. Além disso, as experiências e estratégias internacionais mostram estrutura de serviço organizado, de trabalho integrado e resolutivo. Abalizam que os profissionais têm seus papéis com definições específicas nos espaços de saúde, com ações voltadas à promoção da saúde mental. Conseguem detectar na demanda espontânea as pessoas que apresentam transtornos mentais leves, para atender na prevenção de agravos.²²⁻²⁶

Outro aspecto que compromete a resolutividade do serviço em saúde mental na Atenção Primária é a descontinuidade do tratamento pela pessoa com transtorno mental. Isto repercute sobremaneira na efetividade de cuidados, implicando em desafios para os profissionais assistirem ao usuário no serviço. A literatura destaca que a negativa da pessoa em aceitar o tratamento, recusar cuidados e abandoná-lo, compromete suas condições de saúde e agrava, na maioria das vezes, os sintomas dos transtornos mentais.²⁷⁻²⁸ A descontinuidade está relacionada com a ausência de comunicação entre a pessoa com transtorno mental e profissionais de saúde, além da lacuna de responsabilização do serviço com seu usuário.

Neste cenário, o acesso ao serviço é dificultoso para o usuário, e os profissionais não conseguem atuar e intervir no momento de crise e negação do tratamento²⁹. Entretanto, os trabalhadores não estão preparados para as intervenções necessárias. Ressalta-se ainda que é insuficiente a busca ativa dos usuários, a visita domiciliar e os grupos de pessoas com transtornos mentais como aproximação do usuário do serviço de Atenção Primária. Evidentemente, há necessidade de aproximações com comunicação efetiva entre usuários e profissionais, dividindo a responsabilização entre os familiares, conforme preconizado na Política de Atenção Primária na busca pela atenção integral.³⁰⁻³¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

No presente estudo, identificou-se o reconhecimento, por parte dos profissionais, em não terem base teórica para dar sustentação aos atendimentos que realizam em pessoas com transtornos mentais, na Unidade Básica de Saúde. Eles entendem que o encaminhamento para o Centro de Apoio Psicossocial ou o hospital é a conduta adequada para promover a assistência em saúde mental na Atenção Primária. Ao mesmo tempo,

os profissionais necessitam conduzir as equipes de saúde para atender as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família, cujo propósito é o de serem implantadas em território adscrito para potencializar ações integrais e resolutivas. A busca pelo conhecimento das especificidades em saúde mental precisa ser trabalhada no cotidiano dos serviços de saúde, Educação Permanente, aperfeiçoamentos e especializações acerca da saúde mental.

A comunicação ineficaz entre os serviços que integram ações em saúde mental compromete o fluxo do trabalho de referência e contra referência do tratamento. Enquanto não acontece a lógica de atendimento, pode ocorrer o abandono do tratamento pela pessoa, o que implica em falha na integralidade das ações e insuficiente resolutividade na atenção ao usuário. A comunicação entre os profissionais que assistem às pessoas com transtornos mentais necessita acontecer na transversalidade do tratamento, quando todos os envolvidos têm conhecimento do mesmo.

É fato que os profissionais, para agregarem resolutividade às suas ações, precisam ampliar a discussão sobre a organização dos serviços de atendimento ao usuário, envolvendo os gestores do serviço e promovendo investigações sobre os desafios que os profissionais enfrentam para integrar a saúde mental na Atenção Primária.

Enfim, este estudo possibilitou vislumbrar lacunas em termos de organização dos serviços e na formação dos profissionais, e a desconsideração das políticas de saúde que, muitas vezes, são descumpridas.

O estudo permite articulações teórico-práticas com potencial para respaldar reflexões e possibilitar mudanças na assistência em saúde mental da rede de Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 1990. [Internet]. [cited 2018 Aug 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm* (Internet). 2011 Jun; [cited 2018 Aug 13]; 32(2):345-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>
- Turrini RNT, Lebrão ML, Cesar CLG. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 Mar; [cited 2018 Aug 11]; 24(3):663-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000300020>
- Amaral CEM, Moreira CP. Análise dos efeitos do apoio matricial em Saúde Mental em uma Unidade de Saúde da Família do município de Salvador, Bahia. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.
- Bulgareli J, Cortellazzi KL, Ambrosano GMB, Meneghim MC, Faria ET, Mialhe FL, et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 Fev; [cited 2018 Aug 11]; 19(2):383-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.20102012>
- Santos TVC, Penna CMM. Acessibilidade e resolutividade dos serviços de saúde: perspectivas de usuários e profissionais. *Pensar Acadêmico* (Manhuaçu) [Internet]. 2015; [cited 2018 Aug 12]; 12(1):98-108. Available from: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/213>
- Santana TFMC, Pereira MAO. A organização do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF). *Rev Simbio-Logias* [Internet]. 2013; [cited 2018 Aug 12]; 6(8):111-6. Available from: http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/a_organizacao_do_cuidado_em_saude_mental_na_estrategia.pdf
- Moliner JD, Lopes SMB. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. *Saúde Soc* [Internet]. 2013 Oct/Dec; [cited 2018 Aug 20]; 22(4):1072-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>
- Pinto AGA, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Sampaio JJC, Lima GP, Bastos VC, et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolutividade. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 Mar; [cited 2018 Aug 13]; 17(3):653-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300011>
- Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula MLD, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate* [Internet]. 2014; [cited Aug 2018 12]; 38(103):733-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>
- Campos GWS. Saúde Mental e Atenção Primária: Apoio Matricial e Núcleos de Apoio à Saúde da Família. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012. [Internet]. [cited 2018 Aug 13]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Cavalcanti PCS, Oliveira RMP, Caccavo PV, Porto IS. O cuidado de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2014 Jan/Mar; [cited 2018 Aug 15] 13(1):111-9. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19458/pdf_120
- Pereira AA, Andrade DCL. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2018 Jan/Mar; [cited 2018 Aug 14]; 42(1):6-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v41n4RB20160021>
- Silva GR, Reis HFT, Dos-Santos EM, Almeida MP, Azevedo RL. Saúde mental na atenção primária à saúde: percepções da equipe de saúde da família. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 Apr/Jun; [cited 2018 Aug 14]; 21(2):1-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.43861>
- Mercês AMF, Souza BML, Silva TL, Silva TTM, Cavalcanti AMTS. Práticas de enfermagem em saúde mental na estratégia de saúde da família: revisão integrativa. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 Apr/Jun; [cited 2018 Aug 13]; 20(2):417-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i2.38560>
- Gryschek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 Oct; [cited 2018 Aug 15]; 20(10):3255-62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
- Kinoshita RT, Barreiros CA, Schorn MC, Mota TD, Tino AT. Cuidado em Saúde Mental: Do Sofrimento à Felicidade. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.
- Trad LAB, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Carvalho LC. Família e Cuidado em Saúde Mental no Brasil: Corresponsabilidade e Desafios Tecnológicos na Desinstitucionalização. In: Nunes M, Landim FLP, orgs. *Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano*. Salvador: EDUFBA; 2016.

21. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde Soc (São Paulo)* [Internet]. [cited 2018 Aug 7]; 7(1):69-79. Available from: <http://dx.doi.gov/10.1590/s0104-12902018170296>
22. Angelini CR, Caccia-Bava MCG. "A gente sente que precisa e pode...": os desafios para a inclusão da saúde mental na Atenção Básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2015 Jul/Sep; [cited 2018 Aug 7]; 10(36):1-9. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)1033](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(36)1033)
23. Aosani TR, Nunes KG. A saúde mental na atenção básica: a percepção dos profissionais de saúde. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2013 Jul/Dec; [cited 2018 Aug 20]; 5(2):71-80. Available from: <http://dx.doi.org/1020435/pssa.v5i2.274>
24. Pinho LB, Rodrigues J, Kantorski LP, Olschowsky A, Schneider JF. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2012; [cited 2018 Aug 15]; 14(1):25-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i1.14352>
25. Leal BM, De Antoni C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheia* [Internet]. 2013 Jan/Apr; [cited 2018 Aug 15]; 40:87-101. Available from: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/3344/2484>
26. Junqueira AMG, Carniel IC. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2012; [cited 2018 Aug 23]; 13(2):12-22. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702012000200003
27. Furlan PM, Rosa M, Moncalvo M, Caporale D, Matrone L, Olanda I, et al. Os centros de saúde mental na Itália. *J Nurs Health* [Internet]. 2012; [cited 2018 Aug 23]; 2 Suppl:S199-206. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3494/2879>
28. Toso BRGO, Filippin J, Giovannella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 Jan/Feb; [cited 2018 Aug 14]; 69(1):182-91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690124i>
29. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicol Estud* [Internet]. 2013 Oct; [cited 2018 Aug 14]; 18(4):701-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000400012>
30. Lima MEA. Saúde mental e trabalho: limites, desafios, obstáculos e perspectivas. *Cad Psicol Soc Trab* [Internet]. 2013; [cited 2018 Aug 25]; 6(no.spe):91-8. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-37172013000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
31. Jorge MAS, Carvalho MCA, Silva PRF. Políticas e Cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2014.