

# Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica

*Healthcare professionals' perception of mental health in primary care*  
*Percepción de los profesionales de salud sobre salud mental en la Atención Básica*

**Georgia Dalla Valle Garcia<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-4077-9026

**Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6131-3890

**Gustavo Zambenedetti<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-7372-9930

**Michele da Rocha Cervo<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0003-3523-9292

**Marília Daniella Machado Araújo Cavalcante<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-7685-6679

## RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar as ações em Saúde Mental desenvolvidas na Atenção Básica segundo a percepção dos profissionais de saúde dos municípios pertencentes à 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná. **Método:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram 121 profissionais de saúde atuantes na atenção básica dos 20 municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Foram realizados 22 grupos focais, os quais foram gravados e transcritos, para posterior tratamento através da análise de conteúdo. **Resultados:** Foram elencadas cinco categorias temáticas, das quais duas são analisadas neste artigo: ações que os profissionais consideram ser de saúde mental e ações de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica. **Considerações Finais:** Apesar dos indicativos da inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica, essa relação ainda é pontual e pouco planejada, sendo necessárias políticas que fomentem tal interface, na perspectiva psicossocial. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Mental; Pessoal de Saúde; Saúde Mental; Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize the mental health care provided in Primary Care from the perception of health professionals in the cities to the 5th Regional Health Center of the state of Paraná. **Method:** An exploratory qualitative research. Participants were 121 health professionals working in primary care in the 20 cities of 5th Regional Health Center of the state of Paraná. Twenty-two focus groups were recorded, transcribed and analyzed by content analysis. **Results:** Five thematic categories emerged, of which two were analyzed in this study: actions that professionals consider to be mental health actions; mental health actions developed by Primary Care professionals. **Final Considerations:** Despite of the indications of inclusion of mental health actions in Primary Care, this relationship is still occasional and unplanned. Policies that foster this interaction from a psychosocial perspective are needed. **Descriptors:** Primary Health Care; Mental Health Services; Health Personnel; Mental Health; Delivery of Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** caracterizar las acciones en salud mental desarrolladas en la Atención Básica según la percepción de los profesionales de salud de los municipios pertenecientes a la 5ª Regional de Salud del estado de Paraná. **Método:** estudio exploratorio cualitativo. Participación de 121 profesionales de salud que trabajan en la atención básica de los 20 municipios que componen la 5ª Regional de Salud del estado de Paraná. Se realizaron 22 grupos focales, los cuales fueron grabados y transcritos, para posterior análisis de contenido. **Resultados:** se enumeraron cinco categorías temáticas, de las cuales dos son analizadas en este artículo: acciones que los profesionales consideran ser de salud mental; acciones de salud mental desarrolladas por los profesionales de atención básica. **Consideraciones finales:** a pesar de encontrar evidencias de la inserción de la salud mental en la atención básica, esta relación todavía es puntual y poco planificada. Son necesarias políticas que fomenten esta interfaz, desde la perspectiva psicossocial. **Descriptor:** Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud Mental; Personal de Salud; Salud Mental; Prestación de Atención de Salud.

<sup>I</sup> Universidade de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava, Paraná, Brasil.

<sup>III</sup> Universidade Estadual do Centro-Oeste. Irati, Paraná, Brasil.

## Como citar este artigo:

Garcia GDV, Zanoti-Jeronymo DV, Zambenedetti G, Cervo MR, Cavalcante MDMA. Healthcare professionals' perception of mental health in primary care. Rev Bras Enferm. 2020;73(1):e20180201. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-02011>

## Autor Correspondente:

Daniela Viganó Zanoti-Jeronymo  
E-mail: [danielazanoti@uol.com.br](mailto:danielazanoti@uol.com.br)

EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

Submissão: 23-04-2018 Aprovação: 12-06-2018

## INTRODUÇÃO

Diariamente, diversas demandas em saúde mental (SM) são identificadas por profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). São situações que requerem intervenções imediatas, na medida em que podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente. Tratam-se de problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de medicações, aos transtornos mentais graves e às situações decorrentes da violência e da exclusão social<sup>(1)</sup>.

A identificação e o acompanhamento dessas situações, incorporados às atividades que as equipes de Atenção Básica (AB) desenvolvem, são passos fundamentais para a superação do modelo psiquiátrico medicalizante e hospitalar de cuidados em SM. Vale lembrar que toda população está sujeita em qualquer fase da vida a apresentar sinais de sofrimento psíquico<sup>(1)</sup>.

Há muitas possibilidades de cuidados em SM na AB, no entanto, instrumentos como o acolhimento e a escuta qualificada são pouco explorados pelas equipes da ESF, mantendo a lógica assistencialista e medicalizadora<sup>(1)</sup>.

As ESF são unidades de assistência que permitem o conhecimento geográfico da população, bem como possibilitam que os profissionais de saúde desenvolvam uma proximidade com os cidadãos a serem atendidos, tornando estratégico o cuidado em SM. Tais características permitem que os profissionais de saúde se deparem frequentemente com indivíduos em sofrimento psíquico, entretanto, essa mesma peculiaridade faz com que dúvidas, receios e dificuldades sejam suscitados nessas equipes<sup>(2)</sup>.

Na AB, o cuidado é oferecido em território geograficamente conhecido, em estado de proximidade com as pessoas da comunidade (descentralização), no sentido de conhecê-las em suas histórias de vida, seus vínculos com a comunidade e suas necessidades, sendo, por esses motivos, nível estratégico para o cuidado em SM. A AB coloca-se como de importância crucial na discussão de redes de atenção à saúde, uma vez que é referência para uma população e ordenadora do cuidado<sup>(2)</sup>.

A Reforma Psiquiátrica (RP) é um movimento que se iniciou no Brasil nos últimos anos de 1970, através da voz do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Diz respeito à crítica ao modelo psiquiátrico e à substituição do modelo hospitalocêntrico de cuidado de pacientes com sofrimento ou transtornos mentais para um modelo de atenção que permita a sua reinserção na comunidade, através de cuidado e acolhimento proporcionados por uma rede de atenção à SM integrada<sup>(3)</sup>.

Na década de 1990, leis federais foram aprovadas, refletindo o progresso da mobilização das esferas política e social. A lei 10.216<sup>(4)</sup>, sancionada no Congresso Nacional em 2001, afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de atenção à SM. As Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) foram fortemente ampliadas e se tornaram indispensáveis ao cuidado em SM, através do Decreto Presidencial nº 7.508/2011.

Segundo Costa-Rosa<sup>(5)</sup>, os dispositivos institucionais que é possível encontrar no modelo psicossocial de atenção à SM são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de

Atenção Psicossocial, Hospitais-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, equipes multiprofissionais de Saúde Mental dentro dos Centros de Saúde, Setores para Tratamento em Saúde Mental dentro de hospitais gerais, Oficinas Terapêuticas, Residências Terapêuticas e a própria AB.

Quanto à rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, o estado do Paraná conta com 118 CAPS habilitados, equivalente a 0,89 CAPS para cada 100.000 habitantes. Essa quantidade é muito boa, levando-se em consideração a fração de um CAPS para cada 100.000 habitantes, preconizado pelo Ministério da Saúde. Os Serviços de Residência Terapêutica totalizam 10. São beneficiados pelo Programa de Volta Pra Casa 158 paranaenses<sup>(6)</sup>.

O estado do Paraná é um dos grandes centros de tradição hospitalar, concentrando leitos de psiquiatria. Atualmente, é o 3º estado do Brasil em quantidade de hospitais psiquiátricos, com 15 hospitais e um total de 2.273 leitos, sendo apenas 10 leitos distribuídos em 2 hospitais gerais<sup>(6)</sup>.

Por ser um modelo relativamente recente, a rede de atenção à SM, principalmente de municípios de menor porte, merece certa atenção. De acordo com estudo de Luzio e L'Abbate<sup>(7)</sup>, acerca da SM em municípios de pequeno e médio porte, na maioria desses municípios se conhece muito pouco a respeito da política nacional de SM. Portanto, é importante conhecer e entender os dispositivos de atenção à SM do município, pois, a partir dos dados coletados, pode ser analisado o que está sendo concretizado e o que ainda se apresenta como um desafio nas práticas em SM.

## OBJETIVO

Caracterizar a assistência em saúde mental prestada na Atenção Básica por meio da percepção de profissionais de saúde.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa/Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(8)</sup>.

### Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa.

O presente estudo está inserido no Projeto de Pesquisa intitulado "Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde", subsidiado pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2011, o qual foi conduzido entre os anos de 2013 e 2017.

### Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada nos 20 municípios que compõem a 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná. A organização

estadual de assistência à saúde atende ao princípio de des-centralização do Sistema Único de Saúde (SUS), que divide o território estadual em 4 macrorregionais de saúde e 22 regionais. As regionais constituem instância administrativa intermediária à Secretaria Estadual de Saúde. Essa organização facilita aos municípios uma cooperação com o intuito de suprir as necessidades de saúde dessa abrangência territorial e contar com o apoio de uma instância administrativa mais próxima, evitando o deslocamento à capital<sup>(9)</sup>.

### Fonte de dados

Os participantes da pesquisa foram os profissionais que atuam na AB de Saúde dos 20 municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná. No total, participaram 121 profissionais, indicados pelos gestores e coordenadores de SM e convidados pela equipe de pesquisa para participarem dos grupos focais.

A maioria dos participantes era do gênero feminino (86,8%) e 46,7% tinham entre 31 e 40 anos de idade. A categoria profissional que prevaleceu nos grupos foi a de enfermeiros, com 38,9%, sendo que 41,5% do total atuavam na AB de 1 a 5 anos. A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes.

**Tabela 1** - Caracterização dos Profissionais dos Grupos Focais Atenção Básica, 5ª Regional de Saúde, Paraná, Brasil

Características		n	%
Gênero	Masculino	16	13,2
	Feminino	105	86,8
Idade	21- 30 Anos	24	22,4
	31- 40 Anos	50	46,7
	41- 50 Anos	20	18,7
	51-60 Anos	11	10,3
	> 61 Anos	2	1,9
Profissão	Enfermeiro	44	38,9
	Psicólogo	2	1,8
	Médico	3	2,65
	Técnico de Enfermagem	13	11,5
	Auxiliar de Enfermagem	10	8,85
	ACS	33	29,2
	Farmacêutica	1	0,9
Outros	7	6,2	
Anos de graduado	3- 6 Anos	23	31,9
	7- 16 Anos	39	54,2
	17- 26 Anos	9	12,5
	27- 37 Anos	1	1,4
Possui pós-graduação	SIM	43	59,7
	Saúde Pública	11	25,6
	Saúde Mental	1	2,3
	Saúde da Família	4	9,3
	Outros	27	62,8
	NÃO	29	40,3
Tempo de atuação na Atenção Básica	1- 5 Anos	44	41,5
	6- 10 Anos	22	20,8
	11- 15 Anos	17	16,1
	16- 20 Anos	12	11,3
	21- 25 Anos	8	7,5
	30- 42 Anos	3	2,8

### Coleta e organização dos dados

Foram utilizados os dados das transcrições dos grupos focais realizados com os profissionais de saúde da AB da 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Essas transcrições estão disponíveis no banco de dados da pesquisa "Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde".

Os grupos focais foram realizados nos 20 municípios da 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná. Em cada município, foi realizado um grupo focal, com exceção de Guarapuava, onde foram realizados três grupos focais, em decorrência do grande número de unidades básicas de saúde.

Para a realização dos grupos focais, foram contatados os coordenadores de SM dos municípios, que nos indicavam o dia que seria possível para a realização do grupo focal. Foi solicitada a participação de pelo menos um integrante de cada equipe de AB do município.

Os grupos focais foram gravados e, posteriormente, transcritas as falas dos profissionais.

### Análise dos dados

A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo, que consiste no conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção dessas mensagens<sup>(10)</sup>.

Na primeira etapa, foram feitas leituras flutuantes das transcrições dos grupos focais da AB para a constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos do trabalho. Em seguida, foram separados os dados das transcrições referentes às perguntas selecionadas no roteiro do grupo focal que atingiram ao objetivo proposto no trabalho. Por fim, procedeu-se a categorização a partir do tratamento dos dados das falas selecionadas nas transcrições dos grupos focais da AB, da qual emergiram cinco categorias: 1) Demandas em saúde mental; 2) Ação que os profissionais consideram ser de saúde mental na atenção básica; 3) Ações em saúde mental desenvolvidas na atenção básica; 4) dificuldades para operacionalização das ações; 5) potencialidades para a operacionalização das ações.

Neste estudo, foi realizado um recorte analítico referente à segunda e à terceira categorias, visando seu aprofundamento.

## RESULTADOS

### Percepção dos profissionais quanto às ações de saúde mental na Atenção Básica

Essa categoria traduz quais ações são consideradas pelos profissionais da AB como em saúde mental, que podem ser caracterizadas como de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento ou reabilitação da saúde. As falas expressam o que seria uma expectativa de atividades a serem realizadas.

As ações consideradas pelos profissionais que deveriam ser desenvolvidas para SM são grupos, orientações sobre SM à população, atividade física e ações de prevenção de transtornos mentais, como a realização de palestras sobre álcool e drogas em escolas.

[...] poderia ser orientação para a população dos problemas de Saúde Mental para que eles tenham conhecimento [...]. (GFAB1)

*Eu considero uma ação em saúde, um trabalho preventivo, um grupo, palestra.* (GFAB8)

[...] caminhada na verdade mais saúde [...] Pessoal que faz ginástica toda segunda à tarde lá na fisioterapeuta. (GFAB14)

Outro destaque nos resultados são as ações de sensibilização das famílias e a abordagem familiar. Os profissionais acreditam que se houver um maior envolvimento e conhecimento da família sobre a SM o tratamento será mais bem desenvolvido.

[...] acho que tinha que ter sensibilização das famílias para aceitar o paciente. Quer só saber de internar o paciente, uma conversar com os familiares uma equipe para ajudar com os pacientes. (GFAB1)

[...] a abordagem com o familiar e com o doente em si, mais assim pra gente ter um conhecimento de caso e daí é encaminhado se for necessário [...]. (GFAB17)

O Primeiro Atendimento também foi apontado como ação para SM, expresso pelos profissionais como acolhimento, classificação/estratificação de risco e avaliação demandada.

[...] o primeiro atendimento e o acolhimento, porque mais que a pessoa não tenha um problema físico e ela tá procurando o nosso atendimento dia a dia e não se encontra um problema físico é porque ela tem uma necessidade de compartilhar ou passar alguma coisa ou conversar [...]. (GFAB10)

[...] classificação de risco [...]. (GFAB15)

Um resultado que ainda precisa ser abordado e discutido pelas equipes é o papel de cada profissional, em sua área do saber, e não só do médico e psicólogo em suas consultas. Pode-se refletir sobre o quanto ainda o saber médico é considerado superior aos outros saberes e o quanto a consulta e a terapia medicamentosa são priorizadas.

[...] apoio também da parte médica com questão de avaliação deles, da forma correta desse diagnóstico pra montar esses grupos [...]. (GFAB5)

*Eu considero que é uma ação, quando eles aparecem em um dos nossos atendimentos e o médico faz a prescrição e se tiver pior a situação dele, ela faz os encaminhamentos [...].* (GFAB6)

*Basicamente ter mais psicólogos e a gente referenciar esses pacientes.* (GFAB18)

Os psicólogos são lembrados pela própria ciência por estar diretamente relacionada à SM. Entretanto, os profissionais ressaltam muito as consultas individuais e não veem o papel preventivo e de promoção que o psicólogo pode desempenhar através da realização de grupos, interconsulta e ações de matriciamento.

As visitas domiciliares são ferramentas fundamentais para o cuidado e foram apontadas como ação para SM. Elas promovem diálogo e troca de experiências entre todos os envolvidos na assistência.

*E também há visitas domiciliares, nós e o NASF.* (GFAB11)

[...] pra gente ter um conhecimento de caso e daí é encaminhado se for necessário [...] é um trabalho multidisciplinar. (GFAB17)

Cabe destacar a contradição quanto à importância de cada membro da equipe, uma vez que na hora da visita domiciliar os profissionais levantaram a importância da equipe multiprofissional, entretanto, em separado, trouxeram apenas o médico e o psicólogo como assistenciais à SM.

Por fim, as falas sobre encaminhamentos para rede apareceram como ações para SM.

*Na minha PSF, tudo se baseia em mandar pros CAPS. O médico clínico da unidade já passa o encaminhamento e a gente encaminha.* (GFBA7A)

[...] conversar se for um caso encaminhar, a gente vê alguma coisa que precise aqui e encaminha [...]. (GFAB20)

Utilizar outros pontos da rede é fundamental para uma assistência integral, porém, não pode ser visto como principal ação, uma vez que tira a responsabilidade da equipe que só encaminha os usuários, bem como responsabiliza apenas o outro serviço.

### **Ações em saúde mental desenvolvidas na Atenção Básica**

Essa categoria traduz as ações que os profissionais desenvolvem no nível de AB no cotidiano. Diferente da categoria anterior, que analisava a expectativa de existência de ações, nessa categoria analisou-se o que os participantes relataram realizar no campo da saúde mental. Analisando essa categoria com a anterior, surgem resultados interessantes, uma vez que, reconhecendo a demanda, levantando as ações que seriam para SM, na prática diária os profissionais nem sempre executavam as ações tal qual eles tinham a expectativa de que deveria ocorrer.

Em concordância com o que foi apontado na categoria anterior como ações para SM, estão os temas pré-consulta/escuta/classificação de risco, orientações, ações de promoção da SM e prevenção de transtornos mentais, assistência por profissionais especializados, visita domiciliar e encaminhamento para rede. O que surgiu de novo que eles desenvolviam, mas não haviam citado anteriormente, foi o acompanhamento do paciente e da medicação. Além disso, surgiram grupos focais nos quais os participantes relataram não desenvolver ações em SM.

Ações de Promoção da Saúde Mental e Prevenção de transtornos mentais.

[...] as únicas ações que a gente faz é quando a gente vai às escolas e fala em relação ao álcool e drogas que seria padrão preventivo, em relação a álcool e droga mais em relação a tipo esquizofrenia, transtorno bipolar essas outras coisas não né. (GFAB4)

*Todos os grupos que a gente faz gestante, diabéticos, se reúnem e troca ideias, outro de atividade física, que ajudam muito na Saúde Mental.* (GFAB9)

Visita domiciliar.

[...] a gente vai, faz visita, atende se necessário a gente repassa pras meninas e as meninas veem se tem necessidade de passar para o médico ou pro internamento [...]. (GFA5)

Quando a gente percebe que algum paciente precisa de atendimento, a gente faz uma conversa, ou até visita [...]. (GFAB11)

#### Encaminhamentos para Rede.

[...] se a gente vê que dá alguma complicação, a gente aciona o CRAS pra eles fazerem a visita e tal. (GFAB6)

[...] pré-consulta e daí clínico e se precisar pro CAPS. (GFAB7B)

[...] vê a necessidade de passar ao NASF, à psicóloga [...] E também quando é necessário passar para assistência social, quando o caso envolve o contexto social do paciente. (GFAB11)

#### Orientações.

Orientação é prevenção. A gente aprendeu muita coisa, como lidar com as famílias nesse curso que a gente teve. Então, eu mesma procuro orientar sempre que eu posso falar alguma coisa para as pessoas da família que sempre estão perto da pessoa [...] A gente até aprendeu no curso que a família e as pessoas que estão cuidando são mais doentes do que o próprio paciente. (GFAB8)

E também na ação individual, através das nossas visitas, a gente às vezes no dia a dia chega em uma família e a gente percebe que alguém não está bem, está à beira de um começo de depressão. Então, a gente orienta a fazer uma consulta, para participar de algum grupo, né. Às vezes, tem algumas pessoas que, se fica com algum problema, elas se isolam. Daí, isso ajuda a levar futuramente a um problema de Saúde Mental, como a depressão [...]. (GFAB14)

#### Pré-consulta/Escuta/ Classificação de risco.

[...] pré-consulta e daí clínico e se precisar pro CAPS. (GFAB7B)

[...] a gente acolhe escuta, porque a maioria das pessoas talvez não venha aqui no posto só para o medicamento. Ela quer conversar, ela quer se sentir acolhida, ela quer se sentir assim amada, desabafar. (GFAB10)

#### Acompanhamento do paciente/medicação.

[...] avaliando se o medicamento que o paciente tá tomando tá fazendo o efeito esperado no caso. Aí, isso aí quem vai avaliar é a equipe como um todo, tanto ACS nas suas visitas, em domicílio, quanto a equipe na unidade [...] Eu acompanho e eu faço a soma da cartelinha, eu vou lá e conto a medicação [...] os ACS nas áreas fazem um acompanhamento. (GFAB3)

[...] a única ação que a gente faz é muita restrita a cada profissional e em cada área, e sempre ver o prontuário desse paciente, se foi internado, se vem buscar o medicamento por mês, é ação de cada profissional mesmo. É muito pouco, é feito quase nada [...]. (GFAB6)

A gente tá atento pra ver se estão tomando a medicação corretamente. (GFAB19)

#### Assistência por profissionais especializados.

[...] se tem necessidade de passar para o médico ou para o internamento [...]. (GFA5)

[...] ele vê a necessidade de passar ao NASF, à psicóloga. (GFAB11)

[...] orienta pra vir na psicóloga ou conversar com a enfermeira do PSF que pode encaminhar para o próprio psicólogo. (GFAB12)

#### Não desenvolvem ações.

Nós não temos ações preventivas. Cuidamos apenas quando o paciente já está com a doença crônica instalada, e isso acontece porque ninguém quer se envolver [...]. (GFAB4)

Não tem. Não tem tempo aqui. É tudo corrido. (GFAB13)

[...] por estar com um quadro de funcionários reduzido, nas UBS tem ações que não conseguimos desenvolver [...]. (GFAB16)

## DISCUSSÃO

Os resultados destacados quanto à promoção da saúde e à prevenção de doenças estão de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde e apresentados no Caderno 34 da AB<sup>(2)</sup>, no qual todos os profissionais podem ter acesso, assim como a população em geral.

O campo de interação da AB com as escolas do território viabiliza ações de promoção da SM e prevenção de problemas nessa área. A unidade de saúde por vezes não reconhece a escola como um ponto de saúde ampliado, limitando-se a encaminhamentos para especialistas. A escola precisa ser valorizada como um local para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, inclusive um local de intervenções em situações graves<sup>(2)</sup>.

Entretanto, é preciso estar atento a como interagir com as escolas, evitando ações que seguem o modelo educativo passivo, com intervenções pontuais em forma de palestras<sup>(11)</sup>, uma vez que se busca desenvolver a autonomia do usuário sempre.

Os grupos podem ser utilizados como instrumentos de intervenção psicossocial na AB, sendo uma estratégia de importante impacto devido às visões sujeito-coletivo, à atenção integral, à produção de autonomia e à produção do cuidado em Saúde<sup>(2)</sup>.

Quando se trata da Rede, aparece uma ambiguidade em como se configura: ora é vista como problema (pois incompleta, burocrática, fragmentadas etc.), ora como solução e respostas necessárias. Schneider<sup>(12)</sup> traz relações complexas e resistentes encontradas nas Redes e ressalta que é importante não perder a dimensão das interações entre os diferentes setores para que as fragilidades das Redes sejam superadas. Quinderé, Jorge e Franco<sup>(13)</sup> compreendem que as redes envolvem várias formas de arranjos, desde aquelas com características piramidais até aquelas com características mais circulares e também rizomáticas.

Também existe uma ambiguidade no modo como serviços e profissionais especializados são percebidos, na medida em que são vistos mais como locais para encaminhamento do que locais passíveis de realização de um trabalho articulado e em conjunto. Dessa forma, o risco é que o serviço especializado designe uma possibilidade de transferência de responsabilidade e não de corresponsabilização, semelhante ao que foi observado em outros estudos<sup>(14)</sup>.

O matriciamento ou apoio matricial pode ser visto ainda como um novo modo de produzir saúde, em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, estabelecem uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica para os casos<sup>(15)</sup>. Esse novo modelo pode auxiliar na transformação dos processos de trabalho, no sentido da corresponsabilização do cuidado entre equipes<sup>(16)</sup>. O apoio matricial também pode proporcionar maior segurança para a atuação dos profissionais da atenção básica, visto que estes nem sempre se sentem seguros quanto aos manejos de casos que envolvem aspectos relacionados à saúde mental<sup>(17)</sup>.

Além disso, os resultados indicam um modelo de atenção centrado no medicamento e nos sintomas, mostrando que a AB pode se apropriar de demandas em saúde mental, mas dentro de uma lógica medicamentosa e sintomatológica. A proposta da RP é mais abrangente, a qual envolve a diversidade de recursos terapêuticos e o olhar sobre o sujeito com sofrimento psíquico como um sujeito complexo, não reduzido a uma doença ou a um conjunto de sintomas.

Compreende-se que as demandas são previamente determinadas e influenciadas pelas ofertas predominantes em SM, a que seja os diagnósticos médico-psiquiátrico e as variáveis de tratamentos, tal como a busca pelo especialista, os pedidos e encaminhamentos para internações e principalmente o uso de medicamentos<sup>(18)</sup>.

O uso de medicamentos vem sendo problematizado enquanto um marcador de sucesso do tratamento, visto que os efeitos colaterais devem ser considerados, assim com a questão da autonomia do usuário para negociar o uso das medicações<sup>(19)</sup>, visando sua qualidade de vida e produção de processos de autonomização<sup>(20)</sup>.

Segundo Quinderé, Jorge e Franco<sup>(13)</sup>,

A “não adesão” ao medicamento pode ser uma forma do usuário de escapar de certos efeitos colaterais, sabidamente danosos – por exemplo, para sua vida afetiva. Este ato deve ser analisado na perspectiva do usuário e os trabalhadores devem estar dispostos a negociar o projeto terapêutico, e não admitir de pronto como uma negatividade o fato de não tomar a medicação.

Augsburger e Gerlero<sup>(21)</sup> afirmam que é necessário analisar os efeitos da ampliação do acesso a psicofármacos na atenção básica, visto que envolvem uma contradição: ao mesmo tempo em que o acesso a medicamentos constitui-se como um direito em saúde, pode também promover ou ampliar os processos de medicalização da vida.

O modelo médico-centrado também apresenta uma assistência médica-hegemônica, no qual a assistência é focada no ato prescritivo, como produtor de procedimentos e de cuidado da saúde.

Com relação aos grupos em que não houve destaque de ações em SM, cabe trazer que eles teriam condições de realizar ações em seu dia a dia ou até mesmo já realizavam, embora não identificassem como ações em SM, como, por exemplo, acolhimento, encaminhamentos para rede, grupos, entre outros. Autores como Paim et al<sup>(22)</sup> têm evidenciado que, apesar da importante expansão da Atenção Básica no Brasil, propiciando ampliação de acesso, a mudança de modelo permanece sendo um desafio.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, são competências da AB realizar o acolhimento e a estratificação de risco, ordenar o cuidado, articular a rede intra e intersetorial, realizar o

cadastro dos usuários e a criação de vínculo, responsabilizar-se pelos usuários adstritos, garantir o cuidado e a resolubilidade da atenção para os usuários de baixo e médio risco, compartilhar o cuidado com os CAPS dos usuários de alto risco, realizar atividades de educação em saúde e desenvolver atividades coletivas<sup>(23)</sup>.

Ao identificar as dificuldades, conclui-se que, mesmo havendo dificuldades que independem dos profissionais, os instrumentos de tecnologia leve são pouco ou quase nada reconhecidos como uma estratégia importante para o acompanhamento do usuário. As ações de promoção da saúde que requerem ainda o desenvolvimento de cultura e lazer para a população também são pouco vislumbradas pelas equipes. O setor da saúde é isolado de outros, como o de Educação, Cultura e Lazer, Justiça, Esporte, entre outros.

Com relação às potencialidades, observa-se a expansão das equipes de ESF e a presença no território de vida da população, através da atuação das equipes e Agentes Comunitários de Saúde. As capacitações precisam se tornar educação permanente, para que os profissionais estejam sempre atualizados com novos modos de assistência e sensibilizados para a atenção em saúde mental. A disponibilidade de medicação e consultas na atenção básica é considerada também uma potencialidade, desde que não sejam os únicos e principais recursos, coexistindo com uma diversidade de ofertas terapêuticas – as quais não foram relatadas na pesquisa.

### Limitações do estudo

Não foi possível mapear ou sistematizar experiências de inclusão de ações de SM na AB consideradas exitosas ou que se enquadrassem nas chamadas boas práticas. Os participantes demonstraram pouca familiaridade com essa temática e com a realização de ações pontuais, o que indica a necessidade de qualificação profissional na atenção psicossocial à saúde mental.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Destaca-se o fato de que os participantes da pesquisa foram principalmente profissionais da área da enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares), os quais compõe as equipes de AB e foram reconhecidos, nesse âmbito, como referências para abordar o tema da SM. A inserção da SM na AB requer planejamento e é indissociável do trabalho do enfermeiro. Desse modo, o presente estudo indica a necessidade de aprofundamento da discussão acerca da formação profissional e continuada dos enfermeiros de modo a produzir contribuições ao campo da saúde coletiva e SM.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização da assistência às demandas de SM prestadas na AB através da percepção dos profissionais de saúde dos municípios pertencentes a 5ª Regional de Saúde do estado do Paraná demonstrou que é necessário um fortalecimento acerca da compreensão da Rede de Atenção à Saúde Mental. As ações existentes contemplam em parte o preconizado pelas Políticas Públicas de SM, mas a RP ainda está longe de ser implantada como preconizada. Os municípios ainda apresentam dificuldades relacionadas à articulação das redes, de gestão dos processos de trabalho e de superação de estigmas para com a SM.

É necessário, ainda, superar o modelo de atenção médico-centrado e expandir para todos os profissionais da equipe, pois todos são fundamentais para criação de vínculo e acompanhamento do usuário e da família, bem como para o desenvolvimento das atividades a nível territorial. Nesse sentido, deve-se pontuar que não basta existirem ações de saúde mental na Atenção Básica, mas que essas ações devem estar em consonância com os princípios da atenção psicossocial, visando maior efetividade, garantia de direitos, integralidade e conformidade com as políticas públicas nacionais.

## FOMENTO

O presente estudo está inserido no Projeto de Pesquisa intitulado “Componentes da Rede de Atenção à Saúde Mental: realidade da 4ª e 5ª Regional de Saúde”, o qual foi subsidiado pelo Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2011, financiado pela Fundação Araucária (Protocolo: 30.037, Convênio: 1289/201), conduzido entre os anos de 2013 a 2017.

## REFERÊNCIAS

1. Paraná (Estado). Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Saúde Mental [Internet]. Curitiba: SESA; 2017 [cited 2017 Nov 20]. Available from: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2862>
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Nov 20]. (Cadernos de Atenção Básica, 34). Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
3. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [Internet]. Brasília; 2001 [cited 2017 Nov 20]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)
5. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 141-68
6. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, n. 12. Informativo eletrônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2017 Nov 20]. Available from: [http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)
7. Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. Ciênc Saúde Colet. 2009;14(1):105-16. doi: 10.1590/S1413-81232009000100016
8. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2017 Nov 20]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
9. Paraná (Estado). Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Mapa Político do Estado do Paraná [Internet]. Curitiba: SESA; 2017 [cited 2017 Nov 20]. Available from: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa\\_das\\_macrorregionais\\_colorido\\_jpg](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mapa_das_macrorregionais_colorido_jpg)
10. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Adolescentes e jovens para a educação entre pares: saúde e prevenção nas escolas álcool e outras drogas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2017 Nov 20]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002218/221899por.pdf>
12. Schneider ARS. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. Ciênc Saúde. 2009;2(2):78-84. doi: 10.15448/1983-652X.2009.2.4843
13. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis. 2014;24(1):253-71. doi: 10.1590/S0103-73312014000100014
14. Zambenedetti G, Perrone CM. O processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. Physis. 2008;18(2):277-93. doi: 10.1590/S0103-73312008000200005
15. Jorge MSB, Sousa FSP, Franco TB. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Enferm. 2013;66(5):738-44. doi: 10.1590/S0034-71672013000500015
16. Dantas NF, Passos ICF. Apoio matricial em saúde mental no SUS de Belo Horizonte: perspectiva dos trabalhadores. Trab Educ Saúde. 2018;16(1):201-20. doi: 10.1590/1981-7746-sol00097
17. Prata NIS, Groisman D, Martins DA, Rabello ET, Mora FS, Jorge MA, et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. Trab Educ Saúde. 2017;15(1):33-53. doi: 10.1590/1981-7746-sol00046
18. Schutel TAA, Rodrigues J, Peres GM. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde. 2015;8(2):85-93. doi: 10.15448/1983-652X.2015.2.20167
19. Passos E, Palombini AL, Campos RO, Rodrigues SE, Melo J, Maggi PM, et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). Aletheia [Internet]. 2013 [cited 2018 Jan 13];41:24-38. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000200003&lng=pt)

20. Zambillo M, Palombini AL. Autonomias errantes: processos de autonomização em saúde mental. *Estud Psicol (Natal)*. 2017;22(1):78-88. doi: 10.22491/1678-4669.20170009
  21. Augsburger AC, Gerlero SS. La accesibilidad al tratamiento psicofarmacológico en la estrategia de atención primaria de la salud: una mirada crítica sobre las paradojas del derecho a la salud [Internet]. *Cad Bras Saúde Ment*. 2017;9(24):96-122 [cited 2018 Jan 13]. Available from: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/5048>
  22. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8
  23. Paraná (Estado). Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Coordenação Estadual de Saúde Mental. Rede de Atenção à Saúde Mental [Internet]. Curitiba; 2014 [cited 2017 Nov 20]. Available from: [http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/antidrogas/rede\\_de\\_atencao\\_a\\_saude\\_mental\\_no\\_parana\\_2014.pdf](http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/antidrogas/rede_de_atencao_a_saude_mental_no_parana_2014.pdf)
-