

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALLANA MOREIRA SILVA FREIRE DE CARVALHO**

**“SINTO, LOGO EXISTO”: A ESCUTA DA EXPERIÊNCIA DOS  
TRABALHADORES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE JUAZEIRO- BAHIA**

**Recife  
2019**

**ALLANA MOREIRA SILVA FREIRE DE CARVALHO**

**“SINTO, LOGO EXISTO”: A ESCUTA DA EXPERIÊNCIA DOS  
TRABALHADORES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE JUAZEIRO- BAHIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de mestre em Saúde da Família

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Islândia Maria Carvalho de Sousa

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra Flávia Helena Miranda de Araújo Freire

**Recife**

**2019**

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

C331s Carvalho, Allana Moreira Silva Freire de.  
“Sinto, logo existo”: a escuta da experiência dos trabalhadores no cuidado em saúde mental na estratégia de saúde da família de Juazeiro- Bahia/ Allana Moreira Silva Freire de Carvalho. — Recife: [s. n.], 2019.

95 p.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Islândia Maria Carvalho de Sousa; Coorientadora: Flávia Helena Miranda de Araújo Freire.

1. Saúde Mental. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Sousa, Islândia Maria Carvalho de. II. Freire, Flávia Helena Miranda de Araújo. III. Título.

CDU 616.89

---

**ALLANA MOREIRA SILVA FREIRE DE CARVALHO**

**“SINTO, LOGO EXISTO”: A ESCUTA DA EXPERIÊNCIA DOS  
TRABALHADORES NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE JUAZEIRO- BAHIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de mestre em Saúde da Família.

Aprovado em: 29 de maio de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Islândia Maria Carvalho de Sousa  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Idê Gomes Dantas Gurgel  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Prof<sup>ª</sup> Dra Sílvia Raquel Santos de Moraes  
Universidade Federal do Vale do São Francisco

## AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente às divindades que me habitam para que eu conseguisse ter forças, foco, tempo e disposição para fazer muito além do que imaginei que conseguiria. Diante de tantas forças que impedem que mulheres e mães se dediquem ao aprimoramento profissional e acadêmico, me sinto uma guerreira privilegiada por conseguir conciliar o que parecia inconciliável.

Agradeço ao meu amor e marido Orlando, por “segurar todas as ondas” para que eu pudesse sentar por horas na frente do computador enquanto o mundo lá fora era incrivelmente manejado por ele.

Agradeço às minhas filhas por toda a paciência pelos momentos em que não pude estar integralmente com elas e pela compreensão de que a conclusão dessa etapa reverberará positivamente para nossa família.

Agradeço à minha mãe sempre presente, que vibra quando eu vibro e que torce tanto pela minha felicidade. Você é luz na minha vida.

Agradeço ao meu pai, que sempre entendendo muito pouco do que eu estava fazendo, confiou que era o certo e melhor e se orgulha de cada nova conquista.

Agradeço às trajetórias passadas e presentes, aos sucessos e insucessos, que me construíram e me ensinaram sobre o cuidado, o amor e o afeto.

Agradeço à Atenção Primária à Saúde por ser a minha maior escola e à medicina de família, por dar sentido à minha profissão.

Agradeço aos mestres que plantaram as primeiras sementes da saúde mental em mim, em especial à Marcus Vinicius Matraga (in memoriam) e Domingos Coutinho.

Agradeço às professoras do PROFSAÚDE que confiaram em todos nós e que nos conduziram amorosamente a um crescimento impressionante. Poder vivenciar essa etapa com mulheres cientistas nordestinas e retadas, é um privilégio. Em nome delas, agradeço aos profissionais da FIOCRUZ, em especial a Semente, que nos acolheram tão bem nesse período.

Agradeço à minha orientadora Islândia e à co-orientadora Flávia, por serem presentes mesmo distantes, por acreditarem, me apoiarem, me ensinarem, sempre tão afetuosamente em todos os momentos.

Agradeço aos amigos colegas do mestrado, em especial Ari e Erika, pela diversão, amizade e apoio mútuo.

Agradeço à amiga e colega Silvia, pelo companheirismo e crescimentos nesses anos que ministramos juntas a disciplina de Saúde Mental. Sejamos resistência na construção de uma formação coerente às necessidades do nosso povo.

Agradeço a querida amiga Hilze que apareceu quando eu menos esperava e me deu um rumo, método, confiança, chocolate e muito atenção. Agradeço de coração por todo o apoio.

Agradeço aos trabalhadores entrevistados nesse estudo, por disponibilizarem o tempo e os afetos, para a aspirante de pesquisadora e sonhadora profissional que eu sou.

Agradeço aos usuários do SUS que tive e tenho a oportunidade de acompanhar na Atenção Primária à Saúde. Vocês são a principal motivação para eu persistir na caminhada e acreditar em cuidados à saúde mais efetivos e humanizados.

Agradeço à Vida e à Natureza, por organizar tudo tão direitinho, por deixar fluir, por fazer acontecer, por me agradecer com tantas coisas boas. Tudo acontece do jeito que tem que ser.

Conseguimos!!

*“Se quero o outro comigo,  
Fraco, cansado ou louco,  
Tenho que deixar sempre  
abertas,  
As portas do meu coração.*

*Cem vezes terei que ampará-lo  
Quando fraquejar.  
o ritmo de suas pernas  
Mil vezes terei que parar,  
para que ele possa descansar”*

*(Marcus Vinicius Oliveira)*

CARVALHO, Allana Moreira Silva Freire de. **“Sinto, logo existo”**: a escuta da experiência dos trabalhadores no cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família de Juazeiro-BA. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## RESUMO

A integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia fundamental para a ampliação do acesso dos usuários em sofrimento psíquico, possibilitando a redução dos hiatos terapêuticos e o cuidado integral à saúde. São muitos os desafios para a efetivação do cuidado em saúde mental que compreenda os “sujeitos-usuários” nas suas singularidades e que olhe de modo sensível para os “sujeitos-trabalhadores” que atuam na APS, de modo a apoiá-los. O presente estudo buscou apreender as experiências de cuidado em saúde mental na APS a partir das percepções dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Juazeiro – BA. As entrevistas foram transcritas e analisadas com o método da Análise de Conteúdo de Bardin, sendo identificadas quatro categorias de análise 1) O medicamento enquanto cuidado; 2) A comunicação na Rede de Atenção Psicossocial; 3) Formação acadêmica para o cuidado em saúde mental e 4) Vivências e sentimentos no cuidado em saúde mental. A centralidade do medicamento no cuidado da APS, através das renovações de receitas sem a devida avaliação dos usuários e os danos advindos dessa prática; o apoio deficiente da Rede de Atenção Psicossocial para o compartilhamento do cuidado e a formação profissional insuficiente, tanto na dimensão técnica-científica quando na subjetiva-relacional, foram aspectos centrais relatados pelos trabalhadores. O espaço de escuta proporcionado pelas entrevistas possibilitou um olhar reflexivo por parte dos trabalhadores quanto aos processos de trabalho e sentimentos advindos do cuidado em saúde mental, ocasionando uma tomada de consciência dos aspectos intersubjetivos do encontro entre usuário e trabalhador. Percebemos que, para a consolidação do SUS e da APS como coordenadora do cuidado em saúde mental, em uma perspectiva desinstitucionalizante, são necessárias mudanças profundas nos cenários de formação dos trabalhadores da saúde bem como a concretização da educação permanente.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

CARVALHO, Allana Moreira Silva Freire de. "**I feel, therefore I am**": listening to the experience of workers in mental health care in the Family Health Strategy of Juazeiro-BA. 2019. Dissertation (Professional Master's Degree in Family Health) – Aggeu Magalhães Institute, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

## **ABSTRACT**

Mental health actions integration in primary care is a fundamental strategy for expanding access to users, enabling the reduction of therapeutic gaps and integral health care, responsible and community-based. There are many challenges in mental health care effectiveness to embrace the users in their singularities, but also to promote a sensitive way of look to the Family Health Strategy work team, in order to support them. The present study sought to understand the experiences of mental health care in Primary Health Care based on the perceptions of doctors and nurses of the Juazeiro Family Health Strategy - BA. The interviews were transcribed and analyzed using the Bardin Content Analysis method. Four categories of analysis were identified: 1) The medication as a care instrument; 2) Communication in the Psychosocial Care Network; 3) Academic training for mental health care and 4) Experiences and feelings in mental health care field. The medications centrality in the Primary Care Attention (PCA) , through renewals of prescriptions without the proper evaluation of the users and the damages resulting from this practice; the deficient support of the Psychosocial Care Network to share the care process and the insufficient professional training, both in the technical-scientific and in the subjective-relational dimension, were central aspects reported by the work team . The listening space provided by the interviews allowed the work team a reflexive look to the work processes and feelings arising from mental health care causing an awareness of the intersubjective aspects of the encounter between user and work team. We have noticed that, in order to consolidate the Unified Health System and the PHC as a coordinator of mental health care, in a deinstitutionalising perspective, profound changes are required in the training of health workers as well as the implementation of constant education.

Palavras-chave: Mental Health. Primary Health Care. Psychosocial Attention Network. Family Health Strategy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIT	Comissão Intergestores Bipartite
ESF	Estratégia de Saúde da Família
Esf	Equipe de Saúde da Família
eAB	Equipe de Atenção Básica
CFM	Conselho Federal de Medicina
GAM	Gestão Autônoma de Medicamentos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBA	Unidade Básica de Saúde
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
WONKA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVO GERAL</b>	19
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Específicos</b>	19
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	20
<b>3.1</b>	<b>Sobre os afetos e as afecções</b>	20
<b>3.2</b>	<b>Sobre as possibilidade de cuidado em saúde e educação em serviço</b>	21
<b>3.3</b>	<b>Das necessidades de ampliação dos cuidados em saúde mental</b>	24
<b>3.4</b>	<b>Como reduzir as desigualdades de acesso em saúde mental?</b>	26
<b>3.5</b>	<b>A construção da saúde mental na Atenção Primária Brasileira</b>	28
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b>	34
<b>4.1</b>	<b>Local e período</b>	34
<b>4.2</b>	<b>Participantes</b>	35
<b>4.3</b>	<b>Critérios de elegibilidade</b>	36
<b>4.4</b>	<b>Procedimentos</b>	36
<b>4.5</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	37
<b>5</b>	<b>Resultados</b>	38
<b>5.1</b>	<b>O medicamento enquanto cuidado</b>	38
<b>5.1.1</b>	<b>A medicação como intervenção necessária</b>	38
<b>5.1.2</b>	<b>O tempo de uso dos medicamentos</b>	43
<b>5.2</b>	<b>A comunicação na Rede de Atenção Psicossocial</b>	48
<b>5.2.1</b>	<b>Necessitando de espaços de escuta e o papel do NASF</b>	48
<b>5.2.2</b>	<b>Dificuldades de Acesso aos serviços especializados</b>	51
<b>5.2.3</b>	<b>O fluxo da RAPS e o cuidado a crise</b>	54
<b>5.3</b>	<b>Formação acadêmica para o trabalho em saúde mental na APS</b>	55
<b>5.4</b>	<b>Sentimentos no cuidado em Saúde Mental</b>	60
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	67
	<b>REFERÊNCIAS</b>	71
	<b>APÊNDICE A – PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	80
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	93

## 1 INTRODUÇÃO

A construção desse estudo nasceu de um lugar muito familiar que é o cotidiano do meu trabalho como médica e professora. Ainda na graduação em medicina, me envolvi em dois projetos de extensão universitária em saúde mental que tinham como norte fundamental construir um novo lugar para a loucura a partir da perspectiva da desinstitucionalização proposta por Franco Basaglia. Franco Basaglia foi um médico psiquiatra italiano que criticou profundamente as formas de tratamento prestadas às pessoas com transtornos mentais no Hospital Psiquiátrico. Na década de 1970, ao ser nomeado diretor do Hospital Provincial da cidade de Trieste, iniciou o processo de fechamento do hospital psiquiátrico substituindo por serviços de base comunitária. Em 1976, o Hospital de Trieste foi fechado e em 1978 foi aprovada na Itália a lei da Reforma Psiquiátrica Italiana, também chamada de Lei Franco Basaglia (AMARANTE, 2016).

Acompanhávamos as pessoas em sofrimento psíquico com história de internamentos recorrentes em instituições psiquiátricas e buscávamos tecer esse novo lugar junto à família, comunidade e rede de assistência disponível. Nesta rede de assistência, à época, predominavam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como suporte contra hegemônico principal e, ao mesmo tempo que me causava satisfação vislumbrar novas formas de cuidado às pessoas em sofrimento mental, também gerava um certo desconforto ouvir frases como “o CAPS é minha casa”, “no CAPS eu sou respeitado”, “no CAPS eu tenho amigos”.

Pensava comigo, sem negar o papel fundamental dos serviços substitutivos, se era a missão do CAPS, enquanto serviço de base comunitária, se tornar a nova casa da loucura, o único lugar em que a loucura tinha direitos e respeito; ou se era necessário, como dizia Antonio Lancetti (2001, p. 98) “radicalizar a desinstitucionalização”.

Olhava para a Estratégia de Saúde da Família como campo potente para a inserção da saúde mental no cotidiano dos serviços e da comunidade, onde não somente a loucura possa ser revista e revisitada, como também as subjetividades dos indivíduos possam ser ouvidas, consideradas e valorizadas nos cuidados em saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS), nas suas características particulares, defendidas por Starfield (2002), como a integralidade da atenção, a

longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a orientação comunitária, tornou-se campo fértil para mudanças profundas nas relações trabalhadores e usuários, em especial os usuários com transtornos mentais, cujo acesso aos serviços de saúde ainda é bastante limitado.

Segundo Amarante (1994):

A luta contra a institucionalização do ambiente externo; a luta contra a institucionalização completa do corpo hospitalar – institucionalização do médico, institucionalização dos enfermeiros, institucionalização do doente. Com a luta contra a institucionalização externa inicia-se o processo de distanciamento de Maxwell Jones, à medida que o projeto de Basaglia passa a conduzir-se numa luta política para a transformação no âmbito da sociedade na forma de lidar com a loucura, e não apenas e meramente a uma luta para a transformação interna do manicômio (AMARANTE, 1994, p. 69).

A partir dessas experiências na graduação, acompanhando os usuários nos seus trajetos de vida, que foi possível compreender o que Basaglia (2005) chamava de “colocar a doença entre parênteses”. Tive a oportunidade de verdadeiramente olhar para os sujeitos e suas experiências de vida e de adoecimento, e não apenas para doenças descoladas da realidade. Alguns desses sujeitos, acompanhados na maior parte das vezes em liberdade, passaram por processos de internamento em manicômios e, ao visitá-los, percebia-os como que desconhecidos, por se apresentarem tão diferentes daquilo que via no contexto comunitário. Pude perceber, na prática, o conceito de “duplo da doença mental”, de modo a discernir o que era responsabilidade da doença e o que era fruto do processo de institucionalização

Basaglia desenvolveu a ideia de *colocar a doença entre parênteses* para promover um olhar para os sujeitos e suas experiências particulares diferentemente do que era feito pelas Instituições Psiquiátricas que olhavam para as doenças mentais como se fossem os próprios sujeitos. Essa perspectiva de olhar possibilitou o desenvolvimento do segundo conceito que é o *duplo da doença mental*, na compreensão de que nem tudo que se apresenta como doença mental, é próprio da doença mas decorrente do processo de institucionalização (BASAGLIA, 2005).

Este processo ficou ainda mais evidente quando, ao atuar como médica de família e conhecer as pessoas nos seus territórios vivos e dinâmicos e com histórias de vida e experiências de adoecimento muito particulares, constatei que é impossível categorizar as pessoas e reduzi-las a simples diagnósticos biomédicos quando estamos lidando com a complexidade da existência. Ao olhar para a

dimensão subjetiva, transformava a mim e ao meu trabalho, numa construção artesanal de afetos e cuidados que fazia sentido para mim e para o outro.

Com essas reflexões, assumi um lugar de militância, como médica de família, preceptora da residência médica e professora temporária da graduação da disciplina de saúde mental na Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), e busquei dar voz e lugar à saúde mental e aos aspectos subjetivos dos sujeitos dentro dos serviços de APS. A partir da sensibilização e formação de médicos residentes e estudantes, foi possível discutir, não sem encontros; a rede de saúde, a formação de vínculo, o cuidado ampliado e compartilhado e o diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais mais prevalentes. Essas discussões me possibilitaram perceber como todo esse conteúdo parecia inédito para muitos estudantes de medicina e médicos que estavam se especializando em medicina de família e comunidade.

Entre as reflexões e discussões, destacávamos a necessidade de reduzir a desigualdade global de acesso a diagnóstico e tratamento oportunos e adequados das pessoas com transtornos mentais considerando a integralidade da saúde e a complexidade desses sujeitos. Bem como, ter cuidado para não medicalizar tudo o que foge das normas, todo o sofrimento natural do ser humano para que a potência da abordagem em saúde mental não se encerre em aplicação de protocolos. O que desejamos são processos de trabalho refinados e singularizados.

Estas reflexões estavam embasadas na literatura na qual os dados mundiais acerca da saúde mental global, colocam que um dos pontos de enfrentamento importante são os chamados “hiatos terapêuticos”, a fim de reduzir as desigualdades de acesso (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Hiato terapêuticos são aquelas pessoas com transtornos mentais que não receberam tratamento adequado ou muitas vezes não foram diagnosticadas, apesar de existirem tratamentos eficazes e custo-efetivos. A média global de hiato terapêutico para esquizofrenia é de 32,2% e para depressão de 56% (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Nos países considerados de baixa e média renda, cerca de três entre quatro pessoas com transtornos mentais não recebem o tratamento adequado (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

O hiato terapêutico gera um perverso ciclo de sofrimento uma vez que reduz as possibilidades de inserção social e de produção de autonomia, aumentando a pobreza e a exclusão social da pessoa com transtorno mental.

Assim, desejar e tentar construir uma lógica diferenciada de cuidado efetivo, considerando o contexto social, cultural e familiar; a experiência de adoecimento, a construção do vínculo e a integralidade da atenção é extremamente desafiador. Os desafios são ainda maiores por estarmos inseridos em uma rede assistencial de racionalidade biomédica, que prioriza as causas biológicas e centra o tratamento nos medicamentos, com escassos dispositivos de cuidados multidisciplinares e de prevenção<sup>1</sup> e promoção da saúde<sup>2</sup> (MERHY; FRANCO, 2003).

Ressalto aqui a importância da prevenção e promoção da saúde, bem como dos cuidados multidisciplinares, uma vez que os determinantes da saúde mental e adoecimento mental incluem não somente questões individuais e tratamentos farmacológicos, mas também questões sociais, culturais, econômicas como pobreza, doenças crônicas, exposição a situações de violência e preconceito, desemprego, condições de trabalho, violação dos direitos humanos, desastres, dentre outros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

Apesar das dificuldades inerentes aos processos de trabalho e à rede de saúde mental, na concretude do cotidiano da APS, fica claro que a saúde mental é tema transversal que perpassa os sujeitos nas suas singularidades, e olhar para ela, é olhar para sujeitos e não para doenças, é olhar para um espaço propício de construção de cuidados integrais, afetivos e responsáveis. Esse refinamento de olhar requer também que levemos em consideração as trajetórias e os aspectos subjetivos dos trabalhadores da saúde como forma de compreender as suas ações no trabalho em saúde e buscar melhorá-las.

Tais perspectivas estão em consonância com o processo de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica que exigem práticas em saúde cada vez mais integradas e acessíveis de modo a acolher os usuários em suas diferentes necessidades. Amarante (2011) considera a Reforma Psiquiátrica como processo social complexo composto por quatro dimensões essenciais: teórico – conceitual, técnico-assistencial, jurídico - político e sócio - cultural.

No que se refere ao Sistema Único de Saúde, foram construídos processos normativos que visaram direcionar a Reforma Psiquiátrica na rede de saúde. Com a

---

<sup>1</sup> Nota: As ações de promoção da saúde são estratégias intrasetoriais e intersetoriais que buscam melhorar as condições de saúde e qualidade de vida da população, nos âmbitos individual e coletivo, através da redução das vulnerabilidades e riscos de adoecimento e com a participação ativa do Estado e da sociedade (BRASIL, 2015).

<sup>2</sup> A prevenção da saúde são ações que buscam evitar o aparecimento de doenças específicas, reduzindo a incidência e prevalência de determinados agravos (CZERESNIA, 1999).

promulgação da Lei Federal 10.216/2001 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001) que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” e da Portaria do Ministério da Saúde 3088 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011) que institui a rede de atenção psicossocial, da qual a APS faz parte; foram notáveis os avanços, como o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos, ampliando o financiamento e os serviços substitutivos de saúde mental. No entanto, esses avanços não foram necessariamente acompanhados do que Yasui (2006) coloca como amplo “processo civilizador”, sem mudanças profundas na forma como a sociedade lida com pessoas em adoecimento mental.

Contudo, ainda são notáveis os progressos do projeto de desinstitucionalização brasileiro nos últimos vinte anos, com redirecionamento das verbas das instituições de internamento hospitalar para os serviços de base comunitária. Neste período, o orçamento destinado aos hospitais psiquiátricos reduziu de 95% dos gastos em saúde mental para menos de 30%, enquanto que o financiamento da rede substitutiva foi 15 vezes maior (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

No entanto, o processo é dinâmico. Apesar dos dados animadores e do Brasil ser uma referência mundial nas conquistas por cuidados desinstitucionalizados, mudanças estruturais na Política de Saúde Mental e na Política de Atenção Básica, até então vigentes, colocam a saúde pública brasileira em um campo de intensa disputa e instabilidades.

Em 21 de dezembro de 2017 foi publicada a Portaria do Ministério da Saúde 3588 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017) na qual foram deliberadas novas diretrizes para a Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde sem uma ampla discussão com os trabalhadores, usuários e sociedade civil. As novas diretrizes vão na contramão do que é preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a manutenção dos hospitais psiquiátricos e incentivo financeiro para implantação de novas unidades de internamento e a criação das equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental no formato de ambulatórios, para atendimento das pessoas com transtornos mentais moderados. Tais medidas tendem a fragmentar ainda mais o cuidado em saúde mental, aumentar o estigma, isolamento e dificuldades de inserção dessas pessoas. Além disso, o incentivo à

implantação de unidades de internamento pode voltar a favorecer as iniciativas privadas, as prescrições excessivas e as medidas excludentes, com comprometimento duvidoso com a reabilitação psicossocial dos sujeitos internados.

São inúmeras as dificuldades encontradas pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços de APS. Tais dificuldades levam ao acompanhamento inadequado das pessoas em sofrimento psíquico, aos subdiagnósticos e / ou tratamentos pouco otimizados, às renovações de receitas sem a devida reavaliação e aos encaminhamentos aos serviços especializados sem a garantia de coresponsabilização por essas pessoas (CAMPOS et al., 2011).

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), o foco dos profissionais de saúde na busca por problemas de ordem biológica, leva a uma prática centrada nos procedimentos, mas com pouco interesse pelo outro, perdendo o que eles denominam de “dimensão cuidadora”. Além deste, outros prováveis aspectos que levam a esta dificuldade é a demanda excessiva dos serviços e a formação insuficiente dos membros da equipe de saúde da família para lidar com questões subjetivas, levando a uma prática ainda cercada por medos, estigmas e preconceitos.

No que diz respeito a APS no SUS, deve ser considerado também a escassez da integração dos serviços de retaguarda para apoio diagnóstico e terapêutico, de modo a traçar planos terapêuticos compartilhados com diferentes pontos da rede de atenção. O compartilhamento do cuidado possibilita o surgimento de estratégias não centradas no profissional médico e com enfoque maior nas ações comunitárias e na produção de autonomia.

Neste contexto, a assistência à saúde mental na APS no município de Juazeiro - BA, não tem sido diferente do panorama nacional. Até o momento, o município não conta com uma linha de cuidado para saúde mental ou atividades de educação permanente para profissionais na APS consistentes. Há uma dificuldade de diálogo entre os diferentes pontos de atenção e o apoio matricial específico para saúde mental ainda não ocorre de maneira sistemática e abrangente, mantendo a lógica de cuidado fragmentado e focado nos encaminhamentos para especialistas e na prescrição de psicofármacos.

Em 2016, um estudo local fez o levantamento epidemiológico no CAPS II de Juazeiro para traçar o perfil dos usuários que frequentaram no serviço nos últimos

seis meses. Foi observado que 9,64% dos usuários tinham diagnóstico de episódio depressivo e 6,24% de transtornos ansiosos (FIGUEIREDO; MELO, 2017), que são transtornos passíveis de serem acompanhados principalmente pela APS.

Tal resultado mostra que ainda é preciso avançar na integração do CAPS e da APS no município. Amarante (1994), coloca que é preciso operar uma luta que se desenvolve em dois níveis simultâneos: um científico (da psicopatologia) e um político (do estigma e da exclusão). Logo, o processo de qualificação dos trabalhadores de saúde no cuidado à saúde mental deve abranger não somente o diagnóstico e a terapêutica como também o desenvolvimento de habilidades para o cuidado em saúde mental que possibilitem ampliar as capacidades vinculares, reduzir estigmas e promover a autonomia e cidadania dos sujeitos.

Compreendemos que o desenvolvimento dessas habilidades nos trabalhadores não ocorre de modo automático, necessitando uma reflexão constante sobre o próprio trabalho para que novas práticas possam nascer. É preciso também saber como as experiências vividas por estes profissionais nas suas trajetórias podem afetar suas perspectivas de cuidado. As experiências relatadas possibilitaram um outro olhar para os processos de adoecimento e para as possibilidades de cuidado em saúde mental e, enquanto agora pesquisadora, desejaria compreender como os afetos singulares dos trabalhadores e suas trajetórias de vida e formação acadêmica, poderiam reverberar nos processos de trabalho e na compreensão de cuidado.

Com estas reflexões, na tentativa de compreender as potencialidade e dificuldades na integração da saúde mental na APS de Juazeiro - BA busquei achar respostas ou pistas para a pergunta: **Como os trabalhadores médicos e enfermeiros compreendem o cuidado em saúde mental na APS e quais os sentimentos gerados a partir desse cuidado?**

Considero que essa compreensão é passo essencial para subsidiar ou inspirar políticas públicas que visem ampliar o acesso e o cuidado integral da população em sofrimento psíquico na APS levando em consideração não somente as fragilidades técnicas, mas os aspectos subjetivos e relacionais dos trabalhadores da APS, de modo a superá-los.

## **2 OBJETIVO GERAL**

Compreender as experiências de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde a partir das percepções sobre o cuidado à saúde mental dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de Juazeiro – BA.

### **2.1 Objetivos Específicos**

- a) Apreender como os trabalhadores médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde de Juazeiro – BA percebem o cuidado em saúde mental no seu contexto de atuação e a relação com a Rede de Atenção Psicossocial;
- b) Identificar os aspectos da formação profissional e sua relação com o cuidado em saúde mental na APS;
- c) Analisar os sentimentos e afetos atribuídos pelos médicos e enfermeiros no cuidado em saúde mental na APS;
- d) Produzir informações para subsidiar a implantação de uma Política de Saúde Mental na APS de Juazeiro-Bahia e elaborar um plano de intervenção para a construção da educação permanente em saúde mental (APÊNDICE A).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção dos referenciais teóricos para o presente trabalho requer a definição de conceitos como afeto e cuidado, na perspectiva buscada para a compressão das falas dos trabalhadores entrevistados. Ademais, torna-se fundamental compreender a trajetória das Políticas de Saúde Mental no Brasil e no mundo para um olhar crítico quanto às atuais mudanças na legislação brasileira.

#### 3.1 Sobre os afetos e afecções

O entendimento de afeto aqui colocado se baseia em Spinoza (2007), que compreende afeto por afecções do corpo, as quais aumentam ou diminuem a potência de agir. Para esse autor, os encontros são produtores de afetos: os bons encontros aumentam a capacidade de agir, potencializando a vida; e os maus encontros diminuem a capacidade de agir.

Nesse pressuposto, entende-se que cada um regula a sua vida e as suas ações de acordo com o seu próprio afeto, por meio das imaginações da mente e das lembranças prévias. Logo, reconhecemos que os afetos que nascem do encontro trabalhador – usuário, decorrem também dessas lembranças prévias ou imaginações que podem ocasionar sentimentos de alegria, indiferença ou tristeza, diminuindo ou aumentando a potência de agir. “As imaginações da mente são mais indicadoras dos afetos do nosso corpo do que da natureza dos corpos exteriores” (SPINOZA, 2009, p. 109).

Um ponto importante do pensamento de Spinoza (2009) é de que afirmamos a existência daquilo que imaginamos necessário e negamos a existência daquilo que não imaginamos ser necessário.

Fazendo um paralelo desse pensamento com o modo como a formação e o trabalho em saúde vem se constituindo desde o século XVIII, com o advento do positivismo e a ênfase no modelo anátomo-clínico, fazemos as seguintes reflexões: 1) a negação da dimensão subjetiva dos sujeitos, nos processos de cuidado em saúde, pode ser devido ao fato de não a imaginarmos necessária? 2) seriam esses afectos, nascidos do encontro com o outro em sofrimento psíquico, denunciadores dos afetos dos trabalhadores?

Ora, a mente esforça-se, tanto quanto pode, por imaginar aquelas coisas que nos afetam de alegria, isto é, esforça-se por considerá-las como presentes. E, contrariamente, esforça-se por excluir a existência daquelas coisas que nos afetam de tristeza (SPINOZA, 2009, p. 115).

Tomar consciência dos afectos nascidos do encontro com o outro, se modificando a cada experiência vivida, possibilita o que Franco e Galavote (2010) descreveram como “singularidades em permanente produção de si mesmo”. É no espaço intercessor do encontro trabalhador – usuário que se reconhece que o usuário é agente consumidor e objeto das ações produtivas, mas também interfere no processo do trabalho em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Esse espaço intercessor, que só ocorre na ação dos encontros, revela que tanto trabalhador como usuário apresentam necessidades singulares e que essas necessidades atravessam o processo de trabalho e produzem o trabalho vivo em ato. Cartografar esses encontros entre trabalhador e usuário, possibilita compreender quais os tensionamentos, princípios e níveis de co-responsabilização estão envolvidos no processo do cuidado (MERHY, 2002).

Falar de afetos, portanto, é falar de afecções, da capacidade de afetar e ser afetado pelo outro, nesta relação micropolítica que acontece no espaço de encontro nas relações de trabalho e cuidado em saúde.

### **3.2 Sobre as possibilidades do cuidado em saúde e educação em serviço**

Daí se evidencia que o dado originário não é o logos, a razão e as estruturas de compreensão, mas o pathos, o sentimento, a capacidade de simpatia e empatia, a dedicação, o cuidado e a comunhão com o diferente. Tudo começa com o sentimento. É o sentimento que nos faz sensíveis ao que está a nossa volta, que nos faz desgostar. É o sentimento que nos une às coisas e nos envolve com as pessoas (BOFF, 1999, p. 50)

A compreensão dos cuidados em saúde parte de entendimentos diversos, estando, na atualidade, muitas vezes voltado para a aplicação de conhecimentos cientificamente comprovados visando uma resposta eficiente ao tratamento preconizado. Puramente tecnicista, tal entendimento mostra-se por demais reducionista quando se leva em consideração a complexidade dos sujeitos e compreensões singulares de saúde e adoecimento.

Boff (1999) defende que “o eu somente se constitui mediante dialogação com o tu”, compreendendo o “tu” como o rosto do outro que nos obriga a tomar

posição. Essa posição, nas práticas em saúde, são todas as nossas escolhas frente ao outro que tratam do outro, mas também de nós mesmos.

Cruz (2009) sistematiza três dimensões de cuidado abordadas pela saúde coletiva: técnico-científica, subjetivo-relacional e sócio-política.

A dimensão técnica-científica refere-se ao conjunto de procedimentos e intervenções que resolvam ou amenizem problemas de saúde estando sustentada pela racionalidade biomédica com ênfase na visão científica dos cuidados e das ações em saúde. Merhy e Feuerwerker (2009) consideram que “a busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida” sugerindo assim que os processos de trabalho possam ser vistos sob o ponto de vista do “trabalho vivo em ato” no intuito de produzir singularidades no cuidado por meio da relação trabalhador-usuário.

A dimensão subjetiva-relacional propõe um diálogo entre a racionalidade biomédica e a vida, seus sujeitos e suas singularidades, entendendo como sujeitos não somente as pessoas que receberão os cuidados em saúde como também os trabalhadores. Ayres (2001) sugere que ao invés de pensarmos em subjetividades, que pensemos em intersubjetividades ao considerar o caráter relacional dos sujeitos, permeado por vivências, histórias e projetos de felicidade. Essa mudança de percepção busca retirar o vazio supostamente existente na relação sujeito-profissional, fortalecendo a ideia de “sucesso prático” que busca ampliar e deslocar os horizontes normativos ainda focados apenas no controle de doenças e que não se preocupam com os “projetos de felicidade”.

A dimensão sócio - política refere-se ao cuidado que produz a emancipação e autonomia dos sujeitos pautado em responsabilidade, justiça, cidadania e solidariedade. Merhy e Feuerwerker (2009) defendem a necessidade de um novo olhar sobre os processos de trabalho em saúde a partir da perspectiva de que em todo encontro entre trabalhadores e usuários ocorre um processo micropolítico.

Essas dimensões de cuidado dialogam com o conceito de caixa de ferramenta proposto por Merhy e Feuerwerker (2009), na compreensão das tecnologias de cuidados em saúde. Tais autores defendem que existem três tipos de caixas de ferramentas: 1) a da propedêutica e dos procedimentos, 2) a dos saberes e 3) das relações trabalhadores – usuários. Da primeira caixa de ferramentas, nasce o saber científico estruturado, a tecnologia dura. Da segunda caixa, é possível

construir um diálogo entre os saberes, as necessidades dos sujeitos e o campo de incertezas decorrente dos processos de cuidado, as tecnologias leve-duras; e a terceira caixa trata da relação com o usuário, a construção de vínculos e relações de responsabilização, as quais foram denominadas tecnologias leves.

Na atualidade, há um desequilíbrio nas caixas de ferramentas dos trabalhadores da saúde as quais estão predominantemente voltadas para as tecnologias duras e leve-duras, dando-se ênfase às explicações científicas para os processos de saúde e adoecimento como único saber legítimo, e colocando os aspectos relacionais e subjetivos como secundários.

Há uma real necessidade de fazer coexistir as diversas dimensões de cuidado nas ações em saúde mental na Atenção Primária.

Quando Campos (1999) propôs os conceitos de equipes de referência e apoio matricial, buscou trabalhar com equipes com saberes especializados que pudessem dialogar com as equipes de referência. Nesse trabalho conjunto, desejava-se construir projetos terapêuticos singulares (PTS) que dessem conta das necessidades dos sujeitos nas suas mais diversas dimensões. A construção do PTS potencializa vinculação e co-responsabilização das equipes de referência por meio de diálogos entre os membros das equipes de forma horizontal e que valoriza os conflitos e subjetividades dos trabalhadores como possibilidades de aprendizado e crescimento.

O conceito de equipes de referência e apoio matricial inspiraram, posteriormente, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família que visam ampliar o cuidado em saúde ofertado pelas equipes de saúde da família, considerando que a dimensão técnico-científica, as tecnologias duras e leve-duras não eram suficientes para suprir a complexidade das necessidades de saúde (BRASIL, 2014).

Boccardo et al. (2011) defendem o PTS como estratégia central para a produção de cuidados em saúde mental condizente com as necessidades dos sujeitos, de modo a garantir um cuidado continuado e integral. No entanto, são muitos os desafios para o uso desse dispositivo nos serviços de saúde, como alta demanda das equipes, formação insuficiente e escassez de espaços para debater os casos conjuntamente. Quando se trata da Atenção Primária, os desafios talvez sejam ainda mais essenciais, pois há uma necessidade de sair da imobilidade e se

sentir capaz, enquanto profissional não especializado em saúde mental, de acolher e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, Merhy (2015) coloca a importância de dar visibilidade e intencionalidade ao conjunto de forças que atuam no agir em saúde como espaço potente de formação e produção do cuidado, mudando o eixo dos processos de formação e capacitação no campo da saúde.

Poder espelhar isso e tentar produzir uma maquinaria que nos arranque do instituído ou pelo menos nos agite, pode facilitar nossa desterritorialização existencial e com isso nos abrir para ver o que não vemos” (MERHY, 2015, p. 11)

Olhar para os afetos decorrentes do cuidado em saúde mental pelos trabalhadores da APS, utilizando a experiência como espaço formativo que possibilite conduzir novas formas de conhecimento.

A defesa aqui colocada é que o cuidado deve assumir um lugar central no trabalho em saúde tanto entre trabalhador – usuário como também entre trabalhador- trabalhador e trabalhador – gestor. Segundo Boff (1999) dar essa centralidade ao cuidado, significa deixar de reduzir tudo a objetos desconectados da subjetividade humana.

### **3.3 Das necessidades de ampliação dos cuidados em saúde mental e os retrocessos nas Políticas de saúde brasileiras**

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 2436 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017), a qual traz modificações importantes em relação à PNAB anterior. Apesar das equipes de saúde da família (eSF) continuarem sendo estratégia prioritária, a portaria prevê financiamento para outros arranjos de equipes de saúde como as equipes de atenção básica (eAB). O ponto mais crítico é que as eAB não tem a obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e requer cumprimento de carga horária por categoria profissional de, no mínimo, 10 horas semanais.

Mesmo sendo considerado um formato provisório, não há na política a estipulação de prazos para que os municípios possam transformar as eAB em eSF, ficando evidente o risco de extinção paulatina da Estratégia de Saúde da Família, e consequentemente, do SUS.

O ACS é um ator fundamental para que a ESF alcance a capilaridade das ações em saúde mesmo em áreas populosas e de difícil acesso. Eles são membros da equipe de saúde dentro da comunidade realizando ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). A opção de não ter esses trabalhadores nas equipes pode prejudicar o cumprimento dos princípios e diretrizes da atenção básica. Compreendemos que a nova PNAB, ao sugerir esse novo formato, reforça nas entrelinhas, um modelo de atenção à saúde médico - centrado, focado na assistência, pouco resolutivo, de difícil acesso e sem informações precisas do território de abrangência, inviabilizando ações de planejamento em saúde mais consistentes.

Consequentemente, as ações de saúde mental na Atenção Primária, sem o ACS, tendem a ficar prejudicadas. A presença do ACS no acompanhamento em saúde mental no território, mesmo com formação insuficiente para esse trabalho, foi evidenciado em vários estudos (NUNES; JUCA; VALENTIM, 2007; SANTOS; NUNES, 2014; SILVA JUNIOR et al., 2016). A ausência do ACS impossibilitaria o acompanhamento regular das pessoas em sofrimento psíquico dentro do território, com vistas à ampliação da rede vincular, desinstitucionalização, inclusão social, monitoramento do uso das medicações, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Além da Política Nacional de Atenção Básica, mudanças estruturais também ocorreram com a Política Nacional de Saúde Mental que foi alterada em 21 de dezembro de 2017. A nova política não mais prevê o fechamento gradativo dos hospitais psiquiátricos, como proposto pela Portaria nº 3088/2011 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011), o que foi bandeira de luta entre os militantes do SUS e da Luta Antimanicomial. No lugar do fechamento gradual dos Hospitais Psiquiátricos, a Política de Saúde Mental vigente estabelece regras de financiamento dos Hospitais Psiquiátricos já existentes e prevê incentivos financeiros para abertura de novas unidades de internamento psiquiátrico.

A atual Política de Saúde Mental também cria os ambulatórios especializados para os transtornos mentais moderados, o que tende a fragmentar ainda mais o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico. Essa tendência à fragmentação decorre que, para o cuidado em saúde mental efetivo, alguns aspectos são necessários como a construção de vínculos; o acesso fácil aos

serviços; a continuidade e longitudinalidade do cuidado; a abordagem integral, interdisciplinar, com orientação familiar e comunitária; o que normalmente não ocorre nos serviços ambulatoriais. A integração da saúde mental na APS fica ainda mais fragilizada, assim como os espaços de diálogos entre a rede de atenção psicossocial.

O ideal de “radicalizar a desinstitucionalização” continuaria possível, frente a essas mudanças?

### **3.4 Como reduzir as desigualdades de acesso em saúde mental?**

O impacto do sofrimento mental e a necessidade de serviços descentralizados de cuidados de saúde mental são debatidos pela OMS desde a década de 1970 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1975). Apesar de muitos avanços e experiências exitosas tanto no Brasil, quanto no mundo, a expansão dos cuidados em saúde mental permanece sendo um desafio global (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Patel e Prince (2010), conceitua a Saúde Mental Global como uma área de estudo, pesquisa e prática que visa melhorar a saúde e a equidade nos cuidados em saúde mental para todas as pessoas do mundo. No que se refere à saúde mental, as disparidades de acesso ao tratamento e o desrespeito aos direitos humanos são significativas quando se compara os países ricos e os países pobres, que pode ser evidenciado pelo fato dos países de baixa e média renda abrigarem 80% da população global e terem menos de 20% da participação dos recursos de saúde mental fazendo com que três quartos da carga global de doença mental estejam em países de baixa e média renda (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Apesar do entendimento acerca da importância da saúde mental na Atenção Primária, mais de 30% dos países não possuem orçamento específico para a saúde mental. Daqueles que possuem orçamento, 21% gasta menos de 1% do orçamento da saúde em saúde mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008). Além da questão orçamentária, o acesso ao tratamento das pessoas com transtornos mentais ainda é difícil, sobretudo nos países de baixa e média renda, nos quais 75 a 85% das pessoas com transtornos mentais graves não conseguem acessar o tratamento que precisam (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Tendo como objetivo a redução das desigualdades de acesso, é fundamental o enfrentamento dos hiatos terapêuticos. São muitos os motivos para o hiato terapêutico e a baixa prestação de cuidados, dentre eles o estigma que acomete o usuário, família, instituições que fornecem medicações psicotrópicas e trabalhadores de saúde mental (SARTORIUS, 2007). Outra causa importante, é a crescente especialização dos profissionais de saúde com foco em sistemas específicos causando deficiência de uma abordagem integral aos usuários (IVBIJARO; GARRISON; FUNK, 2009).

No intuito de reduzir o hiato terapêutico, Rebello (2014) aponta três estratégias que considera eficazes que são: integração da saúde mental nos serviços de atenção primária; compartilhamento e delegação de tarefas e incorporação de inovações tecnológicas nos modelos de saúde mental existentes que possam melhorar o acesso, diminuir custos e reduzir o estigma.

Considerando que a APS, segundo Barbara Starfield (2002), é responsável por resolver cerca de 80% da demanda das pessoas que buscam o serviço, além de ter como responsabilidades a garantia do acesso, a responsabilização pelo cuidado, a integralidade da atenção e a longitudinalidade; ela se torna o espaço ideal para os cuidados às pessoas que tem transtornos mentais, de modo a focar mais no indivíduo do que na doença, ampliando os cuidados para a família e comunidade e diminuindo estigmas relacionados ao adoecimento mental. Além disso, estima-se que cerca de 60% das pessoas que frequentam os serviços de APS tem alguma doença mental diagnosticável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, WONCA, 2008) o que reforça a importância de qualificação desses dispositivos que, ao terem uma área de abrangência delimitada, facilita o acesso e o cuidado no território, restringindo o encaminhando aos serviços especializados somente para os casos mais graves ou refratários ao tratamento usual.

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção e prevenção bem como ao tratamento e reabilitação; e trabalho em equipe (STARFIELD, 2002, p. 28).

Em 2008, a OMS juntamente com a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA), lançaram o relatório “Integração da Saúde Mental na Atenção Primária” no qual reúne dez princípios gerais para a implementação e ampliação da saúde mental na APS bem como relata experiências exitosas ao redor mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Dentre os princípios, o relatório é enfático ao colocar que a integração da saúde mental na APS é a maneira mais viável para garantir o acesso ao tratamento das pessoas com transtornos mentais e assim reduzir os impactos sociais e econômicos que o adoecimento mental pode causar. Para tanto, é fundamental que os trabalhadores sejam preparados e apoiados para o desenvolvimento de habilidades necessárias para o cuidado às pessoas com transtornos mentais a fim de que se possa garantir a integralidade da atenção como preconizado em Alma-Ata (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

EM 2010, a OMS lançou o Mh- GAP, um Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos, e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde com o intuito de instrumentalizar e apoiar os trabalhadores no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais mais comuns (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010) e, em 2013, foi lançado o *Mental Health Action Plan 2013 – 2020* cujos objetivos são promover o bem estar e os direitos humanos, prevenir transtornos mentais, fornecer cuidados, melhorar a recuperação e reduzir a mortalidade, morbidade e incapacidade das pessoas com transtornos mentais. No que tange aos cuidados, o plano de ação caracteriza como serviços integrados e receptivos de saúde mental e assistência social, aqueles que ocorrem em ambientes de base comunitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Muitas iniciativas globais têm sido realizadas a fim de inserir o debate da saúde mental nas agendas da saúde, porém muitos também são os enfrentamentos necessários para a efetiva integração da saúde mental na atenção primária, e um pré-requisito importante é o desenvolvimento de habilidades para os cuidados em saúde mental para além da categorização diagnóstica e tratamento farmacológico, ampliando inclusive, os espaços de escuta entre os próprios trabalhadores de modo a apoiá-los nas suas dificuldades.

### **3.5 A construção da saúde mental na Atenção Primária brasileira**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada na década de 1970 foi fortemente influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia. No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica nasce a partir da mobilização de trabalhadores da saúde no questionamento do modelo de atenção às pessoas em sofrimento psíquico, hegemonicamente hospitalocêntrico e excludente (YASUI, 2006). Juntamente com a Reforma Sanitária, estes movimentos se configuram não necessariamente como uma mudança nos setores da saúde, mas como movimentos políticos que lutavam pela transformação social, democracia, inclusão, liberdade, autonomia e solidariedade fazendo com que ambos caminhassem num mesmo sentido conceitual e operacional (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

De acordo com a desinstitucionalização basagliana, existem várias formas de tratar o sujeito. Nesse sentido, a clínica, que até então ocorria em ambiente hospitalar com foco na naturalização da doença, começa a assumir um lugar de produção de subjetividades e possibilidades emergindo a necessidade de transformações ética e estéticas para o reconhecimento dos sujeitos nas suas singularidades e diferenças, o que Amarante chama de “produção de novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos” (AMARANTE,2011).

Desta forma, entende-se que o processo de desinstitucionalizar a loucura vai muito além da criação de novos serviços assistenciais, pois requer uma desconstrução social do lugar até então ocupado pela loucura na sociedade o que torna mais complexa a criação de redes de atenção substitutivas em saúde mental.

Em 2001, a Política de Saúde Mental, amparada pela Lei Federal nº 10216, redireciona a assistência à saúde mental para serviços de base comunitária, visando a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e prevendo novas linhas de financiamento para a reestruturação de uma rede substitutiva em saúde mental (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005). Em 2011, a portaria 3088, do Ministério da Saúde, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou com transtorno mental, na qual estabelece a Atenção Básica à Saúde como um de seus componentes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Em consonância a isto, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece em suas disposições gerais que a atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial dos usuários além de ser o centro organizador da Rede de Atenção à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012) se responsabilizando pelo cuidado longitudinal e promovendo a autonomia dos sujeitos. Os princípios

fundantes da atenção primária dialogam profundamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica na defesa do cuidado adequado e integral das pessoas em sofrimento psíquico, a partir das suas singularidades e levando em consideração o seu contexto familiar, comunitário e social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Os avanços do projeto de desinstitucionalização brasileira, desde a década de 80, estão muito claros (TENÓRIO, 2002). No entanto, mesmo em momentos mais propícios politicamente, os papéis da APS no cuidado às pessoas com transtornos mentais e os critérios de encaminhamento aos serviços especializados, esteve pouco definido pelas políticas vigentes.

Em 2013, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica número 34 referente à saúde mental (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013). O caderno traz informações importantes a respeito das políticas de saúde mental e atenção básica bem como orienta quanto aos dispositivos para o cuidado em saúde mental na comunidade como o projeto terapêutico singular e o apoio matricial, porém falha ao não delimitar as reais atribuições dos trabalhadores da APS nos cuidados efetivos em saúde mental que inclui também o diagnóstico, tratamento e cuidado continuado das pessoas com os transtornos mentais mais prevalentes.

Essas observações demonstram que, apesar das políticas incluírem a Atenção Primária na Rede de Atenção Psicossocial, esse processo é incipiente e tem muito mais ênfase por meio do suporte do matriciamento em saúde mental pelas equipes dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) do que necessariamente pela qualificação dos trabalhadores da saúde ou da formação acadêmica adequada para lidarem com um problema de saúde de tal magnitude como é o adoecimento mental.

A idéia do apoio matricial foi proposta por Campos (1999) em contraposição ao conceito de referência e contra-referência, sugerindo que não haja encaminhamentos, mas sim projetos terapêuticos compartilhados com outros trabalhadores, cuja condução seja de responsabilidade principal da equipe de referência.

O matriciamento rompe com a fragmentação do cuidado de modo que todos se responsabilizam pelo usuário propiciando um espaço de diálogos e trocas entre os trabalhadores da equipe de referência e os trabalhadores do apoio matricial. A

construção desse espaço de trocas objetiva garantir a integralidade do cuidado para um maior número de pessoas possível (CAMPOS, 1999).

O apoio matricial visa, assim, assegurar retaguarda especializada para os profissionais da saúde, entendendo essa retaguarda como suporte tanto assistencial quanto técnico- pedagógico (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Foi na perspectiva do matriciamento que o NASF foi criado por meio da Portaria nº 154 de 2008. Com o objetivo de ampliar a abrangência e resolutividade das equipes de saúde da família por meio da incorporação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuem em parceria com as equipes de saúde da família. É função do NASF apoiar os processos de trabalho e compartilhar saberes por meio da elaboração de planos terapêuticos compartilhados, ações de educação permanente e formação de multiplicadores. Na mesma portaria, é colocado que “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos um profissional da área de saúde mental” fortalecendo a proposta do matriciamento em saúde mental como estratégia de integração da saúde mental na Atenção Primária (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

Embora se considere as potencialidades do apoio matricial, a proposta do NASF ainda apresenta desafios para a sua concretização, sendo compreendida e realizada de maneiras diversas (BISPO JUNIOR; MOREIRA, 2018). Além desses aspectos, muitos municípios brasileiros não dispõem de ampla cobertura de equipe NASF, como é o caso de Juazeiro - BA.

Muitos estudos brasileiros relatam a experiência da construção da saúde mental na saúde da família com dados muito semelhantes entre si, sobretudo quanto à centralidade da prescrição medicamentosa e a desarticulação com os serviços substitutivos.

Campos et al. (2011), em um estudo avaliativo realizando grupos focais com usuários, trabalhadores e ACS, demonstrou grande demanda em saúde mental, angústia por parte das equipes frente à complexidade da demanda, fragmentação da rede de atenção com dificuldade de integração tanto dos equipamentos substitutivos e APS quanto dos profissionais de saúde mental das equipes NASF com o restante da equipe de saúde da família; respostas às demandas em saúde mental centradas na prescrição de psicotrópicos; ausência de seguimento clínico e falta de reavaliação periódica criando práticas de repetição de receitas.

Frosi e Tesser (2015) em um estudo sobre práticas assistenciais de saúde mental na APS, observaram uma ênfase no tratamento farmacológico com dificuldades na realização de ações singulares e que promovam a autonomia, ressaltando a prática da renovação de receitas e o uso crônico de psicofármacos.

Um terceiro estudo, realizado no Ceará, através de entrevistas com profissionais das equipes de referência da Saúde da Família e profissionais do NASF demonstrou insuficiência na formação para lidar com as demandas em saúde mental, centralidade do cuidado na renovação de receitas; fragmentação do cuidado em saúde mental com desarticulação entre a APS e o CAPS e a predominância dos discursos e práticas de cuidado com tendências manicomiais (VIANA; LIMA, 2016).

Na Bahia, foram poucos os estudos recentes encontrados sobre saúde mental na APS. Silva Junior et al. (2016), em um estudo qualitativo com trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família sobre a percepção da saúde mental na APS observou dificuldades para implementação de ações de saúde mental na APS devido a falta de qualificação relatada pelos trabalhadores. Estudos mais antigos como o de Ribeiro, Ribeiro e Oliveira (2008) observam alguns elementos dificultadores para o acesso e cuidado das pessoas com transtornos mentais como rígido cronograma de consultas baseado nos programas ministeriais, demanda de saúde mental visível por meio de queixas físicas, receitas para adquirir psicotrópicos e encaminhamento aos serviços especializados; usuário com transtorno mental associado a periculosidade e dificuldades teórico práticas da equipe. No mesmo artigo, alguns elementos se destacaram para garantir a inserção do usuário com transtorno mental na APS como capacitação da equipe, busca ativa dos usuários pelos ACS e registro sistemático, o que permitiram o desenvolvimento de ações de saúde mental pela equipe.

Buchele et al. (2006) observa que os conceitos de atenção básica e saúde mental são pouco compreendidos pelos profissionais não ficando clara a atribuição deles para este tipo de atuação e que os cuidados são centrados na terapêutico medicamentosa e na assistência especializada.

Vecchia e Martins (2009) traz alguns elementos diferentes como o papel dos determinantes sociais no processo saúde-adoecimento e que os cuidados em saúde mental dependem de um conjunto de condições como organização do sistema de saúde e acesso aos equipamentos sociais assim como a importância de se recorrer a uma diversidade de estratégias não restritas à consulta.

Em um estudo realizado por Nunes, Jucá e Valentim (2007), em quatro unidades de saúde em Salvador- Bahia, muitas são as razões apontadas pelos trabalhadores para a não inclusão da saúde mental na atuação das equipes, dentre elas são destacadas que muitos trabalhadores desconhecem a Reforma Psiquiátrica e relatam a falta de capacitação em saúde mental bem como inexistência da rede de saúde mental e a articulação das unidades de saúde da família com os serviços de suporte especializado.

Em Juazeiro – BA inexistem estudos nessa temática demonstrando a importância desses levantamentos para o planejamento de ações compatíveis com a realidade específica dos municípios baianos.

## 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo foi desenvolvido na perspectiva da Pesquisa-Intervenção baseada na abordagem qualitativa. A pesquisa-intervenção, segundo Aguiar e Rocha (2007) rompe com o enfoque tradicional de pesquisa, pois propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social. O olhar proposto pelas pesquisas participativas requer um deslocamento dos lugares ocupados pelo pesquisador e pesquisados “uma vez que todos passam a ser co-autores do processo de diagnóstico da situação–problema e da construção de caminhos de enfrentamento e solução das questões” (AGUIAR; ROCHA, 2007).

Passos e Barros (2009) defendem que toda pesquisa é intervenção pela impossibilidade de separar a pesquisa da intervenção, pois o conhecimento é produzido em um “campo de implicações cruzadas”. A implicação é um conceito desenvolvido por Lourau (1993) que fala do lugar que tanto o pesquisador como os sujeitos da pesquisa ocupam ativamente no mundo e que serão manifestados pelos desejos, expectativas, crenças e valores; o que faz com que a intervenção não ocorra em apenas um sentido, quebrando com o ideal de neutralidade do processo de pesquisa.

Esse estudo possibilitou espaços de escuta sensível dos trabalhadores na compreensão dos seus modos de cuidar da saúde mental na APS e como esses trabalhadores são afetados por esse cuidado.

Optou-se pelo método qualitativo devido ao interesse da pesquisadora em compreender os aspectos subjetivos e singulares relativos ao cuidado em saúde mental.

Segundo Minayo (2012), para compreender é necessário levar em consideração a singularidade do indivíduo e saber que a sua experiência e vivência devem ser contextualizadas pela cultura de grupo em que ele está inserido. Logo, compreender a percepção dos trabalhadores acerca do cuidado em saúde mental na atenção primária, parte também de um contexto social, cultural, ético e formativo específico.

### 4.1 Local e Período

A pesquisa de campo foi desenvolvida, no período de setembro de 2018 a março de 2019, na rede de saúde municipal de Juazeiro, localizada no submédio do São Francisco, do Estado da Bahia, Brasil.

O município de Juazeiro- BA, localizado no submédio do Vale do São Francisco, tem uma população de 197.965 habitantes segundo dados do IBGE (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010). De acordo com dados fornecidos pela gestão municipal, Juazeiro tem atualmente 63 equipes de saúde da família, com uma relação de uma equipe para cada 3500 habitantes. Conta também com quatro equipes NASF compostas por educador físico, nutricionista, assistente social, psicólogo, ginecologista e pediatra. Não há cobertura de equipe Nasf para todo o município, sobretudo na zona rural.

A rede de saúde mental é composta por 01 CAPS Álcool de Drogas (CAPS AD), 01 CAPS infantil e 01 CAPS II, que funcionam de segunda a sexta de 8 às 17 horas, com uma média de atendimento mensal de 500 pessoas em todos os serviços. Além destes, o município ainda apresenta um Sanatório que é a referência principal para internamento.

## **4.2 Participantes**

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi dada inicialmente por sugestão dos membros da Gerência da Atenção Básica do município de Juazeiro – BA considerados estratégicos pela gestão devido ao alto número de atendimentos em saúde mental. Após essa seleção inicial, foram entrevistados três médicos e dois enfermeiros. Observamos, após essas entrevistas, que essa amostra não abrangia trabalhadores da Atenção Primária com características diferentes, eram todos trabalhadores da zona urbana e com menos de três anos de formados, dois dos médicos eram trabalhadores do Programa Mais Médicos. Após essa observação, foram buscados outros trabalhadores com tempo de trabalho maior na APS e que possuísem experiência na zona rural, sendo entrevistados mais dois médicos e uma enfermeira. Essa etapa da escolha dos participantes foi feita por conveniência da pesquisadora.

Assim, participaram do estudo 5 médicos e 3 enfermeiros que trabalham na Atenção Primária de Juazeiro –BA. O número de participantes da pesquisa foi

determinado pela saturação dos dados em pesquisa qualitativa em saúde (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### **4.3 Critérios de Elegibilidade**

Os trabalhadores foram selecionados buscando uma maior variedade de perfis como tempo de atuação na APS (menos de um ano a mais de 10 anos), área de atuação (zona rural e urbana) e formação (profissionais generalistas, mais médicos e formação específica para o trabalho na APS).

#### **4.4 Coleta e Análise de Dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais em profundidade e o método de análise escolhido foi a Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016). Esse método consiste em três etapas que são 1) a pré análise, na qual é realizada a leitura flutuante de todo o material transcrito buscando emergir as impressões sobre o material; 2) a exploração do material, quando as transcrições são exaustivamente lidas buscando categorizá-las em temáticas e 3) tratamento dos resultados e interpretação, buscando compreendê-los à luz da literatura.

Os profissionais foram contactados previamente e convidados a participarem da pesquisa. Após aceitarem participar, foi marcado o horário e local da entrevista que fosse conveniente para o entrevistado. As entrevistas aconteceram no local escolhido pelos trabalhadores. Alguns desejaram que a entrevista ocorresse na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), o que dificultou a coleta devido à pressão para que o atendimento médico e de enfermagem fosse iniciado. Outras entrevistas aconteceram em lugares variados.

No início da entrevista foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e, após a assinatura, foi solicitada a autorização para a gravação em áudio das entrevistas. As entrevistas duraram em média 60 minutos e foram audiogravadas.

Dando sequência à investigação, foi realizada a primeira pergunta disparadora: 1) *a partir da sua história de vida, pessoal e profissional, como é para você a experiência de cuidado em saúde mental na APS?* esta pergunta possibilitou a criação de espaços de escuta sensível dos trabalhadores nas suas histórias de

vida e compreensão dos seus modos de cuidar da saúde mental na APS. Após esse momento, foi realizada a segunda pergunta disparadora: 2) *Como você percebe o papel da APS no município de Juazeiro – Ba?*

Em seguida, todos os relatos foram transcritos na íntegra e analisados à luz da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016). Para manter o sigilo dos entrevistados, utilizamos nomes de plantas da caatinga para nomear os sujeitos da pesquisa.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ sob o protocolo CAAE 92488618.5.0000.5190 (APÊNDICE A) e foram seguidas as diretrizes de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Saúde que norteia as práticas em pesquisas com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), respeitando o anonimato dos entrevistados, os quais receberam nomes de plantas da caatinga.

Os médicos e enfermeiros convidados e que se dispuseram a participar, foram esclarecidos quanto às dúvidas em relação ao objetivo, justificativa, relevância, riscos e benefícios relacionados à sua participação, facultando-lhes o direito de participar ou não, bem como de desistir em qualquer fase da pesquisa. Após devidamente esclarecidos, cada participante assinou o TCLE, em duas vias, em que uma cópia ficou com o entrevistado e a outra com a pesquisadora que a arquivará por um período de cinco anos.

O projeto ocasionou riscos mínimos à integridade física, moral, social e econômica dos entrevistados. Entre os possíveis riscos aos entrevistados, poderiam ocorrer constrangimentos, aborrecimentos, ou incômodos pela exposição de suas percepções ou pelo tempo gasto pela pesquisa, que não ocorreram nesse estudo. Os entrevistados também puderam, a qualquer momento, procurar a pesquisadora em busca de esclarecimentos ou para informar a desistência de participação.

Os benefícios da pesquisa foram compreender as percepções dos trabalhadores médicos e enfermeiros com relação aos cuidados em saúde mental na APS o que poderá subsidiar a criação de espaços de diálogos e a construção de políticas públicas em saúde no município de Juazeiro - BA.

Os resultados do estudo serão divulgados para os participantes da pesquisa, instituições onde os dados foram obtidos e em publicações científico-acadêmicas.

## **5 RESULTADOS**

O processo da entrevista mobilizou os trabalhadores a pensarem sobre uma temática que não costumavam discutir, apesar de relatarem ter uma alta demanda em saúde mental. Reflexões, emoções e desejos de mudança foram manifestados durante a realização das entrevistas.

Na análise das entrevistas emergiram quatro categorias temáticas principais construídas a *posteriori* relacionadas ao cuidado em saúde mental: 1) O medicamento enquanto cuidado; 2) A comunicação na Rede de Atenção Psicossocial; 3) Formação acadêmica para o cuidado em saúde mental e 4) Vivências e sentimentos no cuidado em saúde mental.

Essas categorias não se apresentaram de maneira isolada, mas dialogam entre si, demonstrando a complexidade da experiência do cuidado em saúde mental na APS.

### **5.1 O medicamento enquanto cuidado**

Essa categoria refere-se aos relatos dos trabalhadores quanto ao uso e significado dos medicamentos enquanto cuidado em saúde mental na APS, pontuando desde as situações percebidas como necessárias até os desconfortos gerados pelo uso prolongado e pela demanda de renovações de receitas.

O medicamento foi descrito em todas as experiências como elemento principal vinculado ao cuidado em saúde mental na APS, no entanto, com significados diversos e, por vezes, ambíguos como poderá ser visto nas falas dos trabalhadores.

#### **5.1.1 A medicação como intervenção necessária**

A medicação como intervenção necessária foi apresentada quando o profissional identificava situações relacionadas ao risco de violência aos familiares mais próximos e ao pensamento de morte, conforme as descrições a seguir:

[...] Tem uma jovem que acompanho, ela pariu eu acho que tem uns 8 meses A primeira vez que a mãe levou na unidade ela não queria a medicação mas a mãe dizia que ela estava muito estranha e aí ela vinha sempre com a mesma queixa. Depois a mãe começou a dizer que ela estava desmaiando, batendo na mãe e aí eu pedi para passar pelo psicólogo. A psicóloga mandou para a unidade para ser encaminhada para o psiquiatra. Ela começou a tomar a medicação, melhorou, começou a namorar e engravidou [...] Ela dizendo que ia matar a criança, que a criança já ia nascer com problema, que ela sonhou que ia morrer no parto junto a criança, cada vez pior. Chorava na consulta e a mãe dizia “eu não aguento mais!” Tive que passar a medicação para a mãe, porque a mãe já chegava chorando, não dormia.... Ela já dizia assim “a vida já não tem sentido “ e aí ela disse “só sou eu e meu marido que toma conta dela e ela disse que vai se matar”. (Aroeira, médica).

No relato apresentado, observamos a predominância do modelo biomédico como estratégia principal de cuidado com fragmentação de uma rede de atenção que encaminha para o psicólogo e o psiquiatra, mas sem espaço de discussão de planos terapêuticos e estratégias de abordagem além da medicamentosa. O medicamento se encerra como elemento possível de ser feito e que se estende também como alívio para o sofrimento dos cuidadores.

Segundo Guerra et al. (2017) para fins de cuidado em saúde mental, esses medicamentos agem no sistema nervoso central (SNC) no sentido de provocar alterações de pensamento, de emoção, de percepção e de comportamento, gerando, em alguns casos, dependência.

A importância dos psicofármacos está respaldada na literatura e com indicações específicas, principalmente em situações de alta severidade da doença mental caracterizada por grave comprometimento funcional e risco de vida como o suicídio (QASEEM et al., 2016; BAUER et al., 2015).

Quando bem indicados, estão associados à remissão de sintomas, melhora da funcionalidade e da qualidade de vida (QASEEM et al., 2016), porém a prescrição inadequada pode ocasionar interações medicamentosas, iatrogenias, piora dos sintomas, medicalização da vida e dependência medicamentosa (AZEVEDO; ARAÚJO; FERREIRA, 2016; BORGES, 2015). O tratamento medicamentoso é um dos possíveis componentes no manejo de pessoas em sofrimento psíquico, devendo-se abordar o sujeito na sua singularidade, levando em consideração também os componentes psicológicos, sociais, culturais e espirituais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Além do uso de medicamentos nas situações acima mencionadas, outra demanda em saúde mental relatada foi a situação de uma gestante com baixa auto-

estima e fragilidade emocional. Essa demanda possibilitou uma mobilização maior da equipe para atuação mais rápida e a prescrição medicamentosa foi utilizada em decorrência da ideação suicida.

[...] Teve uma paciente, uma gestante [...] ela estava com uma auto estima muito baixa, as vezes ela ia todos os dias da semana, chegava lá chorando muito. E, trabalhando isso da auto estima, porque o marido estava querendo deixar ela, então essa eu consegui ajudar, terminei prescrevendo antidepressivo porque ela estava até pensando em suicídio [...] (Carnaúba, médica).

Estudos recomendam que para a introdução de psicofármacos em gestantes deve ser levado em consideração as indicações claras e a relação risco/ benefício para o feto. Em casos leves, deve-se tentar o cuidado não farmacológico como a psicoterapia, porém nos casos mais graves, os riscos para o feto tendem a ser maiores devido à depressão da mãe não tratada do que em decorrência dos medicamentos antidepressivos (MCALLISTER-WILLIAMS, 2017).

A perspectiva apresentada nos relatos foi sempre da prescrição unilateral decidida pelo médico a partir de critérios de classificação diagnóstica com pouca participação do usuário pelo seu tratamento.

Uma possibilidade diferenciada de abordagem no contexto da APS seria o compartilhamento das decisões do tratamento por meio de uma ferramenta muito utilizada na Medicina de Família que é o Método Clínico Centrado na Pessoa. Esse método é dividido em 4 componentes, os quais possibilitam uma abordagem abrangente dos sujeitos e a sua co-responsabilização no processo de cuidado: 1) Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença; 2) Entendendo a pessoa como um todo: o indivíduo e a família; 3) Elaborando um plano comum de manejo dos problemas e 4) Intensificando a relação entre a pessoa e o médico (STEWART et al., 2017).

O método clínico centrado na pessoa é uma tecnologia importante para o cuidado em saúde mental na APS uma vez que busca compreender as diversas dimensões dos sujeitos, deslocando a decisão do tratamento do médico para o usuário, na busca de um plano comum para o manejo dos problemas. No entanto, para que possa ser efetivado, há uma necessidade de quebras de paradigmas importantes como a noção hierárquica, passando de uma forma de cuidado verticalizada para um compartilhamento de poder na relação trabalhador-usuário (STEWART et al., 2017). Essas mudanças requerem que os trabalhadores estejam

abertos e disponíveis a ampliar as possibilidades contratuais com os usuários e com os demais membros da equipe.

No campo da saúde mental, um dispositivo que vem sendo utilizado para o compartilhamento das decisões acerca do tratamento medicamentoso é a Gestão Autônoma dos Medicamentos (GAM). O guia GAM foi desenvolvido em Québec (Canadá), com o intuito de promover uma compreensão crítica acerca do tratamento medicamentoso através de um guia impresso. O uso do guia GAM pelos usuários objetivava a retirada do medicamento, no entanto, no decorrer do processo foi observado que ele teve um importante papel na partilha do significado do uso dos medicamentos pelos usuários (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

A partir da proposta do Quebec, foi desenvolvido por pesquisadores brasileiros um guia GAM- BR o qual foi modificado e adaptado a partir de encontros grupais entre os pesquisadores, trabalhadores e usuários. O objetivo do guia é possibilitar a autonomia dos sujeitos para negociar sobre as decisões relacionadas ao tratamento medicamentoso a partir da compreensão sobre as indicações, efeitos e interações medicamentosas dos psicofármacos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Estes exemplos mostram que existem outras ferramentas que contribuem para o cuidado com o uso de medicamento de modo mais integrado e efetivo, o que não ocorreu nas intervenções segundo os relatos dos entrevistados. Assim, instrumentalizar os trabalhadores da APS com outras possibilidades de cuidado, mesmo em situações de gravidade, amplia o escopo da clínica e retira a centralidade do medicamento como único recurso possível. Mesmo que venha a ser necessário, o medicamento tem uma atuação restrita quando enxergamos os sujeitos para além dos sintomas. A ampliação do cuidado para além do modelo biomédico não busca negar a importância do medicamento em situações específicas, mas dialogar com outras possibilidades de cuidado que promovam a autonomia e co-responsabilização dos sujeitos nas suas formas de existir.

### 5.1.2 O tempo de uso de medicamentos

O tempo de uso do medicamento trouxe questionamento quanto à eficácia do uso prolongado. Frente ao questionamento do uso prolongado de psicofármacos, os relatos apresentaram dois aspectos importantes: 1) a não compreensão dos

motivos pelos quais os usuários estão fazendo uso de psicofármacos e 2) a dificuldade dos profissionais da APS em retirar ou modificar o tratamento:

[...] A gente vê também um paciente por cinco, seis, dez anos tomando a mesma medicação e no mesmo quadro. Eu acho que se a medicação fosse primordial, já estariam bem né?” (Angico, enfermeiro).

[...] ele usava há 15 anos diazepam, antidepressivo, uma série de medicações assim..., haloperidol..., um monte de coisa.[...] era aquela pessoa que vivia num estado... não interagia [...] como se tivesse realmente dopado e me marcou muito porque eu não consegui ajudar (Carnaúba, médica).

[...] eu procuro ajudar, mostrar que nem sempre o remédio é a solução né? Aquela história, vamos começar seis meses e depois fazer o desmame. Como há uma melhora dos sintomas, esses que vão ficando mais apegados ao medicamento, eu vou tentando fazer o desmame, orientando ... você vai melhorar, vai melhorar... Com 4 meses sem usar o medicamento, eles voltam relatando os mesmos sintomas [...] (Aroeira, médica).

A não compreensão dos motivos do uso dos psicofármacos por parte dos participantes dessa pesquisa revelou que o cuidado em saúde mental na APS mostrou-se voltado para a transcrição de medicamento e com compreensão escassa dos sujeitos e suas histórias de vida e adoecimento conforme a seguinte fala: “[...] tem pacientes que já estão há quatro, cinco anos com a medicação e a gente não sabe porque [...]” (Quixaba, enfermeira).

Esses resultados podem indicar, também, um cuidado ainda deficiente em rede de atenção à saúde, sem suporte dos serviços de referência para apoiar os trabalhadores da APS em suas dificuldades. Essa prática está em desacordo com a PNAB a qual compreende a APS como porta de entrada preferencial assumindo um importante papel na coordenação do cuidado dos usuários da sua área adscrita a fim de garantir um cuidado integral e responsável, compartilhado com os demais pontos de atenção, quando necessário (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

As dificuldades dos trabalhadores da APS de Juazeiro- BA podem estar relacionadas tanto com características individuais dos trabalhadores quanto com questões estruturais, como a sobrecarga da demanda nos serviços muito acima do recomendado pela política nacional vigente. Neste município, a média da população por Unidade Básica de Saúde é cerca de 4500 pessoas (VIANA, 2017), ao passo que a PNAB-2017 recomenda uma relação de 2 mil a 3 mil e 500 pessoas por UBS, não considerando critérios de vulnerabilidade para este cálculo (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017). Nesse sentido, entendemos que a sobrecarga da demanda nos

serviços de APS dificultam o cuidado adequado à população e o acesso oportuno das pessoas em sofrimento psíquico ou que fazem uso crônico de psicofármacos.

Outro aspecto relacionado ao uso prolongado foi quanto à dificuldade de retirar os medicamentos pelo retorno dos sintomas meses depois.

Provavelmente, a abordagem centrada no medicamento, como visto nos exemplos anteriores, pode ser um dos elementos dificultadores para a sua retirada pelo fato de não serem realizadas outras ações que promovam a autonomia dos sujeitos no cuidado à saúde como promoção de atividades físicas, práticas integrativas e complementares e fortalecimento de práticas solidárias em comunidade. Além desses aspectos, compreendemos que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico requer uma articulação intersetorial, que transcende a capacidade de resolução das equipes de saúde da família, para a redução dos fatores determinantes de adoecimento como pobreza, violência e desemprego (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

### 5.1.3 A renovação dos medicamentos

O significado da renovação de medicamentos e o desconforto que esse tipo de demanda gerava foi apresentado nas falas dos trabalhadores associado com a renovação de receitas sem a consulta médica e com as fragilidades técnicas no manejo de psicofármacos.

A busca dos usuários aos serviços de APS com foco na renovação de receitas foi percebida como um problema proveniente de uma cultura da equipe e da comunidade:

[...] também é uma dificuldade para esses pacientes passarem, até porque a família meio que já acha que a medicação já está ok, acha que não tem mais jeito, que o paciente é daquilo dali para cada vez pior, então tem também a cultura né? (Mandacaru, médico).

[...] eu percebo que os pacientes chegam aqui mais no intuito de renovar receitas. Não vejo preocupação nem por parte dos pacientes, nem por parte da gente, equipe, em tentar entender o que foi que levou naquele quadro. Eles (os pacientes) visam à unidade de saúde justamente para pegar medicamento. (Angico, enfermeiro).

[...] com essa questão da renovação de receita, que para mim é um problema, porque eu não gosto muito dessa renovação de receita aleatória e infelizmente aqui tinha, a gente está tentando reverter isso agora porque é um vício [...]. (Quixaba, enfermeira).

[...] eu acho que é um cuidado um pouco negligenciado, não só pelos profissionais, pela equipe, quanto pelos próprios pacientes. Eles não veem que é um acompanhamento longitudinal que precisa ser feito, eles entendem que é só uma receita que precisa renovar e não ser acompanhados. (Jurema, médica).

[...] na maioria das vezes, a procura é para transcrição medicamentosa, de medicamentos que eles usam ou porque eu prescrevi ou o psiquiatra do CAPS [...] (Carnaúba, médica).

[...] na zona urbana era uma pasta com vários pacientes que quase nunca iam na unidade ou se iam era para trocar as receitas e aí eu tentei me aproximar deles, conhecê-los, e também para explicar que não é só a medicação, que deve trazer (o paciente) na unidade [...] (Aroeira, médica).

A ideia da “cultura da transcrição” não está restrita apenas ao médico, mas se refere ao serviço de saúde e à comunidade, demonstrando quão ampla é a problemática e as dificuldades que os trabalhadores têm em lidar com essa situação. Esse fenômeno cultural, massificado principalmente pela mídia e pela indústria farmacêutica estimula o uso de medicações para alívio de dores cotidianas.

Estudiosos pontuam que a decisão da prescrição e manutenção da prescrição de psicofármacos na APS, não necessariamente segue uma diretriz, podendo ser decorrente da escassa disponibilidade de outros recursos, como psicoterapia; falta de tempo da equipe; falta de habilidade do médico da APS; pressão dos pacientes e dificuldade de modificar a prescrição de outros colegas médicos (HEDENRUD; SVENSSON; WALLERSTEDT, 2013).

Além disso, observamos entre os relatos dos trabalhadores, o aspecto significativo das fragilidades técnicas no manejo de psicofármacos tanto para sustentar quanto para negar a renovação:

[...] isso eu falo porque já foi um relato de um médico que trabalhou comigo, ele dizia que fazia renovação de receita porque não tinha um preparo, a formação era outra e quando chegava para renovar receita, acaba renovando [...] (Quixaba, enfermeira).

[..] Eu tenho dificuldade. Você dopar o paciente é uma coisa que você consegue fazer, mas você manejar a medicação desses pacientes, eu não meto a minha mão porque não é a minha especialidade. Eu só renovo receita. (Mandacaru, médico).

[...] teve um paciente que veio renovar a receita e o médico me chamou dizendo que não se sentia seguro para renovar a receita porque ela usava 15 medicamentos controlados [...]. (Quixaba, enfermeira)

Entendida nas falas acima como forma de facilitar o acesso à prescrição de medicamentos, as renovações de psicofármacos sem uma avaliação detalhada e qualificada por parte da equipe pode ocasionar um importante problema relacionado

à saúde do paciente que é a interação medicamentosa, uma vez que muitos usam outras medicações concomitantemente.

Estudos recentes realizados no Brasil, demonstraram uma prevalência de prescrição de psicofármacos na APS de 7,3% (ROCHA; WERLANG, 2013) a 25% (BORGES et al., 2015). De acordo com o estudo de Borges, as classes de medicamentos mais prescritas foram os antidepressivos, seguidos por ansiolíticos benzodiazepínicos, antiepilépticos, antipsicóticos e agentes dopaminérgicos, sendo que 41% das pessoas positivas para Transtornos Mentais Comuns (TMC) usavam psicofármacos e que entre as pessoas negativas para TMC, esse uso foi de 15,1%.

Borges et al. (2017) avaliou o potencial de interação medicamentosa, com foco na saúde mental, no contexto da APS. Nesse estudo, foi evidenciado que a maioria das interações medicamentosas consideradas graves, envolvia psicofármacos (71,9%) e que 92,45% dos pacientes que usavam cinco ou mais tipos de medicações apresentavam interação medicamentosa nas prescrições.

Outra compreensão observada sobre renovação de receitas sem a avaliação do paciente foi a implicação na conduta ético-profissional.

A conduta ético-profissional, segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2217/2018 no capítulo V, art. 37, pode ser apresentada quando os termos previstos à atuação médica são violados, ou seja, é vedado ao médico:

Prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

A atitude de renovar receitas implica também no incômodo em se responsabilizar pelas consequências dessa prescrição, conforme descrito por uma profissional:

[...] na transcrição você está se responsabilizando por uma medicação que não foi você que prescreveu inicialmente e nem foi você que fez o diagnóstico [...] eu sei que é uma coisa que não é certa estar transcrevendo, então isso me incomoda bastante. Eu estou me responsabilizando por algo que eu não diagnostiquei, que não iniciei o tratamento (Carnaúba, médica).

O cenário das renovações de receitas é observado no Brasil e no mundo. Em 2013, o Sistema de Saúde Inglês elaborou uma política para orientar as prescrições repetidas sem necessariamente passar por consultas com o médico generalista. O documento intitulado “Repeat Prescribing Policy” (ENGLAND, 2016)

prevê a criação de um sistema robusto de renovação de prescrição tendo como alguns dos pressupostos a maior conveniência dos pacientes no acesso aos medicamentos, otimização do tempo, diminuição da carga de trabalho do médico generalista e melhor utilização dos recursos do sistema de saúde. Essa política prevê que as prescrições sejam sempre revisadas e que a periodicidade de acompanhamento em consulta presencial seja estabelecida.

Assim como no Brasil, o médico prescritor se responsabiliza pelas consequências da sua prescrição devendo estar devidamente qualificado quanto às indicações e riscos das medicações.

Compreendemos que o problema aqui apresentado talvez não seja a renovação de receitas *per si*, mas a forma como essa renovação de receitas é relatada nesse estudo, sem o adequado conhecimento dos trabalhadores de saúde acerca dos usuários das medicações, as reais indicações e potenciais riscos. Essa experiência desnuda a desarticulação dos serviços de APS e demais pontos da RAPS como o NASF e CAPS, os quais deveriam ter um papel integrado buscando articular os serviços e qualificar o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

A renovação de psicofármacos da classe dos ansiolíticos benzodiazepínicos foram descritas com preocupação e inquietação pelos trabalhadores.

[...] Um paciente que faz uso da medicação por um tempo e que já é diagnosticado tudo certinho.... isso ai eu não vejo problema de chegar lá “fulana, renova ai essa receita rapidinho porque a paciente está pedindo”, ai pega o prontuário e anota direitinho, não vejo problema. A minha preocupação é de justamente pacientes que a gente não sabe como foi que se deu o uso da medicação, que está fazendo o uso crônico e a gente não sabe porque (Quixaba, enfermeira).

[...] O chequinho (receituário Azul ou receita B), dá um mês aqui na unidade. Essa é a minha preocupação, às vezes a pessoa está fazendo uso de uma medicação para uma ansiedade que talvez não tenha (Quixaba, enfermeira).

Nas inquietações do uso de benzodiazepínicos e antidepressivos, está a preocupação com as prescrições inadequadas para o controle de sintomas, possivelmente temporários, tais como insônia, ansiedade e até mesmo, por questões da vida como o luto.

[...] me dá uma raiva passar benzodiazepínico, quando pergunta quanto tempo usa, chega me dá uma angústia, ...sempre converso com eles mas noto uma resistência tão grande para parar aquele negócio. Eu usava muito receituário azul, então acabava rapidinho, “meu deus do céu, o que é que eu estou fazendo? Então eu ficava angustiada demais...demais...demais em prescrever [...]. As renovações de benzodiazepínicos eram de prescrições

de outros profissionais e não necessariamente psiquiatras, eram profissionais de outras áreas que passavam [...] era assim, eram prescrições para insônia, ansiedade, luto, coisas desses tipo [...] (Carnaúba, médica).

[...] Quando eu cheguei aqui eu recebia pacientes que chegavam na minha sala e diziam: “Porque eu tô triste e quero que a senhora prescreva uma medicação. Eu estou depressiva” [...] Porque em determinada situação isso já foi feito, falei que não era por ai, eu não faço isso, eu não tenho formação pra isso [...] Gente, todo mundo fica triste, todo mundo tem um aborrecimento, uma chateação e o que eu observo é que como se hoje a gente não pudesse chorar, a gente não pode ficar triste porque tem que estar sempre felizinho [...] (Quixaba, enfermeira).

A prática da prescrição de psicofármacos para situações comuns e inerentes à vida humana, assim como a baixa tolerância das pessoas ao sofrimento e frustrações, são decorrentes de um fenômeno denominado medicalização da vida, termo cunhado na década de 60 no intuito de denunciar o espectro de ação da medicina para além do tratamento de doenças e o crescente uso do pensamento médico para abordar questões relacionadas à cultura, condições sociais e econômicas (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Mark Tami (2010) realizou um estudo com médicos nos EUA para compreender os principais motivos das prescrições de psicofármacos por classe de medicamentos. Do número total de prescrições de medicamentos ansiolíticos, nos quais estão incluídos os benzodiazepínicos, 67,7% foram prescritos para condições psiquiátricas (transtornos de ansiedade e de humor) porém quase um terço das prescrições foram para condições não psiquiátricas como dores.

As diretrizes para tratamentos dos principais transtornos mentais como depressão e ansiedade, recomendam o uso de benzodiazepínicos como terapia adjuvante por curto período, de 4 a 6 semanas decorrente do potencial de uso abusivo e indevido dessa classe de medicamentos, devendo-se sempre discutir com o paciente seus efeitos colaterais e a possibilidade de causar dependência bem como ofertar outras possibilidades de cuidado não farmacológicas (BANDELOW, 2012).

Em nosso estudo, as falas dos profissionais da APS revelaram preocupação com a medicalização da vida ao passo que dispunham de poucos recursos para superar essa demanda, considerando as limitações próprias dos serviços.

[...] eu falo para os meus pacientes, para as pessoas em geral, eu acho que assim, a dor é para ser vivida e para ser contornada e não para ser maquiada. Então eu falo muito isso pra eles porque eu acho que é uma forma de você... você ficar dopado, entre aspas né, você termina vivendo uma realidade que não é sua , termina maquiando uma dor, maquiando um

sentimento ruim [...]o antidepressivo não provoca a dependência que o benzodiazepínico provoca e eles se agarram muito a questão de melhorar “ah, eu estou menos ansioso, vou dormir melhor...” e na verdade a gente sabe que tirou aquela medicação tudo volta, porque não foi tratado na origem [...] (Carnaúba, médica).

[...] Que no fim das contas, começa com um probleminha assim e depois vai parar na saúde mental né? Uma vida que eles não tem uma expectativa, trabalhar na roça ou beber muito, ou usar drogas, tanto os jovens como alguns pais de família lá, as vezes a gente passa e vê aquele monte de homens sentados, aí a técnica de enfermagem diz assim, “ali estão todos usando drogas”, eu digo, mas como? Não é horário de trabalho? “Eles não têm o que trabalhar, se juntam e vão usar drogas”. Aí depois chega no posto, você pensa que tem síndrome do pânico, alguma coisa, não, tem outro contexto que está influenciando aquele quadro que ela chega né? [...] meu grande problema é esse, é quem detém o poder, não é só diretamente a nossa Secretaria de Saúde, mas quem detém o poder, eu acho que as pessoas poderiam fazer mais, tem o poder nas mãos, mas não ajudam, aí cobram da gente, a gente também está ali no mesmo barco, fica complicado[...] (Aroeira, médica).

Refletindo sobre essas questões, percebemos que no geral, a suspensão abrupta ou mesmo a redução gradual dos medicamentos foi percebida com resistência por parte dos usuários decorrente do alto perfil de dependência dessa classe de psicofármacos, mas também devido às limitações dos serviços em ampliar as formas de cuidado para além da medicação e à capacidade de intervir em fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam direta ou indiretamente no adoecimento mental.

## **5.2 A comunicação na Rede de Atenção Psicossocial**

Essa categoria remete às descrições dos trabalhadores quanto às demandas para um cuidado em rede ainda deficiente. Foram relatadas as dificuldades e potencialidades das ações na APS, as relações com o NASF, os encaminhamentos ao CAPS e a atenção à crise.

### **5.2.1 Necessitando de espaços de escuta e o papel do NASF no cuidado em saúde mental**

Na APS, os relatos mostraram situações em que são necessários espaços de conversa dentro do próprio serviço:

[...] A conversa com esses pacientes alivia muito o problema deles [...] (Angico, enfermeiro)

[...] já tive contato com uma mulher que ela marcou uma consulta porque queria conversar. Disse que estava desanimada, se sentia triste, não tinha motivação para nada, não achava alegria em nada entendeu? E ela foi mesmo para conversar [...] (Bromélia, enfermeira).

A escuta qualificada e o desenvolvimento de relações vinculares centradas nas necessidades dos usuários, são componentes fundamentais tanto da PNAB-2017 quanto da Política Nacional de Humanização (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013). Ambas dialogam com as ferramentas da Clínica Ampliada e Clínica Compartilhada. A Clínica Ampliada é uma ferramenta teórica e prática que busca superar a fragmentação do cuidado na saúde, de predominância biomédica, para cuidados singulares que levem em consideração os aspectos sociais, culturais e psicológicos dos sujeitos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Os espaços de diálogo, na perspectiva das dimensões de cuidado propostas por Cruz (2009) estão na esfera subjetiva- relacional. A dimensão relacional, no contexto da APS, é compreendida como fundamental para a produção do cuidado em saúde em contextos nos quais, muitas vezes, predominam o considerado “trabalho morto” centrado nos procedimentos e carente de comprometimento pelos sujeitos (MERHY; FRANCO, 2003).

Os espaços de conversa foram colocados, principalmente, no formato de grupos:

[...] se você for conversando com uma pessoa que está passando por alguma coisa semelhante ao seu problema, você vê que não é um problema só seu, isso aí já ameniza o sofrimento né? Se a gente conseguisse formar grupos para discutir esse tema, seria interessante também [...] (Angico, enfermeiro).

[...] O que eu sinto muita falta é terapia, terapia em grupo, terapia individual porque o impacto é muito grande na vida da pessoa, da terapia [...] (Carnaúba, médica).

[...] eu tenho vontade de criar grupos mas eu não tenho preparo pra criar grupos, eu preciso de uma rede que me ajude a fazer isso [...] tentar conviver com eles em grupos, eu acredito muito na força do grupo [...] (Quixaba, enfermeira).

As atividades de grupos descritas foram colocadas como espaços para discussão de temas ou grupos de psicoterapia. A falta de preparo para criar grupos na UBS também foi relatada.

As atividades grupais na APS são muito comuns, principalmente voltadas para pessoas com doenças crônicas como hipertensão e diabetes (FERREIRA NETO; KIND, 2010). Um estudo de revisão sobre grupos operativos na APS demonstrou que apesar das dificuldades em se trabalhar com indivíduos com

histórias diferentes, os grupos operativos se apresentaram como recurso eficiente, alcançando resultados positivos tanto na prevenção e promoção, quanto na educação em saúde (MENEZES; AVELINO, 2016).

Em outro artigo de revisão sobre Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família, foram observados estudos que demonstravam que nas atividades grupais, os usuários mostraram maior disponibilidade para falar dos sentimentos e interagirem uns com os outros ao mesmo tempo que outros estudos descreviam a resistência de alguns usuários para atividades grupais (SOUZA et al., 2012).

Todos os relatos dos entrevistados revelaram que os NASFs de referência não vêm realizando atividades de grupos em saúde mental junto aos trabalhadores nas UBSs ou dando suporte para que as equipes realizem essas atividades. Pensamos que os grupos poderiam consistir em um elemento a mais no cardápio de ofertas do serviço potencializando outras formas de cuidado em saúde mental.

Dentro da composição do NASF, o profissional psicólogo foi o único citado e descrito como importante para a ampliação dos espaços de escuta:

Muitas vezes eu, como médica, não tenho um espaço de fala da forma que eles precisam...Aqui, a gente está precisando de outro profissional, como o psicólogo, para eles terem esse espaço de escuta [...] (Jurema, médica).

Todos os trabalhadores relataram a insuficiência do NASF para a demanda observada na APS e, no caso das UBSs da zona rural de Juazeiro-BA, a inexistência desse serviço.

[...] Eu vejo essa deficiência no município, um único psicólogo (NASF) pra atender um distrito que são seis ou sete unidades de saúde, então é muito pouco (Angico, enfermeiro).

[...] Hoje eu tenho sorte de ter psicóloga aqui na UBS por causa da residência multiprofissional de saúde da família. Senão, a gente teria uma psicóloga do NASF mas que atende e acompanha toda essa região (8 UBS) e não é nem papel dela de fato. Teoricamente o papel do NASF não seria de atenção, seria de apoio [...] (Ipê, médico).

[...] o próprio NASF tem alguns profissionais mas não consegue comportar. A zona rural não é contemplada com NASF aqui no município. Mas é um trabalho pequeno, digamos assim, porque tem que ter uma regularidade para funcionar bem [...] (Carnaúba, médica).

O psicólogo do NASF foi descrito por todos os profissionais como em quantidade insuficiente para a demanda de saúde mental. Podemos observar que a maior parte dos trabalhadores demandaram de consultas individuais ou grupos terapêuticos e não de discussão de casos com os psicólogos ou ações de promoção de saúde do NASF.

Na portaria 154 de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família; há um tópico específico para ações no âmbito da saúde mental. Os profissionais do NASF, na esfera da saúde mental, têm como algumas das atribuições a realização de consultas clínicas, o apoio às equipes na abordagem e processos de trabalho relacionados aos cuidados em saúde mental, a discussão de casos e a priorização das abordagens coletivas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

A ênfase dada às atividades de apoio matricial, discussão de casos com construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e às atividades coletivas, decorre da necessidade de se construir um cuidado compartilhado, co-responsabilizando os membros da equipe pela coordenação do cuidado, diferentemente da idéia de referência, que muitas vezes desresponsabiliza a equipe e promove uma atenção fragmentada e pouco implicada com os resultados advindos daquele cuidado (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Tal perspectiva, se atuante no município, poderia contribuir para o fortalecimento das ações educativas entre os profissionais, visto que a reflexão no cotidiano da prática pode gerar mudanças nessa mesma prática.

Estudos tem demonstrado que o NASF, apesar da proposta diferenciada, ainda tem sua prática centrada na clínica e no cuidado de pessoas doentes, em detrimento das ações de promoção e prevenção; o que pode ser decorrente da inadequação dos profissionais para o desenvolvimento deste tipo de trabalho, falta de apoio da gestão ou manutenção de condições de trabalho não compatíveis com as mudanças propostas (ARCE; TEIXEIRA, 2018).

Percebemos que frente à demanda de saúde mental, a baixa qualificação para o cuidado em saúde mental relatada pelos trabalhadores, a complexidade e vulnerabilidade das populações assistidas e a sobrecarga dos serviços de APS; o apoio matricial do psicólogo do NASF poderia não ser suficiente para aumentar a resolutividade das equipes e possibilitar o cuidado integral em saúde mental. Ademais, as ações de promoção e prevenção realizadas pelos outros membros do NASF não foram citadas pelos trabalhadores entrevistados, o que demonstra uma lógica ainda centrada no cuidado às pessoas com doenças já instaladas.

#### 5.2.2 Dificuldades de acesso aos serviços especializados de referência e as falhas de comunicação da RAPS

O acesso aos serviços de referência foi descrito como reduzido: “[...] e o acesso a esses serviços é reduzido, ao psiquiatra, ao psicólogo [...]” (Bromélia, enfermeira).

O pessoal do NASF já sinalizou a rede, eles já esquematizaram todos os serviços que a gente poderia estar fazendo a referência desse paciente, mas assim, a rede e o acesso também, porque acho que é meio complicado, a gente deve ter mais de 100 pessoas com uso de medicamento controlado... nós temos mais de 65 ubx. Todos os pacientes dessas 65 ubx vão ter acesso? (Quixaba, enfermeira).

A compreensão de que todas as pessoas em uso de psicofármacos devam passar pelos serviços de referência especializados em saúde mental não é compatível com a forma como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi estruturada. De acordo com a portaria 3088 de 2011, a Unidade Básica de Saúde compõe a RAPS e deve se responsabilizar pelo cuidado das pessoas com transtornos mentais, compartilhando o cuidado com os demais pontos de atenção quando necessário (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011). No entanto, esse relato revela que essa superação só poderá ser efetivada se os trabalhadores se sentirem aptos a manejar o tratamento medicamentoso ou forem orientados pelos serviços de referência.

Muitos profissionais descreveram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em especial o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como caracterizada por falhas na comunicação entre os pontos de atenção e escassez da contra-referência dos serviços de saúde mental para a APS, o que prejudicaria a continuidade do cuidado.

[...] Vai desde a questão dos encaminhamentos, diagnóstico, a gente não tem muito feedback do CAPS, a gente acaba não dando esse feedback ao CAPS. Acaba ficando um pouco de incomunicação, a gente meio perdido [...] (Quixaba, enfermeira).

[...] Quando eu entrei em juazeiro, na verdade até hoje, eu sei muito pouco da rede. Tudo a gente tem que ficar descobrindo, eu estou aprendendo aos poucos...os horários de acolhimento no CAPS, como que eu posso encaminhar.... tem alguns pacientes que eu encaminho pra lá sem saber muita coisa do que acontece, eu acho muito ruim principalmente essa parte do CAPS e com a especializada, psiquiatra, que eu preciso encaminhar, eu acho bem complicado, eu acho ruim esse diálogo com eles (Jurema, médica).

[...] O médico passa medicação de controle especial, encaminha aos demais serviços que prestam atendimento aos pacientes com transtorno mental e aí esses serviços não dão continuidade. Eu acho que devia dar um acompanhamento melhor, um retorno para gente das equipes de saúde. Porque se a gente encaminha é porque a gente não está conseguindo resolver sozinho, mas a gente precisa saber o que é que está sendo feito lá né? (Bromélia, enfermeira).

[...] Eu também observo um pouco também de fragilidade no próprio NASF para estar trabalhando com a gente, porque fala muito de rede, referência, contra referência, mas não funciona, pelo menos até agora não estou percebendo que esteja funcionando (Quixaba, enfermeira).

Ao passo que, quando os profissionais da APS recebem a contra – referência com a descrição do diagnóstico e tratamento, essa ação foi percebida como importante para o manejo dos usuários.

[...] Com relação ao retorno, a contra referência... alguns profissionais tem uma contra referência boa e escrevem. Na verdade, eu acho que a maioria, escreve qual é a patologia, o cid tudo mais, e está mandando a contra referência, então dá para a gente manejar direitinho. Eu acho que falta só essa parte de dizer por quanto tempo, eu sei que não é uma coisa tão matemática, mas com quanto tempo tem que voltar para eles, o tempo de medicação... falta essa contra referência maior pra a gente ter uma ideia (Carnaúba, médica).

[...] Eu fico muito feliz quando esse paciente vem pra cá com a cartinha (do serviço de referência) tudo direitinho, mostrando que ele pode ser acompanhado aqui e vai ajudando também, eu fico mais satisfeita, mas não é sempre que eu recebo [...] (Jurema, médica).

A garantia da integração e articulação entre os pontos de atenção não é um objetivo específico do CAPS mas de toda a RAPS da qual a Atenção Primária à Saúde faz parte (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011). As falas dos trabalhadores revelaram a importância dessa articulação para que o cuidado possa ser compartilhado, mas não trouxeram elementos de co-responsabilização ou de diálogos entre os pontos de atenção além da referência e contra- referência. A contra-referência foi apresentada como fundamental para o manejo medicamentoso das pessoas com transtornos mentais na APS o que demonstra a necessidade dos serviços especializados de retaguarda para apoiar e qualificar as ações de saúde mental na APS.

Em um importante estudo de Kakuma et al (2011) foi demonstrado que os recursos humanos para o trabalho em saúde mental são inadequados, com uma estimativa de escassez de 1,88 milhões de trabalhadores de saúde mental nos 144 países de baixa e média renda. Essa escassez de recursos humanos poderá ser minimizada com o compartilhamento de tarefas de cuidado em saúde mental entre especialistas e não especialistas, com a mudança dos papéis clínicos dos especialistas que deveriam ficar responsáveis pelos casos de maior complexidade, enquanto os casos menos complexos poderiam ser gerenciados por profissionais de saúde treinados e não especializados. Ficou evidenciado também que o treinamento efetivo, de curto prazo, preferencialmente em serviço, para profissionais de saúde

não especializados, possibilitou a detecção de transtornos mentais, encaminhamento, tratamento, psicoeducação e acompanhamento com desfechos positivos para os pacientes (KAKUMA et al., 2011).

Em 2014, foi publicado um trabalho realizado em cinco países (Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul e Uganda) componentes do Programa de Melhoria da Saúde Mental Infantil (PRIME). O estudo objetivou avaliar a aceitabilidade e a viabilidade do compartilhamento de tarefas de cuidados em saúde mental entre os serviços especializados e os serviços de APS e comunitários através da percepção dos prestadores de serviços da APS nesses países (médicos, enfermeiros e agentes comunitários). O estudo sugeriu alguns requisitos considerados importantes para a efetivação do compartilhamento de tarefas: aumento do número de recursos humanos e acesso aos medicamentos; treinamento, apoio e compensação adequados para os profissionais que assumem novas tarefas de saúde mental, supervisão contínua e estruturada de apoio aos serviços de APS; e definição clara dos papéis no compartilhamento de tarefas em todo Sistema de Saúde. Uma das barreiras para o compartilhamento de tarefas incluía a sobrecarga dos trabalhadores de saúde (MENDENHALL et al, 2014).

Percebemos que há um descompasso entre o que é preconizado pelas Políticas Públicas vigentes para a construção de um trabalho articulado e responsável de cuidado em saúde mental e as experiências relatadas pelos trabalhadores de saúde, como se as políticas não estivessem na “ordem do dia” dos trabalhadores, que, “afogados” nas demandas dos serviços, carecem de espaços de apoio, diálogo e retaguarda.

### 5.2.3 O fluxo na Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado à crise

O desconhecimento quanto ao fluxo da RAPS também foi revelado quando se tratou do usuário em crise.

[...] Paciente em crise mesmo né? Geralmente eles.... o sanatório tá funcionando? Porque aquilo ali é desumano, então interna ali naquele sanatório, não era nem pra existindo mais! [...]. o local lá não é adequado, não tem assistência adequada...mas também o paciente..., a gente não tem como levar.... eu vou fazer o que com a pessoa assim em crise? Aí é complicado, eu acho que está faltando também uma referência pra isso (Bromélia, enfermeira)

A humanização dado ao usuário em crise, no relato a seguir, foi entendido como uma decisão individual de cada profissional: “Na prática, o paciente tem uma crise, é levado a qualquer hospital e é tratado a depender de como o colega médico entende a situação. Às vezes com uma certa humanização, às vezes não, quase sempre não [...]” (Ipê, médico).

A APS não foi descrita por nenhum trabalhador entrevistado como espaço de manejo da crise: “quando eles tem algum problema, que eles mesmos dizem “oh, a pessoa surtou, eles chamam o SAMU e o SAMU leva né? Nem passa pela unidade” (Aroeira, médica).

As descrições revelam o desconhecimento de fluxos de suporte à crise em saúde mental no município de Juazeiro. A ausência de CAPS 24 horas ou de leitos psiquiátricos em Hospital Geral, faz com que Hospital Psiquiátrico local seja a principal referência de suporte à crise. Desde fevereiro de 2019, o internamento no Hospital Psiquiátrico é feito via regulação através da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital Geral. O acolhimento dessas pessoas nos serviços de urgência foi descrito como a critério de cada profissional, sem uma orientação consistente para a humanização do atendimento.

O manejo às crises ainda é considerado um desafio devido a insuficiência de CAPS III, no caso de Juazeiro não há nenhum, e de leitos hospitalares em Hospitais Gerais. Tal cenário reforça o que Dimenstein et al (2012) traz quanto às dificuldades em fechar os Hospitais Psiquiátricos devido à ineficiência de serviços que deem um suporte satisfatório às crises.

Na vivência da APS, percebemos que a crise é um processo que decorre de inúmeros fatores como dificuldade de acesso à medicação, problemas familiares, econômicos e comunitários. Ela pode ser percebida muito antes da radicalidade do “surto”. Dar suporte à crise no contexto da APS, se relaciona intimamente à integração da saúde mental na APS em outras situações de sofrimento psíquico. Acreditamos que serviços de APS bem estruturados e integrados com a RAPS, tem potencialidade para cuidar dos sujeitos em sofrimento, inclusive, para diminuir a chance de crises, em uma relação de proximidade e confiança entre a equipe, os sujeitos e suas famílias.

### **5.3 Formação acadêmica para o trabalho em saúde mental na Atenção Primária à Saúde**

Esta categoria se refere aos relatos dos trabalhadores quanto às experiências formativas que possibilitaram ou dificultaram o cuidado em saúde mental na APS. Alguns trabalhadores descreveram as experiências de estágios em Hospitais Psiquiátricos.

[...] Na época que eu me formei, eu lembro que o estágio de psiquiatria era na Tamarineira (Hospital Psiquiátrico de Recife) então é aquele sistema que o paciente de saúde mental ficava lá trancafiado no Hospital. Minha experiência na faculdade não foi muito interessante não. Geralmente eram pacientes muito agressivos, que você já entrava no hospital com aquele receio de ser atacado, então não foi uma coisa muito prazerosa não. Eu nunca tive essa vontade e esse prazer em me aprofundar nessa área, acho que por conta disso. Hoje depois que tiveram essas mudanças é que você termina se aproximando mais deles, termina tendo uma outra visão, mas ficou um pouquinho desse medo lá do período da faculdade, aquela visão meio distorcida [...] (Angico, enfermeiro).

[...] Quando eu iniciei o curso de medicina, quando eu estava em psiquiatria, a gente foi para um Hospital Psiquiátrico [...]. Tinha uma parte que tinham os pacientes mais leves, a gente entrava tal, o paciente vinha (*com fala assutada*), tocava em você e você ficava meio que com medo, qual vai ser a reação dele, cuidado de falar qualquer coisa, tentava ser agradável, mas eu ficava com medo, eu tinha medo, eu tinha medo dos pacientes, eu vi que não era a minha área porque eu tenho medo do paciente, eu tenho medo que o paciente vá me encarar, vai encarar uma palavra minha [...] (Mandacaru, médico).

[...] Na saúde mental de adultos era aquele tabu, a gente via mais esquizofrênicos, a gente ia pro sanatóriol...Dentro do próprio Hospital tinha a parte de psiquiatria como deve ser mas somado a isso tinha os sanatórios. E eu me formei muito com uma visão assim, eu preciso saber, mas não é uma coisa que eu gosto muito. O medo tinha desaparecido, mas eu não lidava muito com o tratamento [...] (Ipê, médico).

[...] Na faculdade, a gente conversava muito sobre a questão da reforma psiquiátrica mas assim, de chegar com a gente e olhe: saúde mental na atenção básica vocês vão trabalhar dessa e dessa forma, a gente não teve. A gente teve, por exemplo, estágio em um hospital psiquiátrico. Mas a realidade de um hospital psiquiátrico, eu entendo que é completamente diferente da atenção básica, eu acho que faltou também isso na formação. Faltou um estágio voltado para isso na atenção básica [...] (Quixaba, enfermeira).

As experiências de aprendizado em ambientes de internação psiquiátrica foram descritas de maneira negativa pelos entrevistados, com o relato do medo quando em contato com pessoas em sofrimento mental ou como desestímulo para se aprofundar nessa área. As vivências em instituições fechadas e em instituições abertas foram percebidas como completamente diferentes. Essas observações remontam ao conceito de “doença entre parênteses” defendido por Baságliã, na defesa de que deveríamos cuidar dos sujeitos com suas experiências e não das doenças (BASAGLIA, 2005). Compreendemos que as experiências em instituições

fechadas não possibilitam a complexidade do cuidado em saúde mental uma vez que se encerram no controle de sintomas e no cuidado técnico- científico os quais são insuficientes para a compreensão dos sujeitos nas suas experiências e contextos de vida, com pouca (ou nenhuma) produção de autonomia.

Segundo os relatos os estágios em saúde mental nos serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial, foram descritos como insuficientes para o trabalho em saúde mental na APS

[...] a gente estagiou no CAPS AD, no CAPSI e no CAPS II também. [...] a gente pagou a cadeira de saúde mental, mas eu acho que como a saúde mental hoje está tão em evidência, tantos problemas, tantas questões para serem assistidas e eu acho que é pouco o que a gente vê na faculdade, é pouco, não dá todo aparato que quando a gente está na área atuando que a gente precisa, e até porque vão surgindo coisas novas (Bromélia, enfermeira).

Nos CAPS, como cenários de aprendizado, também foram relatadas práticas excludentes e estigmatizantes:

[...] hoje eu sinto falta justamente disso: da gente saber como lidar né? Aquele paciente, por exemplo, que tem esquizofrenia, se ele for uma pessoa violenta né? Aí a gente fica meio receosa, tem aqueles que são tranquilos, a depressão eu acho que é mais fácil da gente lidar [...] eu lembro que tinham uns pacientes que a gente tinha um pouco de receio justamente porque eram agressivos, e a gente ficava um pouco receoso. Até os profissionais da época que trabalhavam nesses locais já diziam assim “oh, aquele paciente ali é... eles meio que excluía. Aquele paciente ali você nem encoste que ele é agressivo [...] (Bromélia, enfermeira).

A vivência de cuidado em saúde mental durante a faculdade, na prática profissional e na residência médica, dentro de serviços de APS, foram relatados como estímulos ao estudo sobre o tema

[...] No internato de saúde da família que foi melhorando um pouco mais até porque a minha preceptora ela gostava muito e ela instigava muito a gente a poder estudar e tudo mais. E também na prática profissional, acabou aguçando a vontade de conhecer um pouco mais. Porque as doenças mentais tem aumentado de maneira substancial e aí eu acho que isso trouxe mais essa vontade de estudar [...] (Jurema, médica).

[...] A residência (*Medicina de Família e Comunidade*) além de ajudar na parte teórica, ela ajuda como rede de apoio mesmo, para a gente [...] Percebi bastante a diferença, pra melhor. (Ipê, médico).

Um outro aspecto relacionado à formação, foi quanto às experiências de aprendizado com pouco estímulo às habilidades relacionais e subjetivas.

[...] Eu acho que a formação que eu tive foi muito voltada para a questão das doenças em si e não das pessoas mas quando você vai atuar no campo mesmo, com os pacientes, você tem que saber lidar com essa questão dos pacientes e eu fui aprender na prática mesmo, no dia a dia [...] (Carnaúba, médica).

[...] Às vezes vinha uma paciente poliqueixosa e me estressava, e isso tudo por conta do internato de medicina, porque eu lembro dos residentes falando com desdém “olha, é uma poliqueixosa” aí aquilo foi criando em mim... “tudo é chato! o paciente é chato...mas daí eu comecei a levar, principalmente pelo meu lado espiritual né? Da questão da empatia, que ela não está só me trazendo queixas, ela está me pedindo socorro[...] (Aroeira, médica).

[...] Porque na faculdade, embora eles pregassem muito aquele cuidado mais humano, uma visão mais humana, eu não via isso nos professores, uns sim, de todos, poucos os que eu via, às vezes só falavam, ficava uma coisa mais da boca pra fora. (Aroeira, médica).

Os trabalhadores relataram a importância dos exemplos dos professores ou preceptores dos serviços na construção de boas ou más práticas profissionais. Esse aspecto da aprendizagem que não está prescrito no currículo formal é denominado currículo oculto e consiste no aprendizado não do que é dito, mas do que é feito (HAFFERTY; FRANKS 1994). Em um estudo que investigou os processos formativos da docência em saúde mental nas graduações de medicina e enfermagem, foram observados nos docentes uma compreensão da Reforma Psiquiátrica como um processo lento e com descrédito acerca das mudanças da assistência e a ausência de correlação com outras disciplinas, o que poderiam prejudicar a construção, por parte dos discentes, de uma visão ampliada do cuidado e da saúde mental (SANTOS; LINO; VASCONCELLOS, 2016).

Dois trabalhadores entrevistados descreveram o contato com a residência de Medicina de Família como espaço de aprendizado em saúde mental na APS. Entendemos que o estímulo à qualificação para o trabalho na APS como um todo, principalmente através das residência médica em medicina de família e residência multiprofissional em saúde da família, tendem a qualificar os trabalhadores também para o cuidado em saúde mental na APS.

Para além da premissa do aprendizado em saúde mental em cenários de base comunitária, há aqui um forte diálogo com as propostas de mudanças nas grades curriculares dos cursos de saúde para que estejam em consonância com o SUS e as necessidades de saúde da população. As Diretrizes Curriculares para o curso de medicina orientam que as atividades em regime de internato tenham o mínimo de 30% da carga horária total em serviços de Atenção Básica e Urgência e Emergência, devendo predominar a Atenção Básica. O 70% restante será distribuído nas grandes áreas da medicina incluindo a Saúde Mental (BRASIL. Ministério da Educação, 2014).

Apesar dos avanços importantes nas diretrizes curriculares dos cursos de saúde, entendemos que o currículo é uma construção social e um espaço de permanentes disputas. O processo de transformação da formação em saúde para o cuidado em saúde mental, que considere a complexidade dos sujeitos sem prescindir da técnica ainda está em construção. Carneiro e Porto (2014) apontam quanto à importância da diversificação de cenários de prática para uma formação crítica.

Percebemos pelos relatos dos trabalhadores, que nenhum serviço específico é suficiente para a formação em saúde mental, e alguns foram descritos como desestímulo ao aprofundamento, como foi o caso dos Hospitais Psiquiátricos. A inserção dos estudantes nos diversos pontos da rede de atenção psicossocial local como Atenção Primária, Centros de Atenção Psicossocial, serviços de urgência e internamento breve poderiam possibilitar uma formação mais ampla.

Um aspecto que poderia minimizar as dificuldades dos trabalhadores da APS em cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, frente às lacunas de formação para o trabalho na APS, é a Educação Permanente. A Política de Educação Permanente, cujas diretrizes foram instituídas com a Portaria nº 1996/2007, compreende que a educação deve ocorrer no cotidiano do trabalho, levando em consideração os conhecimentos e experiências prévios, para que, a partir da problematização dos processos de trabalho possa haver uma transformação das práticas profissionais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Nesse aspecto, o NASF tem papel fundamental para potencializar espaços de reflexão dos trabalhadores e promover uma mudança de práticas a partir das demandas educacionais dos trabalhadores e das necessidades da comunidade. Para isso, é necessária uma mudança de postura do trabalhador da APS para sujeito ativo do processo de aprendizagem em saúde, em oposição ao cenário que presenciamos na pesquisa.

Entendemos que essa mudança de postura não ocorre rapidamente e requer um planejamento consistente de Educação Permanente das equipes de APS de modo a ativar reflexões constantes e espaços de problematização da própria prática.

Compreendemos que a experiência vivencial dos trabalhadores da APS na Rede de Atenção Psicossocial, em especial no CAPS, pode promover movimentos de aproximação e co-responsabilização pelo cuidado das pessoas em sofrimento psíquico, bem como compreender o funcionamento vivo da rede e pactuar critérios

de encaminhamento. Em Juazeiro-BA, com a escassez de recursos e o quantitativo reduzido de profissionais especializados em saúde mental, essa medida pode ser mais sustentável que a possibilidade de matriciamento feito pelo CAPS que tem se tornado inviável com a sobrecarga de demanda nesse serviço.

#### **5.4 Sentimentos no cuidado em saúde mental: aspectos intersubjetivos**

A compreensão dos sentimentos advindos do encontro com a pessoa em sofrimento mental foi outro ponto de questionamento desse estudo. Muitos foram os sentimentos descritos, porém, foi possível observar que os sentimentos de impotência e frustração atravessavam as falas de todos os profissionais entrevistados. Algumas situações específicas mobilizavam esses profissionais na busca de superação das dificuldades para a realização de um cuidado resolutivo.

As dificuldades em lidar com o resultado do tratamento foram descritas de diferentes formas.

[...] Na atenção primária, se a gente conseguir dar um pouquinho do nosso tempo para esses temas, a gente consegue ter um bom resultado, nem sempre do jeito que a gente gostaria, que é uma coisa que eu tenho dificuldade de lidar que é o resultado nem sempre do jeito que a gente gostaria [...] (Ipê, médico).

[...] Pode encaminhar ao serviço de referência, mas, às vezes, a gente nota que o paciente volta da mesma forma, entendeu? Então eu não tenho como dizer que está acontecendo a contento, esses pacientes não estão evoluindo da forma que a gente deseja que eles evoluam (Mandacaru, médico).

[...] Eu acho que a impressão que o familiar traz pra mim me choca um pouco [...] Me choca um pouco, como se eu não soubesse lidar com aquilo mesmo, como se fosse algo além do que eu consigo resolver porque a família já chega dizendo: ele faz isso, faz aquilo, é agressivo, fugiu... ai eu digo: “meu deus , o que é que eu vou fazer com esse paciente?”[...] É como se não conseguisse reverter aquilo, melhorar, não me sentisse apta a tratar uma pessoa e que vai melhorá-la... mas, se não fizer certo? Não vai melhorar [...] (Carnaúba, médica).

[...] Eu sofro, sofro muito, esse sofrimento vai desde a minha falta de experiência pra lidar com eles e saber que algumas situações eu não vou conseguir dizer: você vai ficar ótimo, você vai ficar bom, você não vai ter mais transtorno bipolar (Quixaba, enfermeira).

As falas acima remetem aos encontros enquanto produtores de afetos que aumentam ou diminuem a capacidade de agir (SPINOZA, 2007). Os sentimentos de sofrimento e impotência nascidos desses “maus encontros” paralisam esses trabalhadores nas suas possibilidades de cuidado em saúde mental.

Observamos que as dificuldades em lidar com o resultado do tratamento são decorrentes de expectativas desses resultados pelos trabalhadores entrevistados e também pelas fragilidades técnicas do cuidado em saúde mental.

Lancetti e Amarante (2008) colocam que uma grande dificuldade prática para o trabalho em saúde mental na saúde da família decorre que os profissionais foram capacitados para dar o diagnóstico e propor uma terapêutica, o que não é suficiente para o cuidado em saúde mental que compreenda o sujeito na sua totalidade, com demandas de trabalho, relacionais, de lazer e afetividade. Outro aspecto defendido por esses autores é a necessidade de apoio para as equipes de saúde da família, uma vez que todos os sentimentos que nascem do campo relacional entre trabalhadores e usuários podem ser utilizados terapêuticamente ou transformados em “carga insuportável”.

Numa perspectiva do olhar para o cuidado centrado nas pessoas e não nas doenças, as respostas ao tratamento podem vir no plural pois não necessariamente serão padronizadas, são decorrentes dos diversos aspectos singulares, sendo o médico e a medicação, uma das inúmeras partes que podem determinar boas respostas. Esse deslocamento de olhar, das doenças e seus sintomas para os sujeitos, permite compreender a trama do cuidado em saúde mental como condições socioeconômicas, familiares, culturais, religiosas e de acesso aos serviços de saúde e medicamentos.

Assim, o cuidado centrado nas pessoas, como alternativa ao modelo de cuidado patriarcal, tende a minimizar esse sentimento dos profissionais uma vez que busca compartilhar diagnósticos e planos terapêuticos com os usuários e seus familiares visando a produção de autonomia no processo de tratamento (LOPES, 2012).

A impotência frente ao adoecimento mental foi descrita também no âmbito da relação com o usuário, tanto como fraqueza, quanto como falta de eficiência pessoal: “Eu também sinto uma fraqueza minha e da equipe de não saber como acolher” (Quixaba, enfermeira).

[...] Eu tento fazer o melhor, eu não sou preparado... porque quando o médico é meio psicólogo, ele também já está um passo a frente porque mesmo que ele não consiga manejar a questão farmacológica, ele está ali e consegue lidar com aquela situação. Eu tento mas eu sei que eu não sou um cara eficiente nesse sentido [...] (Mandacaru, médico).

Os trabalhadores relataram o “saber lidar” como um aprendizado necessário para acolher ou abordar o usuário, o que não está necessariamente associado ao conhecimento de patologias ou medicamentos. Os trabalhadores de saúde são exigidos nos seus processos de trabalho a estabelecerem relações interpessoais e desenvolverem habilidades sociais como capacidade de comunicação, empatia e resolução de problemas, que tendem a tornar as relações mais gratificantes (FORMOZO et al., 2012).

No aspecto da relação interpessoal em saúde mental, entendemos que as dificuldades para o aprimoramento das habilidades de cuidado também dialogam com a construção social da loucura, com os estigmas que esse encontro pode provocar ou da associação de algumas patologias, como esquizofrenia, com a violência. O desenvolvimento de habilidades interpessoais para a produção de vínculos entre o profissional de saúde e os usuários em sofrimento psíquico deve passar pela desconstrução paulatina desses estigmas.

O sentimento de medo foi descrito por um profissional em duas situações de atendimentos diferentes:

Essa semana colocaram um paciente com esquizofrenia na minha sala que nunca tinha vindo aqui, um cara alto moreno, mais alto que eu, se ele segurasse no meu pescoço... enfim, mas ele chegou com um monte de papel de internet que tinha impresso, de tratamento, de exames, dizendo “doutor eu quero que você passe isso aqui pra mim” ... mas você não precisa disso não... “ mas eu preciso !” e chegou com uma receita com uma porrada de medicação, com 350 mg de amitriptilina ... Eu tentei argumentar tudinho e ele disse não! Mas o outro dr fulano fez! E eu confesso que ele me trouxe uma receita com 350mg de amitriptilina e eu renovei. Eu achei estranho. Eu renovei porque eu sabia que eu não ia enfrentar uma situação daquelas. Eu sei que foi uma situação delicada porque eu fiquei com medo do paciente, aquele medo que eu tinha lá no hospital psiquiátrico, eu senti aqui, na realidade, agora como médico, porque lá eu tinha o médico, eu tinha os monitores que estavam lá, os enfermeiros, os técnicos... e aqui era eu sozinho dentro de uma sala [...] (Mandacaru, médico).

[...] Tava na outra sala uma vez e chegou um paciente com a mãe dele e eu tentando conversar com ele e ele fechado, então teve uma hora ...”esse cara vai me agredir” mas o jeito dele me olhar era como se ele não tivesse gostando da minha pessoa. Eu tenho medo, eu não nego, eu tenho medo. Eu tenho medo de tratar pacientes com problemas mentais, eu tenho medo porque está em risco a minha vida [...] (Mandacaru, médico).

É muito comum a associação de pessoas com transtornos mentais com a idéia de periculosidade e foi esse um dos pressupostos que sustentou a estrutura asilar como forma de lidar com a loucura. O medo acima descrito remeteu a experiência vivida pelo entrevistado no estágio no Hospital Psiquiátrico, porém sem o amparo da equipe o que dá a entender um trabalho solitário e fragmentado na

APS mesmo com a presença de uma equipe multidisciplinar. O medo foi descrito como intenso a ponto de “está em risco a minha vida”. Dar consciência para esses sentimentos pode possibilitar a reconstrução dessa prática, como foi descrito pelo mesmo trabalhador a seguir:

[...] eu espero saber lidar com essas pessoas de uma forma que eu eu passe a não ter, pelo menos medo e coragem de olhar nos olhos... olhar nos olhos eu já olho, mas de poder manejá-las da melhor forma possível. Isso é o que eu espero [...] (Mandacaru, médico).

A formação acadêmica em ambiente manicomial tende a propiciar o fortalecimento da imagem construída socialmente da loucura como perigosa e passível de medo. O processo de institucionalização no qual os sujeitos são afastados da comunidade, família e moradia para conviver com pessoas diferentes e adoecidas psiquicamente, podem repercutir em uma maior agressividade que está mais relacionada ao processo de institucionalização do que necessariamente fruto da doença mental. O relato do médico demonstrou como o medo provocado pelo manicômio durante a faculdade ainda reverbera no seu processo de trabalho na APS.

Apesar das falas às vezes contraditórias, o que pode também ser visto é que, durante as entrevistas, o processo de escuta dos trabalhadores pelo entrevistador possibilitou reflexões sobre as práticas na APS, reforçando a papel da pesquisa- intervenção:

[...] No diabético eu sinto um prazer em... é como se [...] eu vou melhorar a vida daquela pessoa, vou evitar que ele tenha um infarto, então eu me sinto muito motivada, digamos assim, a melhorar um diabetes, sabendo que fazendo isso, vai diminuir o risco de ter doenças cardíacas e tal. O diabetes é uma doença crônica e você tá ali melhorando... eu acho que é talvez a valorização sabia? Talvez eu não valorize tanto a esquizofrenia ... eu tenho que repensar isso em mim também... chegou no âmago da coisa (Carnaúba, médica).

[...] Talvez seja pela própria dificuldade de lidar com o diferente porque normalmente são um pouco mais agressivos, talvez pelo estereótipo que a gente cria... incomodar... aquilo nos causar angústia, de ver aquele sofrimento e a gente não conseguir resolver em definitivo, ficar só medicalizando.... se eu te disser, eu nunca parei pra pensar o porquê disso [...] (Quixaba, enfermeira).

As reflexões sobre o próprio processo de cuidado revelam o que Ayres (2001) denominou de se reconhecer sujeitos, e que no encontro entre sujeito-trabalhador e sujeito-usuário, não há um campo neutro, mas “o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro”. A escuta dos trabalhadores promoveu uma revelação dessas resistências e das situações que os

afastam ou os mobilizam para o cuidado, como foi o caso de três relatos de acompanhamento de gestantes em sofrimento mental que mobilizaram um olhar mais cuidadoso. O lugar da saúde mental no cuidado às gestantes foi valorizado e acolhido pelas trabalhadoras:

[...] ela (a gestante) disse que vai se matar. E eu tive que mandar de novo para o psiquiatra, não era mais para o psicólogo, ele ajustou a medicação e todo domingo ela passava por ele no sanatório. Ela melhorou e a criança está bem. Ela chega com a criança “oh, ele está com o umbigo assim, vai crescer, vai morrer “, ela sempre tem uma coisa que ela exacerba o problema mas a gente sabe que é pelo distúrbio dela, levo de boa, converso. Se a enfermeira falar com ela, ela não acredita, vem para minha sala, eu converso “não, tá tudo bem, olha ... “ Mesmo que eu esteja cheia de pacientes para atender, tem que dar atenção e aí ela fica tranquila e volta. As portas estão abertas para o que ela precisar porque a gente sabe o caso dela como é complicado (Aroeira, médica).

[...] Eu já peguei uma gestante que tinha problema de saúde mental, eu gostei de acompanhar o pré natal dela[...], ela tinha um déficit de aprendizagem, ela não tinha comportamento agressivo, ela gostava de cantar na minha sala e eu gostava, eu tentava trazer ela pra mim, eu notava que ela se sentia à vontade comigo. Mas assim, tinha aquela dificuldade de compreensão e eu sempre pedia que uma pessoa acompanhasse, no caso a avó dela, porque a mãe dela também tinha transtorno mental e a avó que era a cuidadora [...] ela sempre aparecia lá na unidade do nada e ficava cantando [risos], era interessante. O pessoal acolhia direitinho ela, ela já era conhecida. Acolhiam, trazia ela e às vezes a gente estava em atendimento e ela queria entrar de todo jeito nos locais... na farmácia...às vezes as meninas estavam naquela agonia de pegar medicamento, e ela falando.... a gente tentava acalmar ela.... “espera aí um pouquinho, a gente tá aqui atendendo, mas era tranquilo lidar com ela. (Bromélia, enfermeira).

[...] teve uma paciente, uma gestante, que estava muito mal, por questões com o marido [...]terminou que eu chamei o marido dela para conversar, chamei familiares, e terminou que ela... toda equipe acolheu e ela já teve o filho, está muito bem agora e eu acho essa pessoa foi que me marcou bastante recentemente, conseguimos todos ajudá-la, acolhendo ela (Carnaúba, médica).

Os cuidados às gestantes, nos relatos acima, revelaram um movimento por parte da equipe de se adaptarem às necessidades das usuárias, como flexibilização nos atendimentos, compreensão das limitações e aceitação das características dessas mulheres. Um lugar de cidadania foi proporcionado para essas pessoas em situação de sofrimento que não estavam sozinhas, carregavam uma criança dentro de si.

Boff (1999) reflete sobre a capacidade humana de sentir, de se emocionar, afetar e ser afetado e envolver-se. Esse sentimento profundo, ele chamou de cuidado, enquanto característica ontológica dos humanos. A essência desse cuidado deslocou o trabalho de um lugar de dominação, para a construção criativa de possibilidades. Essas trabalhadoras foram afetadas pela história das gestantes em

sofrimento, se envolveram, se mobilizaram e afetaram as gestantes e conseqüentemente os filhos e as famílias com uma forma de cuidado que pareceu efetiva.

O lugar dos afetos no cuidado em saúde mental, na dialogação do sujeito-trabalhador e sujeito usuário, enquanto força motriz que mobilizou novos recursos, foram descritas de diferentes formas pelos trabalhadores.

Nos relatos a seguir, as experiências com o suicídio foram transformadoras da prática profissional:

[...] Eu perdi um paciente assim, na verdade não sei se eu perdi mas ela era uma paciente que eu acompanhava, só que eu não tinha ainda esse traquejo, não tinha iniciado a residência (medicina de família) ainda, foi logo que eu vim de outra cidade. Ela (a paciente) tinha acompanhamento no CAPS e com a gente na unidade de saúde. Quando eu vim pra cá, meses depois, ela se suicidou... eu acho que isso me fez despertar um pouco mais de curiosidade sobre o tema. Entrar na residência me ajudou também [...] (Ipê, médico).

[...] Eu tive um primo que se suicidou e eu não tinha muita afinidade com esse primo mas a mãe dele é uma tia que eu mais gosto então isso refletiu muito em mim porque eu sempre meio que penso nisso quando eu vejo um paciente com uma depressão mais grave, eu já fico atônada que aquilo pode evoluir pra algo mais grave, então eu penso muito nisso em relação ao suicídio. Essa questão, antigamente, era um grande tabu para mim, eu não conseguia perguntar não, sabe... Ai eu ficava “meu deus, vou constranger a pessoa”, hoje em dia eu penso muito além disso, eu penso “eu vou ajudar a pessoa”[...] (Carnaúba, médica).

O desenvolvimento de novas habilidade para o cuidado em saúde mental, como a capacidade de “ver a necessidade do outro”, foram descritas como consequência de experiências prévias:

[...] Eu desenvolvi uma depressão grave, fiquei muito mal mesmo, e eu acho que hoje e depois que eu voltei, e depois que isso aconteceu comigo, o meu processo de cura e de tratamento, me ajudou mais a entender o paciente porque eu me vi dentro e o que eu precisava fazer pra ajudar o paciente, isso foi um fator muito importante pra mim porque assim, não só de estudar mais, de ver mais o outro, ver a necessidade do outro. Eu acho que eu consegui um pouco do que é sentido, porque muitas vezes o problema da sociedade, no geral, é ver que é uma doença que tem que ser tratado como uma doença, na seriedade de uma doença, que não é uma coisa da cabeça da pessoa [...]. (Jurema, médica).

[...] Depois que eu fui mãe eu acho que eu mudei muito a visão com relação às outras mães, eu nunca fui muito de julgar mas hoje em dia, além de não julgar, eu entendo a dor delas [...] (Carnaúba, médica).

[...] Eu cresci vendo minha mãe muito nervosa e antes de me formar ela sempre dizia assim “tenha um olhar mais cuidadoso com as pessoas, que às vezes tem muita coisa envolvida (se emocional e chora ) [...] e assim, às vezes eu vejo que não é só o que a pessoa me traz, tem um sofrimento...e às vezes eu lembro dela, da minha mãe.... “olhe pra as pessoas, dê atenção, que às vezes não é só o que você está escrevendo, você tem que ver além do que você está vendo, ai vem a questão da minha

espiritualidade, como já falei, a questão da empatia, de me colocar no lugar das pessoas. (Aroeira, médica).

A empatia, aqui colocada como essa capacidade de se colocar no lugar do outro, foi ativada por memórias prévias, mas entendemos ser necessário o desenvolvimento dessa habilidade para a efetivação do cuidado em saúde mental em um contexto de afetações que promovam aproximações e não afastamentos.

Boff (1999), sugere que superemos a necessidade de dominação do outro por meio do trabalho para que possamos concender cidadania à nossa capacidade de sentir o outro sem vê-lo como mero objeto.

O cuidado foi revelado como elemento que se transforma a cada encontro, sendo influenciado por sentimentos e influenciando novos sentimentos em uma troca intersubjetiva entre trabalhadores e usuários.

Os “sujeitos-trabalhadores” entrevistados também revelaram as situações em que foram tocados pelas histórias dos “sujeitos-usuários”, como nos relatos de gestantes em sofrimentos psíquicos. Através dos relatos dos “encontros bons” (SPINOZA, 2007), os trabalhadores entrevistados revelaram que possuíam capacidade criativa, mobilizadora e flexibilidade para compreender as singularidades. Identificamos as situações que tocavam esses trabalhadores e pensamos que há um potencial para sentir as pessoas em sofrimento psíquico para além dos estigmas e das renovações de receitas, mas a partir das suas histórias de vida e experiências de adoecimento. Olhamos também para as histórias de vida desses trabalhadores não para sustentar uma prática, mas para transformá-las pela reflexão.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Eu tenho a esperança que nada se perde, tudo alguma coisa gera. O que parece morto, aduba. O que parece estático, espera” (Adélia Prado).

O presente estudo possibilitou uma direção (ou várias direções) para a construção da integração da saúde mental na APS. A diversidade de elementos descritos pelos trabalhadores entrevistados deu-nos a dimensão da complexidade para a efetivação de políticas públicas quando temos a oportunidade de olhar humanamente para os sujeitos envolvidos, no caso, os sujeitos trabalhadores.

Há uma urgência para que essa integração aconteça a fim de ampliar o acesso às pessoas em sofrimento psíquico que precisam de um acompanhamento longitudinal e de cuidado integral à saúde, mas também é preciso sensibilizar e qualificar o cuidado na APS para além das patologias, uma vez que não nos foi revelado pelos trabalhadores, a saúde mental enquanto tema transversal, que trata da subjetividade dos sujeitos.

Percebemos que os trabalhadores da APS não se sentem os principais responsáveis pelo cuidado em saúde mental e não são apoiados nas dificuldades técnicas e relacionais pelos serviços de referência, NASF ou gestão. O papel do NASF foi descrito pelos trabalhadores como voltado para o cuidado individual e sem atuação no apoio matricial para qualificação da equipe no acompanhamento de casos específicos e/ou para realização de atividades grupais. Não foi o objetivo desse estudo compreender a percepção dos trabalhadores do NASF mas entendemos que as mesmas lacunas de formação para o trabalho na APS e mais especificamente na integração da saúde mental na APS, pode ocorrer com os trabalhadores que compoem a equipe NASF.

As dificuldades de interlocução da RAPS denunciam um sistema ainda fragmentado, baseado nos encaminhamentos, com pouca responsabilização pelo itinerário que esse usuário percorrerá na rede de atenção. Mantêm-se a lógica do encaminhar ao invés do compartilhar.

Entendemos que o cuidado integrado em rede só será possível quando os próprios trabalhadores puderem vivenciar a rede que atuam, tanto na formação universitária quanto na vida profissional, fortalecendo os diálogos e os laços solidários entre os trabalhadores nos diversos pontos da rede de atenção.

Os processos formativos centrados nas doenças se mostraram insuficientes para o trabalho em saúde mental de base comunitária. Compreendemos ser fundamental que o cuidado na APS seja operado por tecnologias leves e leve-duras; tanto com saberes voltados para o diagnóstico adequado e o uso de psicofármacos quanto para a dimensão relacional do cuidado, olhando os sujeitos nas suas experiências de vida. Esses saberes contribuiriam para a redução dos hiatos terapêuticos e possibilitariam o uso racional dos psicofármacos, evitando medicalização excessiva, subdiagnósticos, subtratamentos e interações medicamentosas potencialmente danosas.

O aprendizado em serviços manicominais foram relatados como geradores de medo e afastamento, além de reproduzirem estigmas relacionados ao adoecimento mental. A formação acadêmica em saúde mental deve ocorrer nos mais variados cenários da RAPS e estar de acordo com as necessidades populacionais, com o SUS e os preceitos do cuidado em saúde inclusivo, cidadão, responsável, integral e em liberdade.

A abordagem em saúde mental requer ferramentas ainda mais complexas como habilidades interpessoais como empatia e flexibilidade; disponibilidade para a escuta; implicação com o cuidado das pessoas; compreensão dos sujeitos na sua totalidade e realização de planos pactuados centrados nos sujeitos e não nas doenças. Entendemos que essas habilidades são aprendidas, principalmente, na reflexão constante sobre os próprios processos de trabalho que podem ser ativadas por políticas locais de Educação Permanentes consistentes.

No decorrer desse estudo, tivemos a possibilidade de ver trabalhadores chorarem ao se darem conta das suas fragilidades ou perceberem que não dão a atenção devida às pessoas em sofrimento psíquico.

A partir desse estudo, vemos como caminhos possíveis para uma Política de Saúde Mental para o município de Juazeiro - BA:

- a) A criação de espaços de escuta e apoio aos trabalhadores nos pareceu essencial como primeiro passo para a integração da saúde mental nos seus processos de trabalho. Sentimentos como medo, frustração e impotência não são resolvidos com capacitações, mas com o cuidado a esses trabalhadores, reconhecendo os seus sentimentos e apoiando-os nos processos de mudança das formas de

- trabalhar mecanizadas, tão enraizadas na nossa sociedade, e na desconstrução de estigmas relacionais aos usuários de saúde mental;
- b) A construção de diálogos ampliados entre a rede de atenção psicossocial; com a retaguarda efetiva dos serviços especializados; fortalecimento da referência e contra-referência, articulação intersetorial, espaços para discussão de casos e reflexões sobre a prática com a escuta dos trabalhadores nas suas dificuldades e frustrações são elementos que podem possibilitar que o cuidado não se transforme em “carga insuportável” como diria Lancetti e Amarante (2008, p. 629). A criação de uma linha de cuidado em saúde mental de maneira pactuada com os diversos pontos da rede de atenção, estabelecendo as responsabilidades compartilhadas por cada ponto, coordenada pela APS, poderá auxiliar em um cuidado mais integrado e responsável.
- c) A temática dos medicamentos ocupou um lugar central nos relatos, porém foi revelada de muitas formas. A renovação de receitas, o uso prolongado de psicofármacos, a dificuldade de retirada dos medicamentos e a medicalização; foram apreendidas por nós como preocupações genuínas por parte dos trabalhadores, ao passo que se sentiam impotentes por não possuírem qualificação técnica e não receberem apoio suficiente para lidar com essas questões. Assim, uma formação para o uso racional de psicofármacos é necessária e possível, não somente para os trabalhadores da APS como também para os médicos em serviços ambulatoriais, hospitalares e de urgência.
- d) A renovação de receitas sem a avaliação adequada dos usuários, nos provocou quanto aos possíveis danos relacionados ao uso indevido de psicofármacos, seu potencial de dependência, efeitos colaterais e interação medicamentosa além de não garantir um cuidado singularizado e integral. É fundamental apoiar a APS na gestão da agenda de modo a garantir aos usuários o acesso às medicações em tempo oportuno a partir de um plano de cuidado pactuado entre usuários e equipe de saúde.
- e) A incorporação de ferramentas como grupos terapêuticos, o Método Clínico Centrado na Pessoa, O Projeto Terapêutico Singular e a

Gestão Autônoma de Medicamentos podem auxiliar as equipes na abordagem aos usuários de modo a promover autonomia e co-responsabilização nos processos de cuidado.

- f) A valorização dos trabalhadores com formação voltada para o trabalho na APS e o estímulo às residências de medicina de família e comunidade e residências multiprofissionais em saúde da família, já existentes no município, podem favorecer um cuidado diferenciado e qualificado em saúde mental no contexto da APS.
- g) As ações de prevenção e promoção da saúde praticamente não foram relatadas pelos trabalhadores entrevistados, revelando a importância de resgatar essas ações para um cuidado em saúde amplo e efetivo. As formas de cuidado apresentadas nesse estudo foram prioritariamente centradas no modelo biomédico e nas consultas individuais demonstrando uma tendência social para os cuidados fragmentados, focados no diagnóstico e tratamento.

Entendemos que esse estudo não está finalizado, ele é um primeiro passo para a idéia central percebida por nós nesse trabalho: os sentimentos advindos do cuidado em saúde mental podem mobilizar tanto positivamente quanto negativamente, aproximando ou afastando os trabalhadores da APS dos usuários em sofrimento psíquico. Olhar para os sentimentos dos trabalhadores da APS, nos processos cotidianos de cuidado em saúde mental, pode possibilitar uma reconstrução de saberes de modo a permitir que os sujeitos-trabalhadores possam se reconhecer na relação intersubjetiva com os usuários. Precisamos olhar para os sentimentos para, assim, compreender as necessidades de aprendizado em saúde, tanto técnicas quanto relacionais.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, K. F.; ROCHA, M. L da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 648 – 663, dez, 2007.
- AMARANTE, P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2011.
- AMARANTE, P. **Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, I (1): 61 – 77, jul/out, 1994.
- AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Atividades desenvolvidas por profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.443-1.464, set./dez, 2018.
- AYRES, J. R. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p 63–72, 2001.
- AZEVEDO, A. J. P. de; ARAÚJO, A. A. de; FERREIRA, M. A. F. F. Consumo de ansiolíticos benzodiazepínicos: uma correlação entre dados do SNGPC e indicadores sociodemográficos nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 83-90, 2016.
- BANDELOW, B. et al.; WFSBP Task Force on Mental Disorders in Primary Care; WFSBP Task Force on Anxiety Disorders, OCD and PTSD. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. **Internacional Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, Londres, v. 16, n. 2, p. 77-84, jun, 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BAUER, M. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 2: maintenance treatment of major depressive disorder - update 2015. **The World Journal of Biological Psychiatry**, Londres, v. 16, n. 2, p. 76-95, fev, 2015.
- BISPO JUNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C.. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: concepções, implicações e desafios para o apoio matricial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 683-702, mai/ago, 2018

BOCCARDO, A. C. et al. O projeto terapêutico singular. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan/abr, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, abr, 2002.

BORGES, TL. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n 4, p. 344-349, jul/ago, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em 10 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 05 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em 15 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília. 2009. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf). Acesso em 18 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 20 ago. 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio de Saúde da Família. Brasília, 24 jan. 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html) Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 mai. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em 20 fev. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 21 dez. 2017. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em: 15 mar 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2436 de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 set. 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 20 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, nov. 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 23 jun. 2014. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category\\_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 34). Disponível em: [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). Acesso em 18 fev. 2018.

BUCHELE, F. et al. A interface da Saúde Mental na Atenção Básica. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 3, p. 226-33, set/dez, 2006.

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

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

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

CARNEIRO, L. A.; PORTO, C. C. Saúde Mental nos cursos de graduação: interfaces com as Diretrizes Curriculares Nacionais e com a Reforma Psiquiátrica. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.6, n.14, p.150-167, 2014.

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf) >. Acesso em: 20 mar. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 2217, de 27 de setembro de 2018 no capítulo V, art. 37, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 20 dez. 2017.

CRUZ, M. C. C.. O conceito de cuidado à saúde – Salvador-Ba. 2009. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2009.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 701-710, out/dez, 1999.

DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, n.3, p. 95-127, 2012

ENGLAND. Nacional Health Service. Repeat Prescribing Policy, London, v.1, p.1-14, jun, 2016.

FERREIRA NETO, J. L. F.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 20, n 4, p. 1119-1142, 2010.

FIGUEIREDO, M. C.; MELO, R. S. **Perfil dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II- Juazeiro- Ba**. 2017. Trabalho de conclusão de Curso

(Residência Multiprofissional em Saúde Mental) - Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina, 2017.

FONTANELLA, B. J.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Saturation sampling in qualitative health research: Theoretical contributions. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORMOZO, G. A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, jan/mar, 2012.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V.C. (Org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3151-3161, 2015.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização **Interface: comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, jan./mar, 2012

GUERRA, C. S. et al. Epidemiologic profile and prevalence of psychotropic use in one reference unit for mental health. *Journal of Nursing UFPE*, Recife, v. 7, n. 6, p. 4444-51, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11685>. Acesso em 20 abr. 2017.

HEDENRUD, T. M; SVENSSON, S. A; WALLERSTEDT, S. M. Psychiatry is not a science like others” - a focus group study on psychotropic prescribing in primary care. **BMC Family Practice**, v. 14, n. 1, p. 115, ago, 2013.

HAFFERTY, F.W.; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. **Academic Medicine**, v. 69, n. 11, p. 861-71, nov, 1994

IVBIJARO G., GARRISON, P.; FUNK, M. Mental health in primary care gap: now is the time to act. **Mental Health in Family Medicine**; v.6 n. 1, p. 1-4, mar, 2009.

KAKUMA, R. et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. **Lancet**; v. 378, p. 1654-63, nov, 2011.

LANCETTI, A. **Saúde mental nas entranhas da metrópole**. In A. Lancetti (Dir.), *Saúdeloucura 7*. São Paulo: Hucitec, 2001.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 615-634.

LOPES, J. M. C.. Consulta e Abordagem Centrada na Pessoa. In: GUSSO GUSTAVO; LOPES, JOSE MAUTO CERATTI (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática v. I.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 113 – 123.

LOURAU, René. René Lourau na UERJ – 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 1993

MCALLISTER-WILLIAMS, R.H. et al. British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. **Journal of Psychopharmacology**, Oxford, v.31, n. 5, p.519-552, mai, 2017

MARK TAMI L. For what diagnoses are psychotropic medications being prescribed?: a nationally representative survey of physicians. **CNS Drugs**, Basileia, v. 24, n 4, p. 319 - 326. abr, 2010.

MENDENHALL, E. et al. Acceptability and feasibility of non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. **Social Science & Medicine**.Oxford, v. 118, p. 33-42, out, 2014.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130. jan, 2016.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n. 65, p. 316 - 323, set/dez, 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MERHY, E. E. Educação Permanente em Movimento – Uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n 1, p. 07-14, 2015.

MINAYO, M. C. de S.. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar, 2012.

NEVES, Cláudia Abbes Baêta, Cartografando na Saúde os “inconscientes que protesta”. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n 8, p. 1953 – 1955, ago, 2008.

NUNES, M.; JUCA, V. J.; VALENTIM, C. P. B.. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out, 2007 .

OLIVEIRA, A. G. B. de; VIEIRA, M. A. M.; ANDRADE, S. de M. R. Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água, 2006.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Guia da gestão autônoma da medicação – GAM - DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE IPUB/UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012.

ONOCKO – CAMPOS, R. T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A. de L.; SANTOS, D. V. D. dos; STEFANELLO, S.; GONÇALVES, L. L. M.; ANDRADE, P. M. de; BORGES, L. R. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n 10, p 2889-2898, out, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Organization of mental health services in developing countries**. Sixteen report of WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva.1975.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva, 2004. Disponível em: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf). Acesso em 10 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde**, Genebra, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf). Acesso em 15 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health action plan 2013-2020**. Geneva, 2013. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=42D81B226AB299355550E9ABECAA3AA2?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=42D81B226AB299355550E9ABECAA3AA2?sequence=1). Acesso em 25 mar. 2018.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17 – 31.

PATEL, V.; PRINCE, M. Global Mental Health: a new global health field comes of age. **JAMA**. Chicago, v 303, n 19, p. 1976-1977, mai, 2010.

QUASEEM, A. et al. Nonpharmacologic versus pharmacologic treatment of adult patients with major depressive disorder: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**. Philadelphia, v 164, n 5, p. 350-359. Mar, 2016.

REBELLO, T. J. et al. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. **Current Opinion in Psychiatry**, Londres, v. 27, n. 4, p.308-314, jul, 2014.

RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A.; OLIVEIRA, A. G. B. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de saúde da família de Cuiabá – MT. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba; v. 13, n 4, p. 548-557, out/dez, 2008.

ROCHA, M. L. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23,n. 4,p. 64-73,dez, 2003.

ROCHA, B. S. da; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3291-3300, nov, 2013.

SANTOS, G. A.; NUNES, M. de O. Cuidado em saúde mental pelos agentes comunitários de saúde: o que aprendem em seu cotidiano de trabalho? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 105-125, jan, 2014.

SANTOS, J. dos; LINO, D.; VASCONCELLOS, E.; SOUZA, R. de. Processos formativos da docência em saúde mental nas graduações de enfermagem e medicina. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. especial 4, p. 85 - 92, out, 2016.

SARTORIUS, N. Stigma and mental health. , **The Lancet**, Londres, v 370, n 9590, p. 810 - 811, set, 2007.

SILVA JUNIOR, R. F. da et al. O papel do agente comunitário de saúde no atendimento ao portador de transtorno mental. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 8, n. 1, p.841-845, 2016.

SOUZA, L. G. S. S. et al. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.21, n.4, p.1022-1034, dez, 2012

SPINOZA, B. de. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

STARFIELD, B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços- tecnologia. **Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde**, 2002. 726p.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 25-59, jan.-abr, 2002.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 183-193, fev, 2009.

VIANA, A. L. D. (Coord). **Região e Redes**: Caminhos da universalização da saúde no Brasil: Petrolina e Juazeiro: Relatório Regional. Petrolina, 2017.

VIANA, D. M.; LIMA, A. F. de. Saúde Mental e a Atenção Primária: compreendendo articulações e práticas na saúde da família no Ceará. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v.7, n.2, p. 118-130, jul./dez, 2016.

WENCESLAU L. D.; ORTEGA F. Mental health within primary health care and global mental health: international perspectives and Brazilian context. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-32, dez, 2015.

**APÊNDICE A – PLANO DE INTERVENÇÃO**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ALLANA MOREIRA SILVA FREIRE DE CARVALHO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO  
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA O MUNICÍPIO DE  
JUAZEIRO- BA**

**Projeto de Intervenção vinculado a dissertação do Programa de pós-graduação *Strictu Sensu* - Mestrado Profissional em Saúde da Família do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz com vistas à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.**

## 1.INTRODUÇÃO

A integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada uma estratégia fundamental para a ampliação do acesso dos usuários em sofrimento psíquico, possibilitando a redução dos hiatos terapêuticos e o cuidado integral à saúde, responsável, de base comunitária e compartilhado com outros pontos da rede de atenção à saúde (REBELLO, 2014).

Essa necessidade de integração é ainda mais evidente nos países de baixa e média renda que possuem três quartos da carga global de doença mental (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). A Organização Mundial de Saúde (2004) estimou que 75 a 85% das pessoas com transtornos mentais graves não conseguem acessar o tratamento que precisam o que mobilizou ações para a promoção da integração da saúde mental na APS, dentre elas a criação do Mh- GAP. O Mh- GAP é um Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos, e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde, com o intuito de instrumentalizar e apoiar os trabalhadores no diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais mais comuns (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010). Em 2013, foi lançado o *Mental Health Action Plan 2013 – 2020* cujos objetivos são promover o bem estar e os direitos humanos, prevenir transtornos mentais, fornecer cuidados, melhorar a recuperação e reduzir a mortalidade, morbidade e incapacidade das pessoas com transtornos mentais. No que tange aos cuidados, o plano de ação caracteriza como serviços integrados e receptivos de saúde mental e assistência social, aqueles que ocorrem em ambientes de base comunitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012).

No Brasil, a Política de Saúde Mental, amparada pela Lei Federal 10216 de 2001, redirecionava a assistência à saúde mental para serviços de base comunitária, visando a redução gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos e prevendo novas linhas de financiamento para a reestruturação de uma rede substitutiva em saúde mental (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005). Em 2011, a portaria 3088, do Ministério da Saúde, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou com transtorno mental, na qual estabelece a Atenção Básica à Saúde como um de seus componentes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

Em consonância a isto, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece em suas disposições gerais que a atenção básica deve ser a porta de

entrada preferencial dos usuários além de ser o centro organizador da Rede de Atenção à saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011) se responsabilizando pelo cuidado longitudinal e promovendo a autonomia dos sujeitos. Os princípios fundantes da Atenção Primária dialogam profundamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica na defesa do cuidado adequado e integral das pessoas em sofrimento psíquico, a partir das suas singularidades e levando em consideração o seu contexto familiar, comunitário e social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

No entanto, estudos sobre a temática da saúde mental na APS vem demonstrando que as respostas às demandas de saúde mental ainda são centradas na prescrição de medicamentos, na renovação de receitas sem a avaliação dos usuários e nos encaminhamentos aos serviços especializados de maneira desarticulada (CAMPOS et al 2011; FROSI; TESSER, 2015; VIANA; LIMA, 2016).

Dados semelhantes foram encontrados no presente estudo: **“Sinto, logo existo”**: a escuta da experiência dos trabalhadores no cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família em Juazeiro – BA, no qual a autora observou, através das falas de médicos e enfermeiros da APS, a centralidade do medicamento no cuidado em saúde mental, com qualificação técnica insuficiente dos trabalhadores tanto para diagnóstico e tratamento como também para habilidades relacionais, ainda marcadas pelo estigma. Ademais, foi observado que esses trabalhadores não recebiam retaguarda suficiente dos serviços de referência com uma RAPS desarticulada e fragmentada além de dificuldades importantes de comunicação entre os pontos de atenção.

Diante desses resultados, buscamos contribuir para a construção de uma estratégia de Educação Permanente em Saúde Mental para os trabalhadores da APS de Juazeiro – BA de modo a qualificar as ações em saúde mental na APS e ampliar as possibilidades de acesso responsável, ético e resolutivo para as pessoas em sofrimento psíquico.

## **2.OBJETIVO GERAL**

Construir um plano de educação permanente em saúde mental para os trabalhadores da APS de Juazeiro- BA conjuntamente com a gestão municipal.

### **2.1 Objetivos Específicos**

1. Sensibilizar a gestão para a importância da integração da saúde mental na APS.
2. Promover oficinas para a apresentação dos dados da pesquisa, dialogando com as demandas da gestão local.
3. Construir conjuntamente uma proposta de educação permanente em saúde mental com base nas demandas levantadas pelos trabalhadores da APS.
4. Construir uma cartilha para os trabalhadores da APS com os transtornos mentais mais prevalentes, o manejo farmacológico e não farmacológico e estratégias diferenciadas de abordagem como o Método Centrado na Pessoa e Gestão Autônoma de Medicamentos.
5. Ampliar o acesso responsável e qualificado das pessoas em sofrimento psíquico.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Um dos importantes desafios para a ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental é a escassez de profissionais qualificados e de serviços de referência suficientes. Em um importante estudo de Kakuma et al. (2011) foi demonstrado que os recursos humanos para o trabalho em saúde mental são inadequados, com uma estimativa de escassez de 1,88 milhões de trabalhadores de saúde mental nos 144 países de baixa e média renda. Essa escassez de recursos humanos poderá ser minimizada com o compartilhamento de tarefas de cuidado em saúde mental entre especialistas e não especialistas, com a mudança dos papéis clínicos dos especialistas que deveriam ficar responsáveis pelos casos de maior complexidade, enquanto os casos menos complexos poderiam ser gerenciados por profissionais de saúde treinados e não especializados. Ficou evidenciado também que o treinamento efetivo, de curto prazo, preferencialmente em serviço, para profissionais de saúde não especializados, possibilitou a detecção de transtornos mentais, encaminhamento, tratamento, psicoeducação e acompanhamento com desfechos positivos para os pacientes (KAKUMA ET AL, 2011).

Em 2014, foi publicado um trabalho realizado em cinco países (Etiópia, Índia, Nepal, África do Sul e Uganda) componentes do Programa de Melhoria da Saúde Mental Infantil (PRIME). O estudo objetivou avaliar a aceitabilidade e a viabilidade do compartilhamento de tarefas de cuidados em saúde mental entre os serviços especializados e os serviços de APS e comunitários através da percepção dos prestadores de serviços da APS nesses países (médicos, enfermeiros e agentes comunitários). O estudo sugeriu alguns requisitos considerados importantes para a efetivação do compartilhamento de tarefas: aumento do número de recursos humanos e acesso a medicamentos; treinamento, apoio e compensação adequados para os profissionais que assumem novas tarefas de saúde mental, supervisão contínua e estruturada de apoio aos serviços de APS; e definição clara dos papéis no compartilhamento de tarefas em todo Sistema de Saúde. Uma das barreiras para o compartilhamento de tarefas incluía a sobrecarga dos trabalhadores de saúde (Mendenhall et al, 2014)

No Brasil, o compartilhamento de tarefas em saúde mental pela APS não está claro pelas políticas vigentes. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica número 34 referente à saúde mental (BRASIL.

Ministério da Saúde, 2013). O caderno traz informações importantes a respeito das Políticas de Saúde Mental e Atenção Básica bem como orienta quanto aos dispositivos para o cuidado em saúde mental na comunidade como o projeto terapêutico singular e o apoio matricial, porém falha ao não delimitar as reais atribuições dos trabalhadores da APS nos cuidados efetivos em saúde mental que inclui também o diagnóstico, tratamento e cuidado continuado das pessoas com os transtornos mentais mais prevalentes.

Essas observações demonstram que, apesar das políticas incluírem a Atenção Primária na Rede de Atenção Psicossocial, esse processo é incipiente e tem muito mais ênfase por meio do suporte do matriciamento em saúde mental pelas equipes dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF) do que necessariamente pela qualificação dos trabalhadores da saúde ou da formação acadêmica adequada para lidarem com um problema de saúde de tal magnitude como é o adoecimento mental.

Um aspecto que poderia minimizar as dificuldades dos trabalhadores da APS em cuidar de pessoas em sofrimento psíquico, frente às lacunas de formação para o trabalho na APS, é a Educação Permanente. A Política de Educação Permanente, cujas diretrizes foram instituídas com a Portaria 1996/2007, compreende que a educação deve ocorrer no cotidiano do trabalho, levando em consideração os conhecimentos e experiências prévios, para que, a partir da problematização dos processos de trabalho possa haver uma transformação das práticas profissionais (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Nesse aspecto, o NASF tem papel fundamental para potencializar espaços de reflexão dos trabalhadores e promover uma mudança de práticas a partir das demandas educacionais dos trabalhadores e das necessidades da comunidade. Para isso, é necessária uma mudança de postura do trabalhador da APS para sujeito ativo do processo de aprendizagem em saúde, em oposição ao cenário que presenciamos na pesquisa.

Entendemos que essa mudança de postura não ocorre rapidamente e requer um planejamento consistente de Educação Permanente das equipes de APS de modo a ativar reflexões constantes e espaços de problematização da própria prática.

Compreendemos que a experiência vivencial dos trabalhadores da APS na Rede de Atenção Psicossocial, em especial no CAPS, pode promover movimentos de aproximação e co-responsabilização pelo cuidado das pessoas em sofrimento

psíquico, bem como compreender o funcionamento vivo da rede e pactuar critérios de encaminhamento. Em Juazeiro - BA, com a escassez de recursos e o quantitativo reduzido de profissionais especializados em saúde mental, essa medida pode ser mais sustentável que a possibilidade de matriciamento feito pelo CAPS que tem se tornado inviável com a sobrecarga de demanda nesse serviço.

## **4. MÉTODO**

A realização do presente projeto de intervenção ocorrerá obedecendo a descrição das etapas a seguir.

### **4.1 Cenário da Intervenção**

O cenário de intervenção será a rede de saúde municipal de Juazeiro, localizada no submédio do São Francisco, do Estado da Bahia, Brasil. O município de Juazeiro- BA, localizado no submédio do Vale do São Francisco, tem uma população de 197.965 habitantes segundo dados do IBGE (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010). De acordo com dados fornecidos pela gestão municipal, Juazeiro tem atualmente 63 equipes de saúde da família, com uma relação de uma equipe para cada 3500 habitantes. Conta também com quatro equipes NASF compostas por educador físico, nutricionista, assistente social, psicólogo, ginecologista e pediatra. Não há cobertura de equipe NASF para todo o município, sobretudo na zona rural.

A rede de saúde mental é composta por 01 CAPS AD, 01 CAPS infantil e 01 CAPS II, que funcionam de segunda a sexta de 8 às 17 horas, com uma média de atendimento mensal de 500 pessoas em todos os serviços. Além destes, o município ainda apresenta um Sanatório que é a referência principal para internamento.

### **4.1 Sujeitos da Intervenção**

Os sujeitos da intervenção serão os trabalhadores médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família e equipes NASF de Juazeiro- BA.

### **4.2 Estratégia de intervenção**

A estratégia inicial para a intervenção será a sensibilização da gestão municipal para a importância da integração da saúde mental na APS. Posteriormente, serão realizadas oficinas para a apresentação dos dados da pesquisa, buscando dialogar as demandas dos trabalhadores com as demandas da gestão municipal, de modo a construir um plano de educação permanente em saúde

mental para os trabalhadores da APS de modo a qualificar esses trabalhadores e ampliar os espaços de discussão entre APS, NASF e CAPS.

A partir do desenvolvimento do plano de educação permanente que será possível desenvolver uma cartilha com os transtornos mais prevalentes na APS e as possibilidades de manejo farmacológico e não farmacológico com estratégias diferenciadas de abordagem como o Método Centrado na Pessoa e Gestão Autônoma de Medicamentos.

Uma das estratégias apresentadas pelos trabalhadores e pelo psiquiatra do CAPS foi a participação dos trabalhadores da APS nos processos de trabalho dos serviços de referência especializados de modo a compreender, na prática, o funcionamento desses serviços, os critérios de encaminhamento, as ações realizadas, a abordagem em saúde mental, principais transtornos mentais, manejo farmacológico e não farmacológico. Essa estratégia, além de qualificar tecnicamente para o diagnóstico e tratamento, busca reduzir os estigmas relacionados às pessoas em sofrimento psíquico e estreitar laços entre trabalhadores da rede de saúde municipal, viabilizando a discussão de casos e a co-responsabilização pelos cuidados em saúde mental.

A proposta é que médicos e enfermeiros da APS, além dos membros da equipe NASF, frequentem, em seus horários de trabalho, os serviços de referência em saúde mental um turno por semana numa periodicidade pactuada com a gestão municipal.

Pensou-se em realizar o plano de intervenção com os trabalhadores de um distrito sanitário por trimestre.

#### **4. 4 Recursos utilizados**

O principal recurso utilizado será a disponibilidade de tempo da pesquisadora e gestão local para a construção e execução do projeto de intervenção além dos custos relativos à locomoção. O planejamento e condução da intervenção serão realizados pela pesquisadora que é médica e coordenadora da Residência de Medicina de Família do município, juntamente com a gestão municipal.

## **5 RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com esse projeto uma maior qualificação dos trabalhadores da APS e equipe NASF para o cuidado em saúde mental, diminuição dos estigmas relacionados às pessoas em sofrimento psíquico; ampliação do acesso resolutivo e responsável das pessoas com transtornos mentais na APS; possibilitar o cuidado compartilhado entre os pontos da rede de atenção à saúde, delimitar as atribuições da APS no cuidado em saúde mental e diminuir os encaminhamentos desnecessários aos serviços de referência e as renovações de receitas sem a avaliação dos usuários.

## **6 AVALIAÇÃO**

A avaliação será feita trimestralmente com a participação dos membros da gestão municipal, trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família, equipe NASF e trabalhadores dos serviços de referência buscando acompanhar as potencialidades e dificuldades da estratégia utilizada, o impacto na mudança dos processos de trabalho na APS e serviços de referência em saúde mental e no número de consultas em saúde mental registradas em produtividade da APS por equipe.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 20 ago. 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em: 25 jan. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 21 mai. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em 20 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 05 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, nov. 2005. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf). Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica n. 34). Disponível em: [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). Acesso em 18 fev. 2018.

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

FROSI, R. V.; TESSER, C. D. Práticas assistenciais em saúde mental na atenção primária à saúde: análise a partir de experiências desenvolvidas em Florianópolis, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3151-3161, 2015.

KAKUMA, R. et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. **Lancet**; v. 378, p. 1654–63, nov, 2011.

MENDENHALL, E. et al. Acceptability and feasibility of non-specialist health workers

to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. **Social Science & Medicine**. Oxford, v. 118, p. 33-42, out, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva, 2004. Disponível em: [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf). Acesso em 10 fev. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Manual mhGAP de Intervenções para Transtornos Mentais, Neurológicos e por Uso de Álcool e outras Drogas para a Rede de Atenção Básica à Saúde, Genebra, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf](https://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf). Acesso em 15 mar. 2018.

REBELLO, T. J. et al. Innovative strategies for closing the mental health gap globally. **Current Opinion in Psychiatry**, Londres, v. 27, n. 4, p.308-314, jul, 2014

WENCESLAU L. D., ORTEGA F. Mental health within primary health care and global mental health: international perspectives and Brazilian context. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-32, dez, 2015.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “**SINTO, LOGO EXISTO**”: A ESCUTA DA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE JUAZEIRO- BAHIA”, sob a responsabilidade da pesquisadora Allana Moreira Silva Freire de Carvalho com a orientação da pesquisadora Prof<sup>a</sup> Dr(a) **Islândia Maria Carvalho de Sousa**.

Trata-se de um projeto de pesquisa relativo ao mestrado profissional em Saúde da Família coordenado pela FIOCRUZ – Pernambuco. O projeto é um estudo de natureza qualitativa que busca registrar as narrativas dos profissionais de saúde da Atenção Básica quanto à experiência dos cuidados em saúde mental. O objetivo desta pesquisa é compreender como os trabalhadores da saúde da família percebem o cuidado às pessoas em sofrimento mental e o papel da Atenção Primária neste cuidado. A escuta das narrativas dos trabalhadores embasará a construção compartilhada de uma proposta de linha de cuidado em saúde mental para o município de Juazeiro – BA.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa, sendo assegurado o mais rigoroso sigilo com a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevistas individuais que ocorrerão no local de trabalho dos participantes em data acordada previamente com trabalhadores e gestão municipal com tempo de realização estimado entre 30 e 60 minutos. As entrevistas serão gravadas, mediante a sua autorização, para uso exclusivo do pesquisador e as identidades dos entrevistados serão omitidas, sendo a identificação feita pela categoria profissional do trabalhador.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, pois podem decorrer de possível constrangimento ao responder a alguma questão específica; estando o participante livre para não responder as questões apresentadas bem como pode deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para ampliar a compreensão dos cuidados em saúde mental na atenção primária, suas potencialidades e dificuldades, a fim de estimular a construção de uma linha de cuidado em saúde mental que leve em consideração a pluralidade de percepções dos trabalhadores da Atenção Primária.

O(a) Senhor(a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na plataforma da FIOCRUZ como tese de conclusão de mestrado podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Allana Moreira Silva Freire de Carvalho, no telefone (74)- 991441550

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (74)- 991441550 ou do e-mail [allanamoreiraesilva@yahoo.com.br](mailto:allanamoreiraesilva@yahoo.com.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

Nome/ assinatura do participante

---

Nome / assinatura do pesquisador responsável