



SAÚDE MENTAL: OLHARES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Helena Cristina da Silva¹
Tatiane Muniz Barbosa²

RESUMO

O estudo objetivou investigar a percepção dos profissionais da ESF e NASF, de uma cidade do Planalto Serrano de SC, sobre o preparo recebido para atuação com o usuário de saúde mental na APS. Realizou-se pesquisa qualitativa com onze sujeitos que atuam na ESF e no NASF. Os dados coletados através de entrevista semiestruturada, após aplicação do TCLE e Parecer 734.894 de aprovação do CEP, foram analisados através de Análise de Conteúdo. Os resultados indicam que o entendimento dos profissionais da APS sobre o cuidado aos usuários em sofrimento psíquico ainda é limitado e fragmentado, focado na “doença” e não nos “sujeitos”. As capacitações recebidas são escassas, insuficientes e amplas, sem considerar as necessidades dos profissionais e a própria realidade da saúde mental neste nível de atenção. De forma geral, percebeu-se que os profissionais tem o entendimento de ser responsabilidade de todos os membros das equipes o cuidado com esses usuários, porém ainda é reforçada a lógica da desresponsabilização e encaminhamento de casos. Diante disso, observa-se que a percepção dos profissionais de saúde acerca da preparação para o cuidado com o usuário de saúde mental ainda não dá conta de consolidar as diretrizes preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde mental; cuidado; atenção primária à saúde.

INTRODUÇÃO

Na Atenção Primária à Saúde (APS) os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) rotineiramente se deparam com problemas de saúde mental. De acordo com o Levantamento do Departamento

¹ Psicóloga. Pós Graduada na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade - Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC). Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Faculdade Jangada. helenacristinasilva_9@hotmail.com

² Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Psicóloga. Docente no Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI). tatianemb.tmb@gmail.com

de Atenção Básica, apresentado no Seminário Internacional sobre Saúde Mental na Atenção Primária – OPAS/MS/Universidade de Harvard/UFRJ – em abril de 2002, existe um componente de sofrimento psíquico pertinente a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de estilos de vida mais saudáveis. Desta forma, pode-se compreender que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Sendo assim, é importante e necessária a articulação da saúde mental com a APS (BRASIL, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) estimam que, aproximadamente 80% dos usuários encaminhados aos profissionais de saúde mental não trazem, de início, uma demanda específica que justifique a necessidade de cuidado especializado. No entanto, nem sempre as equipes da APS tem condições para dar conta desse trabalho. Às vezes, a carência de recursos humanos e a falta de capacitação acabam prejudicando o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (BRASIL, 2003).

No contexto da APS, a realidade vem assinalando para a principiante atuação dos profissionais da ESF e NASF na saúde mental. Alguns estudos analisados por Martins, Braga e Souza (2009) referem que as ações tem frequentemente sido baseadas nos encaminhamentos para os demais serviços especializados da rede de atenção, gerando assistência fragmentada e carente de vínculo entre usuário e equipe de saúde. Parte dessas limitações se deve ao pouco preparo desses profissionais para lidar com as questões da saúde mental, advindas desde o processo de formação, assim como a grande demanda da “clientela” pela qual se responsabilizam no serviço, restando escasso tempo para atenção integral e sensível às necessidades do usuário.

Pesquisa realizada por Breda e Augusto (2001) mostrou que o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico na APS tem sido focado no tratamento medicamentoso, hospitalar e fragmentado. Os profissionais de saúde, bem como as famílias, tem reproduzido a prática do internamento psiquiátrico, que é reforçada pela insuficiência e ineficácia do sistema público de atenção em saúde mental. As equipes da ESF e NASF, neste caso, não tem conseguido atuar na mudança da lógica da atenção centrada no modelo biomédico e, sua forma de cuidar em saúde não se detém aos princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Sendo assim, estratégias baseadas na escuta, no acolhimento e no vínculo são raramente utilizadas.

Os resultados da pesquisa realizada por Barbosa, Melo e Tonin (2012) em uma Universidade Comunitária do interior de SC que objetivou investigar os estilos de pensamento dos docentes da área da saúde sobre saúde mental em relação às políticas

públicas do SUS, mostrou que a temática de Saúde Mental não é discutida pelos professores nos cursos em que lecionam e esses se eximem da responsabilidade de construí-la com os acadêmicos porque a Saúde Mental não faz parte dos conteúdos que trabalham, implicando, diretamente, nas práticas dos futuros profissionais. Sendo assim, torna-se emergente que a formação acadêmica e, posteriormente, a educação permanente destes profissionais na APS objetive alcançar estratégias para a efetivação de ações que superem a carência de humanização e a fragmentação no cuidado em saúde, buscando a legitimação da Reforma Psiquiátrica.

Percebendo a necessidade de capacitação e instrumentalização dos profissionais de saúde, em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica nº 34, referente à Saúde Mental na APS. O respectivo material foi elaborado com a perspectiva de estimular e compartilhar com os profissionais o conhecimento acumulado no cuidado em saúde mental na APS, além de oferecer ferramentas e estratégias de intervenções terapêuticas neste contexto (BRASIL, 2013).

Sendo assim, esta pesquisa se justificou na medida em que se acredita existir uma prática limitada por parte dos profissionais de saúde na APS referente aos usuários de saúde mental. Principalmente devido estes acreditarem que esse fazer não é de sua competência, e por não se sentirem preparados para tal, reforçando a lógica de encaminhamentos para os serviços substitutivos.

Com esta pesquisa se discutem questões referentes à importância do preparo profissional para atuação com usuários de saúde mental e se contribui com a produção de conhecimento sobre a temática, a partir da percepção dos profissionais de saúde da APS, em que os usuários também se beneficiam com o acolhimento, humanização e suporte de uma equipe preparada e disponível para atendê-los em suas necessidades.

Estas considerações motivaram o presente estudo, cujo objetivo foi investigar a percepção dos profissionais da ESF e NASF, de uma cidade do Planalto Serrano de SC, sobre o preparo recebido para atuação com o usuário de saúde mental na Atenção Primária, bem como analisar o entendimento dos profissionais da ESF e NASF sobre saúde mental e verificar que estratégias de cuidado são desenvolvidas pelos profissionais da ESF e NASF aos usuários de saúde mental na Atenção Primária.

Para a realização deste estudo optou-se pela pesquisa qualitativa. Após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, Parecer 734.894, a pesquisa foi realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de uma cidade do Planalto Serrano de SC. No

respectivo município, há 26 USF na área urbana e 2 USF na área rural. O número de equipes de Saúde da Família que fazem parte destas USF é de acordo com número de habitantes, sendo assim, as USF apresentam 1, 2, 3 ou 4 equipes de ESF/EACS (Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde) e abrangem mais de um bairro do município por USF. Há 38 equipes de Saúde da Família compostas pelas categorias profissionais exigidas na Portaria nº 648/06, sendo que 28 destas contam também com equipes de saúde bucal.

No município a implantação do NASF teve início no ano 2009. Em função da demografia (mais de 100 mil habitantes) este foi beneficiado com o NASF do tipo 1, que contempla 04 equipes, atualmente com 04 categorias profissionais: Assistente Social, Fisioterapeuta ou Educador Físico, Nutricionista e Psicólogo. As 4 equipes de NASF oferecem apoio às 26 USF, divididas em 4 diferentes áreas/regiões da cidade.

O município também conta com profissionais residentes, que atuam em 3 USF. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que se caracteriza como uma modalidade de ensino em serviço financiada pelo Ministério da Saúde, teve início em 2009, fruto de convênio entre UNIPLAC e Secretaria Municipal de Saúde. Desta fazem parte profissionais residentes enfermeiros, cirurgiões dentistas, assistentes sociais e psicólogos.

Para a realização deste estudo foi escolhida, através de sorteio, uma equipe de ESF completa, ou seja, que contemplasse a equipe de saúde bucal. O universo de participantes da pesquisa foram 11 (onze) profissionais de saúde, de ambos os sexos, assim distribuídos: 8 da ESF e 3 do NASF.

Os dados para análise foram coletados no período de outubro a dezembro de 2014 através de entrevista semiestruturada, individual, na Unidade de Saúde da Família das equipes ESF e NASF. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerando a Resolução 466/12 que preconiza acerca da ética em pesquisas com seres humanos (CNS, 2012). Após leitura do TCLE e concordância, através de assinatura, em participar da pesquisa, os participantes foram entrevistados, com gravação em áudio, durante seus horários de trabalho, em uma sala da respectiva USF que ofereceu as condições adequadas de iluminação, sigilo e comodidade.

Os dados foram organizados e analisados a partir da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011), considerando as etapas de definição das unidades de registro, leitura flutuante dos conteúdos emergidos, construção de categorias temáticas e interpretação das pesquisadoras, com base nas referências consultadas.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Participaram do referido estudo onze profissionais da saúde, sendo nove mulheres e dois homens, com idades entre 24 e 54 anos e tempo de serviço entre oito meses a quinze anos. Dos entrevistados, cinco tem especialização, sendo três em Saúde da Família, três tem ensino superior completo, dois tem superior incompleto e um ensino técnico completo. Os nomes foram substituídos pela letra (S) e numerados de 1 a 11, correspondente ao número de entrevistados, para preservar a identidade de cada participante. A partir da análise dos dados foram construídas categorias, que apontam as falas dos participantes, as interpretações das pesquisadoras e os achados bibliográficos como suporte para a discussão dessa análise.

SAÚDE MENTAL VS. DOENÇA MENTAL: ENTENDIMENTOS DOS PROFISSIONAIS

Esta categoria refere-se ao entendimento dos profissionais quanto à saúde mental, que segundo as falas dos entrevistados apresentam diferentes percepções que podem influenciar e reduzir as possibilidades do cuidar:

“[...] é um paciente que tem algum distúrbio, algum problema psicológico ou mental. [...] entra o tabagismo, os usuários de álcool e drogas, e também esquizofrenia”. (S3)

“Seria as condições de pensamento, raciocínio, de bem estar, compreensão, de si próprio e dos outros, e do meio em que vive [...]”. (S10)

As falas de seis entrevistados apontam para o entendimento de saúde mental reduzido a “doença mental” e/ou uso de substâncias psicoativas, que inclui os diversos “transtornos” categorizados pelos manuais como CID-10 e DSM-V. Ou seja, uma compreensão de saúde psicopatologizante e fragmentada, que enfatiza os aspectos biológicos e individuais, desconsiderando o contexto familiar, social, cultural e econômico do sujeito em sofrimento psíquico.

O posicionamento dos entrevistados remete ao desafio que Campos (2005) propõe ao defender que a mudança da clínica moderna precisa tirar o foco da doença e depositá-lo no “sujeito”. Isto é, uma clínica centrada nos sujeitos que tem sua vida marcada, muitas vezes, pelo adoecimento psíquico. Foi depois desse entendimento que o referido autor intitulou a

necessidade da “clínica ampliada” ou também apreciada como “clínica do sujeito”, que não desqualifica o modelo biomédico, porém, protesta sua insuficiência e ação [muitas vezes] excludente no processo de cuidar (CUNHA, 2005).

Zambenedetti e Perrone (2008) destacam que a clínica ampliada propõe que o profissional de saúde amplie os modos habituais de fazer a clínica. Não combater as enfermidades, mas transformar a relação dos sujeitos com seus problemas e conflitos, ressignificando as situações vividas. Valorizar a história de vida e as aspirações do sujeito, sua família e comunidade, produzindo autonomia e saúde. O que norteia a clínica ampliada é o acolhimento da pessoa, o cuidado terapêutico sustentado na escuta sensível e qualificada, o olhar humanizado e a atenção integral.

Por bastante tempo (e ainda se observa isso) o cuidado em saúde mental voltou-se para as doenças e esqueceu-se dos sujeitos que se tornavam apenas figurinistas das mesmas. Na mesma “medida em que a doença é colocada entre parênteses, aparecem os sujeitos que estavam escondidos, invisíveis, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata” (AMARANTE, 2007, p. 67).

A fala de alguns participantes da pesquisa amplia o entendimento de saúde mental, tirando o foco da doença e dos diagnósticos e incluindo diversas condições individuais, coletivas e ambientais que podem influenciar o processo saúde-doença das pessoas. Essa conceituação remete ao entendimento cada vez mais necessário que afirma que a saúde mental não pode ser dissociada da saúde em geral, ambas estão emaranhadas e precisam de igual atenção por parte dos usuários, profissionais da saúde e gestores.

Diante disso, Amarante (2007, p. 19) discorre que saúde mental é um campo de atuação “bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social”.

Quando questionados sobre quem seria o usuário de saúde mental, a grande maioria dos participantes referiu serem as pessoas de “classe econômica mais baixa”, em situações de vulnerabilidade social, que “tem algum tipo de distúrbio/transtorno e que precisam de psiquiatra”. Essa visão reforça a lógica da exclusão social e legitima o modelo fragmentado e mecanicista como forma de cuidar e “tratar” as pessoas adoecidas psiquicamente. Em relação a isso, Onocko Campos e Gama (2010) reforçam que as práticas em saúde mental

ainda estão ligadas ao modelo biomédico, que geram atitudes inadequadas, discriminatórias, preconceituosas e excludentes com relação ao usuário em sofrimento psíquico.

Quanto ao fator da vulnerabilidade social, a relação que se faz é que embora o sofrimento psíquico seja um fato que não escolhe classe social, apresenta-se com maior amplitude em sujeitos que “estão” vulneráveis, visto que estes tem menor possibilidade para melhorar sua qualidade de vida (GRANA e BASTOS, 2010).

AS LIMITAÇÕES DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta categoria aborda a questão da percepção dos profissionais da saúde quanto ao atendimento às pessoas em sofrimento psíquico na APS. As falas dos participantes da pesquisa indicam que a maioria avalia negativamente o trabalho realizado neste âmbito de atenção:

“Dentro da unidade de saúde, eu não vejo grupos nem prevenção e promoção, direto em relação à saúde mental, eu vejo mais um repasse de casos [...]”. (S9)

“Fica muito aquela questão “ah, não é problema nosso, é do CAPS, é do PAPS”, qualquer coisa que tenha PS na sigla. A atenção básica, reluta um pouco em atender esses pacientes. Geralmente equipe, quer passar pra alguém [...]”. (S11).

As falas refletem a opinião de sete participantes que afirmam que o cuidado prestado na APS é falho e escasso, somado a outros dois entrevistados que incluíram o despreparo profissional como fator que também limita o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. Essas falas reforçam o entendimento de Onocko Campos e Gama (2010) quando colocam que uma demanda relevante relacionada à saúde mental chega todos os dias na APS, que é a porta de entrada do sistema de saúde, com a expectativa que o profissional possa dar resposta ao seu sofrimento de forma instantânea e eficaz.

Todavia, uma gama de fatores pode dificultar o acolhimento e o tratamento do usuário. A falha de diretrizes do Ministério da Saúde, carência de preparo técnico do profissional, precárias condições de trabalho, deficiente investimento dos gestores, dentre outros, fazem com que a demanda de saúde mental não encontre uma escuta qualificada e, muitas vezes, seja tratada apenas com medicação, produzindo-se assim uma medicalização e medicamentação do sofrimento (AMARANTE, 2007).

A lógica do encaminhamento ou “empurroterapia”, como propõem Correia, Barros e Colvero (2011), da desresponsabilização contraria a proposta do MS quando este reforça o papel do apoio matricial, em que se espera que a ESF seja a responsável pelo usuário, não o encaminhando, nem se desresponsabilizando por ele, mas solicitando “apoio” às equipes de NASF e/ou aos serviços de saúde mental, como os CAPS em suas diferentes modalidades (BRASIL, 2003).

Contrariando a percepção dos entrevistados, Amarante (2007) coloca que aproximadamente 80% dos problemas de saúde (incluído o sofrimento psíquico) “poderiam e deveriam” ser resolvidos no âmbito da APS, com o uso de tecnologias de cuidado mais simples, porém, não desqualificada, acessíveis aos profissionais de saúde.

Em relação às intervenções em saúde mental, Brasil (2013, p. 23) refere que estas:

Devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Sendo assim, as equipes de saúde na APS tem um campo amplo e fértil para trabalharem de forma integral e participativa com sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias, apesar da vasta gama de práticas antagônicas e dificuldades de legitimar o cuidado que fragmenta e não centra a atenção no sujeito (BRASIL, 2013).

Ao analisar as falas dos entrevistados, dez citaram em algum momento da entrevista as palavras “frustração”, “despreparo”, “incapacitada”, “impotência”, “fazendo pouco” quando questionados sobre como se sentem diante o atendimento e para atender o usuário em sofrimento psíquico na APS.

A revisão de literatura realizada por Junqueira e Pillon (2011) aponta vários artigos indicando que os profissionais da ESF reconhecem suas dificuldades teóricas e práticas em lidar com usuários de saúde mental, e, por conta disso, vivenciam sentimentos de impotência e falta de competência, o que por sua vez leva ao reconhecimento da necessidade de maior preparo e apoio da gestão para a assistência em saúde mental por parte das equipes de saúde

na APS. Por vezes, a impressão de não saber o que se está fazendo pode acarretar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e, até mesmo, de culpa nos trabalhadores de saúde. Somado a isso, a dificuldade de lidar emocionalmente com estes encontros pode propiciar distanciamento ou resistência ao trabalho com a saúde mental (BRASIL, 2013).

Quem é responsável por esse cuidado?

Esta categoria refere-se à responsabilidade de cada profissional da equipe quanto ao cuidado em saúde mental na APS. Ressalta-se que os onze entrevistados afirmaram ser responsabilidade de todos os profissionais atender os usuários de saúde mental. Porém, fica evidente a contradição nas falas de seis participantes que apontam a necessidade de “encaminhar esses casos” para psicólogos e psiquiatras ou outros serviços, o que pode tornar estes profissionais (psicólogos e psiquiatras) responsáveis pelo (in)sucesso do atendimento.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados apresenta, de certa forma, uma visão ambivalente e limitada sobre a responsabilização e o envolvimento profissional no processo de cuidar. No cotidiano das equipes, observa-se que no discurso o usuário é responsabilidade de todos os profissionais, porém, na prática, ao mesmo tempo, o usuário passa a ser de responsabilidade de profissionais específicos, geralmente aqueles “formados” para atuar em saúde mental, conforme elucidado nas falas:

“Da atenção básica, todos. Desde a agente comunitária, trazendo os casos pro NASF, médico, atendente ali da frente, NASF; e aí depois ir direcionando, para o profissional correto como psicólogo ou psiquiatra”. (S9)

“A todos. [...] tem que ter o vínculo, [...] não dá pra tu reduzir, focar num único profissional, então quanto mais gente tiver envolvida acho que a chance de sucesso é maior”. (S11)

Prevaleceu no estudo o entendimento por parte dos entrevistados, que “todos” são responsáveis pelo cuidado, que vai ao encontro do que Lancetti e Amarante (2012) colocam, ao afirmarem que fazer saúde mental nos dias atuais é um trabalho que compete a todos os profissionais de saúde, independente da categoria profissional. Falar em saúde mental significa se referir a uma ampla área do conhecimento e de ações que se caracterizam por

seu caráter vastamente inter e transdisciplinar e intersetorial, em que múltiplos saberes e práticas se relacionam.

Sendo assim, contrastando com a fala de vários profissionais entrevistados, o trabalho em saúde mental na APS “pode e deve” ser realizado por todos os profissionais de saúde. O que conecta a finalidade dos profissionais para o cuidado em saúde mental deve ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe com os usuários, mais do que a preferência entre um dos diferentes entendimentos sobre a saúde mental que uma equipe venha a se identificar (BRASIL, 2013).

Apenas a fala de S11 aponta para a questão do vínculo e do envolvimento de todos os profissionais como promotor de um cuidado em saúde mental efetivo, sem reduzir a uma categoria profissional específica. Quanto a isso, a Política Nacional de Humanização – PNH – (Brasil, 2009a) destaca que o vínculo estabelecido entre profissionais, usuários e familiares se introduz de forma inconfundível como um alicerce tanto para a clínica ampliada quanto para a corresponsabilização que admite a produção do contrato de cuidado. O estabelecimento de vínculo se coloca então como uma das dimensões do acolhimento, devido seu componente humanizador (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Na APS, reforçando a fala de S11, a importância do vínculo entre a família e a comunidade com os profissionais de saúde, é visto como essencial para que as ações da equipe tenham impacto favorável na saúde da comunidade. Essa relação de confiança se fortalece através da escuta, do acolhimento, da garantia da participação e valorização da família enquanto participante ativa do tratamento. (BRASIL, 2013).

A PERCEPÇÃO DO (DES)PREPARO PROFISSIONAL NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Esta categoria retrata o conceito central deste estudo, o preparo recebido para atuação com o usuário de saúde mental na APS e, também, da compreensão que os profissionais tem acerca da influência, ou não, deste preparo no processo de cuidar. Dos onze entrevistados, quatro afirmaram já terem tido algum tipo de capacitação voltado à saúde mental, quatro relataram que raramente são oferecidas oportunidades de participar destes momentos e três negaram ter participado de qualquer tipo de capacitação envolvendo essa temática.

Para a maioria dos profissionais de saúde entrevistados (dez), o preparo oferecido pela gestão do município é “escasso, insuficiente e não agrega sentido à realidade” que

vivenciam na APS. São percebidas mais como capacitações pontuais e amplas, envolvendo repasse de informações e conteúdos que nem sempre são condizentes com a realidade:

“Tanto é que eu nem lembro [conteúdo das capacitações], [...] não considero suficientes porque geralmente são palestras meio jogada, [...]. Geralmente eles querem fazer uma abordagem ampla, [...]acabam querendo englobar muito a coisa e o que realmente precisa não é tão focado”. (S1)

“Podia existir mais alguma coisa agregando pra gente conseguir colocar no dia-a-dia do trabalho”. (S6)

Todo profissional de saúde deve ser preparado para trabalhar com o cuidado, independente do papel que desempenha, pois se trata de um sujeito que produz saúde. O profissional sempre atua clinicamente e, como tal, necessita ser capacitado, pelo menos, para atuar no âmbito específico das tecnologias leves, como a produção do acolhimento, vínculos e responsabilizações (FRANCO *apud* MAGALHÃES, 2012).

Além disso, Onocko Campos e Gama (2010) enfatizam a necessidade da formação técnica continuada a partir da prática cotidiana nos serviços. A ausência de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com os problemas de saúde mental pode causar sofrimento psíquico e afetar a resolutividade da intervenção.

Nas entrevistas dessa pesquisa ficou evidente que aqueles profissionais de saúde que lembram dos conteúdos abordados, geralmente os reduzem ao uso de substâncias psicoativas e funcionamento dos serviços que prestam atendimento especializado, como, por exemplo, o funcionamento e o fluxo de encaminhamento para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatórios que recebem os casos encaminhados pela APS.

Em relação a esses apontamentos emerge uma questão central que permeia essa problemática: Como “formar/capacitar” os trabalhadores da saúde para atuarem no âmbito do SUS? Esse questionamento remete à carente, limitada e fragmentada formação técnica e acadêmica que, em sua maioria, não se baseia na realidade que os profissionais encontrarão após saírem das instituições de ensino, reforçado ainda pelo processo de trabalho que não dá vez e voz aos sujeitos que (re)produzem saúde, formados aos moldes da educação bancária que oprime e nega a relação dialógica entre os sujeitos e a realidade (FREIRE, 2011).

Em consonância com as falas elucidadas nesta pesquisa, o MS lançou, em 2009, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2009b) que surgiu a partir de

uma crítica a algumas concepções clássicas de formação, como aquela focada na ideia de “capacitação”, que segue o modelo da educação bancária.

Em contraponto às características das “capacitações”, a Educação Permanente (EP) se apresenta como um modelo de aprendizagem “no e para” o trabalho,

[...] onde o aprender se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já tem. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2009b, p. 20).

Neste sentido, emerge cada vez mais a necessidade da oferta e manutenção de espaços que favoreçam discussões permanentes entre a equipe para avaliar e problematizar o processo de trabalho, esses espaços podem promover a capacitação dos trabalhadores, através de experiências que proporcionam segurança para tomada de decisões, e o fazer com base em saber adquirido na vivência da assistência ao usuário (SUCIGAN, TOLEDO e GARCIA, 2012).

Quando questionados sobre o que seria o “preparo ideal” para o cuidado em saúde mental, os profissionais entrevistados referiram à necessidade de espaços de discussões, trocas de experiências e “capacitações” que englobem questões como: “conhecer e saber fazer diagnósticos”, “saber reconhecer e conduzir esses pacientes”, “conhecer sintomas”, “prescrição e funcionamento das medicações”.

Observa-se, na visão dos profissionais, mais uma vez a predominância do modelo biomédico no cuidado em saúde mental, centrado na “doença” e não no “sujeito” em sofrimento. Não apareceu em nenhuma fala a temática que denota uma atenção especial na formação e capacitação dos profissionais de saúde como acolhimento, vínculo, empatia, escuta qualificada e matriciamento.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTRATÉGIAS E POSSIBILIDADES

Esta categoria apresenta os caminhos que a APS tem percorrido na tentativa de oferecer cuidado em saúde mental, bem como elenca as possibilidades de efetivá-lo utilizando ferramentas e recursos acessíveis a todos os profissionais que queiram, de fato, se comprometer com esse cuidado.

Dois participantes da pesquisa apontam desconhecer ações, individuais e da equipe como um todo, voltadas à saúde mental neste âmbito de atenção. A fala da maioria dos entrevistados (nove) remete apenas a duas estratégias de cuidado que vem sendo realizadas nas USF, sendo o desenvolvimento da Terapia Comunitária (TC) e do matriciamento:

“Não me recordo de alguma coisa. [...] O que a gente já fez mesmo foi o matriciamento entre toda a equipe com o NASF. Esse é o trabalho único que a gente faz”. (S5)

“Terapia comunitária. Pelo que eu visualizo o próprio matriciamento também, os estudos de casos do matriciamento, a nossa articulação ali do nosso diálogo pra poder resolver o caso [...]”. (S9)

Quanto ao apoio matricial elencado pelos entrevistados, este foi escolhido pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para guiar as ações de saúde mental na APS (Brasil, 2003). Chiaverini *et al.* (2011) o aponta como “resposta possível e efetiva” diante o despreparo dos profissionais da APS para o cuidado em saúde mental e do medo que estes apresentam de se responsabilizarem pelo mesmo, visto a representação social associada a esta temática.

Ainda em relação ao matriciamento como estratégia e possibilidade de cuidado na APS, a PNH (Brasil, 2009a) o visualiza como uma ferramenta que auxilia na implementação da humanização no SUS. Sendo considerado, por Paulon e Neves (2013), como um dispositivo que pode expandir a clínica, aumentar a corresponsabilização, potencializar a autonomia e fortalecer o vínculo com o usuário, buscando impedir a psiquiatrização e psicologização do sofrimento.

Em relação à TC, citada por diversos profissionais entrevistados, atualmente, o MS reconhece e inclui como prática de saúde integrativa e complementar através da portaria GM nº 971, 2006, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. A implantação da TC na rede SUS e na ESF acompanha a mudança de um modelo assistencial para uma política de participação solidária, por meio da qual as políticas focam seus objetivos na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário e social da população (BRASIL, 2008).

A TC foi criada em 1986 pelo professor e médico Adalberto de Paula Barreto, sendo considerada uma metodologia de intervenção em comunidades que visa promover saúde com a construção de vínculos solidários, valorização das experiências de vida dos participantes de forma circular, resgate da identidade, restauração da autoestima e da confiança em si. Na TC, através do espaço de escuta, de reflexão e de troca de aprendizagem, o foco do atendimento individual se desloca para o coletivo. Reforçando-se o entendimento de Silva (2010) que afirma que as ações de saúde mental na APS necessitam seguir o modelo de redes de cuidado, baseadas no território e atuação transversal com outras políticas específicas, buscando o acolhimento e estabelecimento de vínculos, fundamentados nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Os profissionais entrevistados citam, ainda, como possibilidade de ampliar o cuidado em saúde mental a oferta de educação continuada e da educação permanente englobando esta temática; a inserção do profissional da Psicologia na equipe de ESF e não somente na modalidade de apoio através do NASF; estrutura física que permita acolhimento e escuta qualificada, além do investimento em grupos de educação e promoção de saúde mental.

Além dessas estratégias destacadas pelos profissionais entrevistados, outras modalidades de grupos, enquanto tecnologia de cuidado, podem favorecer as possibilidades de cuidado em saúde mental na APS, através da lógica de educação e promoção de saúde. Ressalta-se que o processo grupal, desde que bem refletido em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seriam alcançáveis em um atendimento individualizado (BRASIL, 2013).

As práticas grupais se constituem importante estratégia no atendimento aos usuários na APS, independente da modalidade. O trabalho grupal não deve ser pensado somente como uma maneira de dar conta da demanda, mas, sim, como possuindo características que favoreçam a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências, trocas de saberes e construção de projetos coletivos (ONOCKO CAMPOS E GAMA, 2010).

Outra possibilidade de intervenção que não foi citada pelos entrevistados e que pode fortalecer o cuidado em saúde mental na APS refere-se à elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) com os usuários e suas famílias. Onocko Campos e Gama (2010) afirmam que o PTS é uma ferramenta que visa traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do

próprio sujeito. Implica num aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento e participação de todas as partes no processo, inclusive o usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados da pesquisa se identificou que os profissionais entrevistados reduzem o entendimento de saúde mental à lógica de tratamento das “doenças/transtornos” mentais, o que pode fortalecer e legitimar o modelo biomédico que limita as possibilidades de cuidado ao não considerar o contexto, os fatores psicossociais e familiares no processo saúde-doença. Esse entendimento tende a reforçar o que Amarante (2007) refere à redução das práticas de saúde potencializadoras da medicalização e medicalização da vida.

Considerando o ponto de conexão entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária, destaca-se o potencial da APS para ações de saúde mental inscritas no território. Em razão da proximidade com famílias e comunidades, estima-se que grande parte das pessoas com transtornos mentais esteja sendo atendida nesse âmbito, o que o torna fundamental na rede articulada do cuidado em saúde mental (Brasil, 2003). Contudo, os resultados desta pesquisa apontam que os profissionais da APS apresentam uma visão limitada e negativa da assistência, reforçada pelo não investimento por parte da gestão no processo de formação dos profissionais, somado ainda à prática de desresponsabilização e encaminhamento dos usuários em sofrimento psíquico para outros níveis de atenção à saúde.

Outra percepção apontada na pesquisa se refere ao entendimento que os profissionais entrevistados tem de ser responsabilidade de “todos” o cuidado em saúde mental na APS. Porém, reduzindo as possibilidades de intervenção que se torna “propriedade” dos profissionais especialistas, como psicólogos e psiquiatras, quando não o encaminhamento para outros serviços da rede.

Quanto à questão central deste estudo, referente ao preparo recebido para atuarem em saúde mental na APS, evidenciou-se que a gestão não investe em educação continuada e educação permanente referente a esta temática. Destacaram-se iniciativas escassas e pontuais que não englobam as necessidades dos profissionais da saúde e, muito menos, condizentes com a realidade vivenciada pelos mesmos na APS.

Faz-se necessário para o fortalecimento da saúde mental na APS os investimentos em educação permanente, além do fortalecimento do apoio matricial, investimento em cursos de especialização, atualização e aperfeiçoamento, dentre outros (DELGADO, 2009).

A oferta de espaços problematizadores da realidade pode amenizar o sofrimento e sentimento de “incapacidade” dos profissionais, e promover um cuidado humanizado, “encharcado” de vínculo, empatia e vontade de legitimar os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária no âmbito do SUS.

O estudo apontou ainda que as principais estratégias de cuidado desenvolvidas na APS se referem à prática do apoio matricial e da Terapia Comunitária. Entretanto, muito ainda precisa ser implementado para avançarmos na perspectiva da construção da rede de atenção em saúde mental mediante a articulação de serviços que devem operar na lógica da territorialização, da corresponsabilização e da integralidade das práticas em saúde mental.

A pesquisa indicou a necessidade, conforme as falas dos participantes, de ampliar a oferta de espaços de formação e de trocas de conhecimento e experiências, que favoreçam e instrumentalizem os profissionais da saúde a atuarem em saúde mental, o que pode ser reforçado através da prática da educação permanente em saúde. Esses espaços precisam ir além de capacitações pontuais e “engessadas”, que pouco impactam na realidade dos usuários, familiares e profissionais da saúde.

A título de reflexão, este estudo remete ao intuito de chamar a atenção de todos os envolvidos no processo de cuidar [gestores, profissionais da saúde e comunidade] quanto à relevância de buscar continuamente a superação das fragilidades apontadas, bem como incentivar estudos futuros relacionados a essa temática que remete a importância do investimento em “educação em saúde” como eixo transformador da realidade.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- BARBOSA, T. M.; MELO A.; TONIN, C.F. *Os estilos de pensamento de professores da saúde sobre Saúde Mental*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia da Universidade do Planalto Catarinense. Lages: UNIPLAC, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2014.

____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

____. Ministério da Saúde. *O SUS e a Terapia Comunitária*. Luiz Odorico Monteiro de Andrade. BARRETO, I. C. H. C.; BARRETO, A. Fortaleza: UFC, 2008. Disponível em: <<http://www.abratecom.org.br/publicacoes/02-Livros/pdf/LivrosSusTc.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, 2003. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

BREDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7017.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde: paideia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. *Resolução 466/12*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2014.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(6):1501-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

CUNHA, G. T. A. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELGADO, P. G. G. Formação em saúde mental para o SUS: a estrada pedregosa e a máquina do mundo. In: COSTA, I. I.; GRIGOLO, T. M. (Org). *Tecendo redes em saúde mental no cerrado*. ABRAFIPP/UnB/MS, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, p. 345-353, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 50. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GRANA, L.; BASTOS, A. G. Vulnerabilidade Social: o psicodiagnóstico como método de mapeamento de doenças mentais. *Psic. Ciência e profissão*. 30(3), 650-661, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3a15.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

JUNQUEIRA, M. A. B.; PILLON, S. C. A assistência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de Literatura. *Rev. Enferm. Cent. O. Min.* abr/jun; 1(2): 260-267, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/28/124>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 2012.
- MAGALHÃES, V. C. *Ações de saúde mental desenvolvidas por profissionais de saúde no contexto da atenção básica*. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva. Porto Alegre: UFRGS, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/70211/000875744.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 jan. 2015.
- MARTINS, A. K. L.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A. Práticas em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo bibliográfico. *Rev. Rene. Fortaleza*. v. 10, n. 4, p. 165-172, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol10n4_html_site/a19v10n4.htm>. Acesso em: 15 out. 2014.
- OMS, Organização Mundial de Saúde. OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. A Resolução de Problemas de Saúde Mental. In: *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*. p. 79-107). OMS, 2001. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.
- ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde Mental na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S. GUERREIRO, A. V. P. *Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PAULON, S.; NEVES, R. *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Livraria Sulina Editora, 2013.
- SILVA, A. L. C. *Terapia comunitária como abordagem complementar no tratamento da depressão: uma estratégia em saúde mental no PSF de Petrópolis*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://issuu.com/abratecomterapiacomunitaria/docs/dissertacaoanalunciacostasilva>>. Acesso em: 15 out. 2014.
- SUCIGAN, D H. I.; TOLEDO, V. P., GARCIA, A. P. R. F. Acolhimento e saúde mental: desafio profissional na estratégia saúde da família. *Rev Rene*. v. 13, n. 1, p. 2-10, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/10/7>>. Acesso em: 17 nov. 2014.
- ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis*. 18(2): p. 277-293, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000200005>>. Acesso em: 12 jan. 2015.