

# A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental

Practice and perception of Primary Healthcare professionals about Mental Health (abstract: p. 17)

La percepción y la práctica de los profesionales de la Atención Primaria de la Salud sobre la Salud Mental (resumen: p. 17)

**Rafaela Miranda Proto Pereira<sup>(a)</sup>**

<rafinhampp@hotmail.com> 

**Fábio Ferreira Amorim<sup>(b)</sup>**

<fabio.amorim@escs.edu.br> 

**Maria de Fátima de Novais Gondim<sup>(c)</sup>**

<mariagondim@escs.edu.br> 

<sup>(a, b, c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Coordenação de Cursos de Pós-Graduação e Extensão, Escola Superior de Ciências da Saúde. SMHN, quadra 3, conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS – Coordenação de Pós-Graduação e Extensão, Asa Norte. Brasília, DF, Brasil. 70710-907.

A elucidação dos entraves na assistência à Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a melhoria dos serviços. O objetivo do estudo foi conhecer a percepção e a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS para contribuir no esclarecimento das dificuldades percebidas. Trata-se de um estudo transversal qualitativo em profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) de Itumbiara, GO, Brasil, por meio de questionário semiestruturado, sendo realizada análise de conteúdo conforme técnica de Bardin. Foram identificadas barreiras como incapacidade em lidar com demandas de Saúde Mental, receio no contato com usuário, falta de processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e incompreensão de como realizar o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde de forma a garantir a integralidade. O entrave principal se dá em como fazer, necessitando intervenções efetivas de Educação Permanente.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em saúde.

## Introdução

A necessidade de apoio em Saúde Mental tem crescido exponencialmente<sup>1-3</sup>. Assim como previu a Organização Mundial de saúde (OMS), atualmente a depressão está entre as principais causas de incapacidade no mundo<sup>2</sup>, confirmada a previsão em seu novo relatório de 2017<sup>4</sup>, que aponta a existência atual de 322 milhões de pessoas no mundo. Transtornos mentais acometem 25% da população mundial em alguma fase da vida, totalizando aproximadamente 20% da demanda na APS. Assim, a importância de os profissionais da APS estarem aptos a lidar com essas necessidades, promovendo atenção integral à saúde da pessoa em sofrimento psíquico, pode ser entendida como resultado do impacto na saúde mental dos fatos cotidianos na vida de uma pessoa em contraponto a sua capacidade de adaptar-se aos acontecimentos, que é relacionada não somente a sua individualidade, mas também a condição social, história de vida, rede de apoio e outros fatores. Embora o sofrimento psíquico esteja de alguma forma presente na vida de todos, em alguns pode ameaçar romper a identidade<sup>3</sup>. Assim, é importante o olhar integral, que compreende o indivíduo como um ser completo e indissociável de seu contexto social, político, histórico, familiar e ambiental, sendo esses fatores determinantes do processo de saúde-doença<sup>5</sup>. O propósito está em assistir as pessoas frente a seus sofrimentos e contextos, em vez de tratar apenas a doença<sup>6</sup>.

Os modelos de APS foram difundidos por meio da construção coletiva com base em referenciais teóricos, tendo como objetivo ampliar a promoção de saúde<sup>7</sup>. Na perspectiva de contribuir para consolidar o direito universal à saúde, os profissionais devem possuir diferentes conhecimentos e habilidades de modo a garantir a integralidade<sup>8</sup>. No Brasil, o movimento de ampliação da saúde ficou conhecido como Reforma Sanitária brasileira, que decorreu de um processo de mobilização social pela redemocratização, associado à indignação frente às desigualdades e aos interesses do mercado na saúde, tendo como marcos a Oitava Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que torna universal o direito à saúde<sup>7,9</sup>. Ao longo do processo de consolidação do SUS, a ESF foi – e ainda é – importante fator propulsor para o avanço da APS, caracterizada pela utilização de tecnologias leves, que levam em conta critérios de riscos e vulnerabilidades, acolhendo necessidades de saúde e sofrimento. É orientada por princípios como continuidade do cuidado, universalidade, integralidade, vinculação, humanização, responsabilização e equidade<sup>10</sup>. A saúde se estende ao âmbito individual e coletivo, sendo o direito do usuário tratado de forma integral, atuando no diagnóstico, reabilitação e redução de danos com repercussão nos determinantes e condicionantes de saúde. Os profissionais são orientados a trabalhar em equipe e estruturar o processo de trabalho com atuação fundamentada na territorialização, mapeamento de áreas e planejamento de ações<sup>8</sup>.

No âmbito da Saúde Mental, esse movimento ocorreu de forma fronteira à Reforma Sanitária, sendo conhecido como Reforma Psiquiátrica brasileira, que trouxe a permutação do modelo hospitalocêntrico para um modelo psiquiátrico comunitário, fundamentado nos serviços descentralizados e multiprofissionais, que preconizam o cuidado prioritariamente fora do hospital, sendo as unidades básicas de saúde os principais serviços a atuarem nessa mudança; entretanto, isso não se

verifica até o momento<sup>11,12</sup>. Com o avanço de políticas, como a lei orgânica do SUS, e da luta antimanicomial, foram incluídos equipamentos como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de forma a induzir a reorganização dos serviços, mudança de práticas e delineamento de uma rede de Saúde Mental<sup>11</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca a importância das Redes de Atenção em Saúde (RAS) e o papel central da APS como cenário para o cuidado comunitário de saúde<sup>8</sup>. RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados por missão única, objetivos comuns e ação cooperativa e interdependente coordenados pela APS de modo a ofertar atenção contínua e integral à população<sup>13</sup>. No contexto da Saúde Mental, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), cujos dispositivos incluem a ESF, os Caps e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)<sup>14</sup>. Este último foi criado com o objetivo de aumentar a resolubilidade da APS, além de ampliar sua abrangência e reforçar a capilaridade dos serviços. O apoio é característica central do Nasf, no qual as equipes de apoio matricial atuam como suporte técnico especializado e multidisciplinar para ampliar e qualificar as ações das equipes. São compostas por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e outros profissionais, de acordo com as demandas da comunidade<sup>3,14</sup>. Reforça assim as possibilidades do território, considerando a corresponsabilidade dos diferentes atores na assistência, sendo os percursos dos usuários protagonizados pelos profissionais que trabalham na APS, Raps e Caps<sup>14,15</sup>. Desse modo, a construção e consolidação da substituição ao modelo asilar ocorre pela formação de redes de cuidados comunitários. ESF e Caps são dispositivos de valor estratégico, fornecendo atendimento próximo às residências dos usuários. Ampliam o olhar acerca da saúde, desenvolvendo um modelo humanizado que exalta os direitos do cidadão em sofrimento psíquico<sup>12</sup>. O engajamento das equipes de ESF no cotidiano comunitário facilita a vinculação e alternativas terapêuticas que não a internação<sup>16</sup>. Caps e APS devem estar integrados para garantir um atendimento mais resolutivo, sendo exemplos: estabelecimento de iniciativas conjuntas, educação permanente e apoio matricial<sup>16</sup>. No campo de investigação desta pesquisa, a Raps é composta por Caps I, vinte equipes de ESF e duas equipes de Nasf.

Usuários em sofrimento psíquico atraem o olhar dos profissionais com inúmeros estigmas e preconceitos que podem gerar barreiras de acesso. No contexto da APS, manejo e cuidados adequados quanto ao sofrimento psíquico são fundamentais. Atualmente, observa-se carência de ações em Saúde Mental. Quando, no município, há serviço que ofereça atendimento psicossocial, o recomendado é que haja ações conjuntas e articuladas, de acordo com os graus de complexidade exigidos pelas demandas; e, quando não há serviço disponível, recomenda-se a busca de capacitação das equipes de ESF, para que elas saibam lidar com esses usuários e suas angústias, uma vez que os profissionais podem experimentar sensação de insegurança<sup>17,18</sup>.

Os profissionais de saúde buscam atuar de forma a resolver, ou até mesmo curar, os sintomas dos usuários; porém, no contexto de sofrimento psíquico, essa expectativa muitas vezes não é factível, podendo levar a sentimentos como impotência, autodepreciação e culpa. A dificuldade em lidar com esses sentimentos pode gerar distanciamento e resistência ao trabalho com saúde mental<sup>3</sup>. Logo, é necessário que os profissionais da APS adquiram aptidões que garantam o melhor uso das tecnologias

disponíveis e sua imediata aplicabilidade prática. Assim, esse estudo tem como objetivo conhecer a prática dos profissionais sobre a Saúde Mental na APS, contribuindo para o esclarecimento das dificuldades em suas rotinas e para melhorar a assistência aos usuários.

## Método

Pesquisa de investigação de campo, exploratória e qualitativa, cujos dados utilizados constituem recorte da fase qualitativa da dissertação de mestrado profissional “A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Básica sobre a Saúde Mental”. O campo inicialmente investigado compreendeu as vinte equipes de ESF do município de Itumbiara, GO, Brasil, que atingem 80% de cobertura em população de aproximadamente cem mil habitantes.

A pesquisa foi realizada no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019, sendo as entrevistas da fase qualitativa desenvolvidas por um questionário semiestruturado aplicado aos sujeitos participantes eleitos por amostragem de conveniência, constituída pelos profissionais das equipes de ESF que se dispuseram a participar da fase qualitativa entre os participantes da fase anterior da pesquisa e que estavam presentes nos momentos de comparecimento do pesquisador ao campo de pesquisa. Foram compreendidas as seguintes categorias profissionais: agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem, enfermeira e recepcionista com vínculo empregatício no município ou Estado (efetivos e credenciados), além de cargos comissionados. Todas do gênero feminino, entre 35 e 55 anos de idade, com cinco a 13 anos de atuação em APS e nenhuma com capacitação específica em Saúde Mental. Ausência de participação da classe profissional médica merece destaque, pois nenhum médico se disponibilizou a participar da entrevista.

A entrevista apresentava cinco perguntas abertas que abordavam as dificuldades enfrentadas e a vivência dos profissionais na operacionalidade com pacientes de Saúde Mental. Foram realizadas seis entrevistas com duração entre trinta e sessenta minutos. Inicialmente, houve elaboração de atmosfera de segurança buscando respostas profundas e ativas. Os dados foram coletados por meio de gravador e transcritos sem alteração de conteúdo. Uma leitura inicial foi realizada a fim de perceber repetição de temas e saturação dos discursos, sendo o total de entrevistas considerado satisfatório para elucidar o fenômeno estudado.

Após transcrição e revisão, os dados foram analisados conforme técnica de análise de conteúdo de Bardin, que possui por propósito a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo expresso pela comunicação, sendo realizada com auxílio do *software* Iramuteq (do francês, Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Para organização, foi optada pela Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com realização de análise lexicográfica do *corpus* textual com agrupamentos de vocábulos em função da frequência, sendo selecionados apenas substantivos, verbos e adjetivos para que a análise fosse clara<sup>19,20</sup>. Estando os dados organizados e categorizados em classes, foi realizada análise pelo pesquisador, buscando compreender os significados e percepções do contexto estudado, proporcionando interpretação fundamentada e contextualizada.

Assim, realizou-se três etapas: preparação do *corpus* textual (pré-análise), constituição das análises (exploração do material) e interpretação dos dados (tratamento/interpretação dos resultados)<sup>19,20</sup>.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, sendo as entrevistas realizadas após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados

A partir do *corpus* geral constituído dos textos das entrevistas, o conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1 – Dificuldades da ESF em lidar com a saúde mental, Classe 2 – Cotidiano dos profissionais, Classe 3 – Possibilidades terapêuticas/Modelo médico-centrado e Classe 4 – Importância dos medicamentos.

### Classe 1 – Dificuldade da ESF em lidar com a Saúde Mental

A classe 1 mostrou a dificuldade da equipe de ESF em lidar com a Saúde Mental em seu território. O contato entre os profissionais, os pacientes e os familiares tem sido restrito e, muitas vezes, não compartilhado por toda a equipe, sugerindo dificuldade de a equipe lidar com os usuários de modo a estabelecer o vínculo.

Tenho um pouco de dificuldade com Saúde Mental, porque a gente não tem muito contato direto com essas pessoas. Temos um contato meio restrito, porque o contato maior é com o médico mesmo. Sou agente de saúde. (Simone)

Percebe-se que, muitas vezes, os membros da equipe não possuem clareza acerca de suas atribuições sobre como lidar com a demanda em Saúde Mental, condicionando o cuidado apenas ao médico, abstenendo-se. Evidenciou-se dificuldade no estabelecimento de vínculo com a comunidade. Embora tenham consciência da necessidade de atuar na Saúde Mental, expressaram dificuldade por não se sentirem capacitados a lidar com essa demanda. Ou seja, os trabalhadores percebem que não atuam com programas ou processos de trabalho específicos para a saúde mental, mesmo compreendendo a importância para seu território.

Eu não tenho essa preparação. Não tenho essa qualificação, sempre conversamos sobre Saúde Mental. É até simbólica e triste a estatística, mas nossa área tem muito até em tom de brincadeira que é a “área dos doidos”. (Maria)

Dependendo da receita pra trocar, então você não tem aquele grupo igual a você ter o grupo de gestantes e de hipertensos. Então de Saúde Mental falta isso aqui até pra gente estar identificando. (Joana)



Gestantes e hipertensos são grupos bem estabelecidos pelas Unidades de Saúde, tendo processos precisos; já a Saúde Mental não apresenta tal aspecto. O processo de trabalho com os pacientes em sofrimento psíquico não mostrou protocolos ou formas já estruturadas. A equipe se mostrava sem ferramentas para tal e ainda demonstrou receio de que os pacientes fossem agressivos ao contato. As representações sociais criadas historicamente e pautadas no distanciamento e no medo podem ser evidenciadas a seguir:

A gente tem essas dificuldades, agressividade é um complicador. O G. não tinha essa dificuldade, O E. já tem e o J. também não tinha, ele andava nas ruas. Não me sinto preparada, acho que é uma área bem complicada. (Ângela)

A gente não tem assim sobre Saúde Mental, a gente fica assim com receio sobre o que vai encontrar. Se for pra gente ir trabalhar e a gente saber o que a gente vai encontrar. (Simone)

Eu tinha pessoas que tinham surto mesmo que a gente não podia ficar sozinha com eles. (Leila)

O diálogo é sempre com a família pra falar a verdade. [...] a gente faz o que pode. O E. não tinha como entrar na casa dele porque se ele surtar, ele agride. (Maria)

Apesar de a representação social em vigor ser construída no medo, os trabalhadores conseguem atuar, em alguns momentos, com olhar ampliado, não taxando simplesmente determinado fenômeno de transtorno mental.

Hoje está de um jeito, amanhã de outro e será que vamos só taxar de doente mental e por trás da história. (Virgínia)

## Classe 2 – Cotidiano dos profissionais

A classe 2 representou as ações que os profissionais realizam diariamente na ESF: “ver”, “falar”, “entender”, “passar”, “explicar” e “perguntar”, especialmente por meio das “visitas”, compreendendo as relações de contato entre os sujeitos – “doutor” e “senhor” – na abordagem da “saúde” “mental”.

Percebem-se as possibilidades de atuação vislumbradas pelos profissionais da ESF, especialmente dos agentes comunitários de saúde, que atuam nas visitas domiciliares, e inclui a sensibilidade do olhar, da comunicação e da busca do entendimento das realidades cotidianas do usuário para compreensão de estratégias de cuidado.

Especialmente quando estou só eu, chego e relato todas as coisas. Não só a Saúde Mental, às vezes, grávida de risco, pessoas que moram em barracos que são maltratados.... tudo eu repasso, relato mesmo. (Joana)



Esses dois de Saúde Mental que eu tive, assim, mais experiência como meu trabalho eu me sinto satisfeita sim, porque eu faço as orientações, pergunto o que está precisando, pergunto tudo referente ao meu serviço. (Simone)

Notaram-se barreiras no estabelecimento de laço efetivo de comunicação, nas quais os profissionais mostraram dificuldade no contato direto com usuários com necessidades relativas à saúde mental, sendo tal contato muitas vezes limitado aos familiares.

Com relação à senhora, eu me senti culpada, porque eu fazendo uma visita pra uma pessoa que não está totalmente bem sozinha, eu falei com a doutora que eu tenho até medo, porque vai que some alguma coisa. (Ângela)

“Senhora, o talãozinho da senhora está aqui”, aí ela disse: “Coloca pra mim na caixa”, aí eu vi que ela já não entendeu, aí eu falei: “Não posso pegar esse talão da senhora”. (Simone)

Porque como ela vai entender, se eu disser “Olha, dona, a senhora tem diabetes, lá vai ter o Hiperdia”. Se tiver alguém na casa, aí sim. (Leila)

Aí, eu disse que não, que lá era uma unidade de saúde, mas que lá próximo vendia. Pensei que ela tinha confundido o endereço, eu expliquei. Aí como ela estava só, era a primeira vez que eu tinha visto ela, sobre o entendimento do que eu falo. (Maria)

Em outros trechos, os profissionais revelaram barreiras por considerarem que não possuem conhecimento suficiente para oferecer tratamento adequado, desencadeando o imediato encaminhamento ao serviço de referência. Assim, não são avaliadas outras possibilidades no âmbito da Raps que não seja o modelo focado no médico ou em medicamentos.

Porque a gente vê o que pode ser feito e muitas vezes passamos pra frente e não temos retorno. Não tenho qualificação específica que me autorize e me habilite a tratá-lo. A habilitação seria o conhecimento. (Virgínia)

Se eu tiver alguma dúvida, vou à enfermeira, converso com ela, aí geralmente a gente sempre encaminha a pessoa para a referência ou então pede a pessoa pra poder consultar com a doutora. (Maria)

### Classe 3 – Possibilidades terapêuticas/Modelo médico-centrado

A classe 3 destacou as possibilidades de acompanhamento e tratamento identificadas pelos profissionais da equipe de ESF, sendo enunciadas dificuldades e possibilidades de lidar com demandas relativas ao conhecimento dos recursos terapêuticos disponíveis no município.

Pode-se compreender que a ESF possui processos de trabalho estabelecidos quanto à identificação e quantificação dos usuários que fazem uso de medicamentos psicotrópicos, como a anotação do nome dos usuários e dos medicamentos psicotrópicos que usam. Porém, tais ações são interpretadas como desconectadas do cuidado, uma vez que não trazem à tona questões relevantes do usuário para garantia da integralidade.

A minha maior dificuldade é a paciente estar só. A filha dela me passa a medicação de controle que ela toma. (Leila)

Pedi a ela pra marcar uma hora para eu poder visitar e pegar as medicações que ela toma, aí ela tinha no celular. Eu já copieei, porque ela estava com pressa, e ela me passou do lado de fora mesmo, mas é essa a dificuldade que eu tenho. (Ângela)

Então, a dificuldade de identificar se é um surto ou uma situação passageira. Não é porque eu tomo Rivotril ou Diazepam que eu sou um desequilibrado. Posso até não tomar nenhum remédio e ficar desequilibrado também. (Joana)

Nas entrevistas, uma profissional comentou acerca da possibilidade do paciente não fazer acompanhamento por não estar presente na unidade, não percebendo que o seguimento independe de o usuário frequentar a Unidade de Saúde ou passar por consultas médicas naquele ambiente.

Aí, na segunda vez, eu já passei e quem estava era a filha. Aí, já peguei os nomes das medicações que ela toma e expliquei novamente a rotina do posto de saúde. Ela não fazia acompanhamento, nem tinha vindo aqui ainda. (Simone)

Outro aspecto refere-se à percepção da equipe de ESF quanto às necessidades e sentimentos dos usuários de Saúde Mental. Os profissionais são capazes de perceber sinais, como impaciência e irritabilidade, e tentam adotar atitudes frente à demanda. Porém, quando o usuário apresenta necessidade que não é rotineira, como o surgimento de dor, o estigma impede o profissional de efetivar a integralidade no cuidado.

Aqui, na recepção, fazemos o possível pra tratar os pacientes bem. Já entendemos o que os pacientes querem. Conhecemos todos da área. Às vezes, chega um que sabemos que não tem paciência de esperar, já pegamos a receita. Até a doutora mesmo já conhece. (Leila)



Eu achando que ele queria só a receita. Ele queria passar por consulta médica nesse dia. Ele ficou agitado porque eu não soube como lidar. O próprio pai não soube lidar com o filho, ele estava com dor. (Joana)

De modo geral, a ESF tem se restringido à renovação de receitas, sem vislumbrar outras possibilidades de lidar com os desafios apresentados no seguimento de usuários de Saúde Mental.

Questão até da própria aceitação. Aí, acaba que ficamos um pouco distantes desses pacientes e você também não tem aquele acesso à pessoa. Ela às vezes vem pra pegar receita. (Maria)

Mas quando você joga pro lado de que vou te ajudar, você vai fazer um acompanhamento agora com o profissional tal, ela já fala dessa profissional, ou seja, ela conhece todas as medicações. (Virgínia)

Embora atendimento psicológico pela apoiadora do Nasf esteja disponível, o recurso não é plenamente utilizado, pois o atendimento prestado é realizado apenas de forma individual e, ocasionalmente, quando a equipe solicita o serviço. O recurso de apoio matricial e atividades grupais singulares à demanda da comunidade não são executados no contexto investigado, tornando a articulação da Raps deficitária.

Também a psicóloga vem do Nasf. Ela vem toda quarta-feira à tarde e fica, até aqui, no consultório do dentista. [...] A gente comunica a população que tem a psicóloga e se a pessoa quiser ela pode vir consultar. (Maria)

Aí, associa o tratamento psicológico com a medicação. Às vezes, a pessoa não toma a medicação e faz o atendimento só psicológico. Da minha área, não tem nenhum que faz acompanhamento com a psicóloga. (Leila)

Os profissionais percebem que o acompanhamento idealmente deveria ser realizado pela ESF, o que não acontece. Os usuários permanecem muito tempo na unidade de referência em Saúde Mental do município, sem acompanhamento pela ESF. A concentração do atendimento no Caps é um impeditivo da circulação do paciente na Raps, apesar de existirem os serviços indicados para lidar com a demanda na comunidade – dois NASF e vinte equipes de ESF.

Não tem acompanhamento direto no território, não. Só fica sabendo pelos familiares. Acompanhar diretamente assim, não. Tem alguns relatos dos familiares, mas diretamente assim, não. Tenho alguma dificuldade por conta que a gente não tem muito conhecimento. (Simone)



Então, você tem que tratar a crise, o paciente saiu da crise, ele vai embora, está de alta. Aí ele teria que ter aquele acompanhamento. Seria na atenção básica, então assim tem essa falha um pouco. (Joana)

Há dificuldade de acesso ao paciente. Por vezes, os pacientes não chegam até aqui. [...] Tem o tratamento lá, às vezes, vem aqui rotineiramente a cada três ou seis meses. (Leila)

Os profissionais ressaltaram a importância do cuidado do hospital na Saúde Mental, além de muitas vezes não identificarem seus papéis e se retirarem do cuidado. É evidenciada ainda a herança cultural de unidades hospitalares. No contexto investigado, o Caps funciona em um antigo hospital psiquiátrico, atualmente em transição para o modelo psicossocial.

Eu me sinto preparada porque pela questão que eu tenho de longa data com relação até, no próprio hospital, de lidar com vários tipos de pessoas. Assim, você tem aquele carinho diferenciado, que são pessoas que realmente precisam de atenção, e a gente busca fazer isso: dar atenção. (Ângela)

Teria que implantar essa rotina, teria que ter esse tipo de cuidado aí. Porque, no hospital, você está ali pra fazer o que: os cuidados, prestar o atendimento emergencial a aquele paciente que já está em crise. (Leila)

#### **Classe 4 – A importância dos medicamentos**

A classe 4 destacou a importância que é dada ao tratamento medicamentoso, as barreiras na aceitação dos tratamentos propostos e a dificuldade de a equipe lidar com episódios de crises, recorrendo frequentemente ao cuidado hospitalar.

A importância dada ao tratamento medicamentoso foi destacada pelos profissionais. Alternativas de enfrentamento às crises não têm sido consideradas, mesmo dispondo de equipe multidisciplinar. Há dificuldade em lidar com situações de conflito, não sendo visualizadas outras possibilidades que não seja medicações e o cuidado médico. Ao mesmo tempo, reconhecem a importância de melhorar a capacitação.

Eu creio que precisa de mais preparo, mais conhecimentos e mais técnicas de como lidar com o problema de imediato, porque uma pessoa medicada é fácil para você cuidar. Uma pessoa que não está medicada, que está surtada, já é mais difícil. (Maria)

Agora tem pouco tempo que descobri que ele está medicado, mas a vida inteira estávamos tentando com a família que ele fosse medicado. Ele ficava na rua. (Virgínia)



Os casos mais complicados geralmente são pela família, igual o J. Agora, ele está medicado, mas a vida inteira ele teve uma depressão [...] e foi ficando na rua. Ele rasgou os documentos. (Maria)

Ela não aceitava tomar a medicação e, além disso, ela era deficiente física. Então, era aquela complicação. Ela também tentou fazer o tratamento com a psicóloga que vem aqui na unidade. (Joana)

Porque a gente vê pessoas que estão em crise, você dá um sossega-leão nelas e pra saber o que faz depois. (Leila)

Outro fato que chamou atenção é a dificuldade de espaços e momentos para discussões, prejudicando a elaboração conjunta do projeto terapêutico singular e a pactuação com usuários acerca do processo de cuidado pela APS, além de não possibilitar trabalhar representações sociais de medo e agressividade que os profissionais projetam sobre os pacientes.

Quando ela morreu, a situação ficou mais difícil, numa tentativa foi para o hospital e de lá ele saiu controlado. Nunca teve espaço pra discutir na equipe sobre Saúde Mental, não teve espaço específico sobre isso, pra reunir. (Simone)

## Discussão

A análise das entrevistas evidenciou os profissionais sentindo-se incapacitados em lidar com demandas de Saúde Mental, apresentando receio no contato com os usuários. Deixam claro que não atuam com processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e não conseguem definir como deve ser o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde. Referem que sentem dificuldade em lidar com a demanda, conhecem seus deveres, porém, não conseguem aplicá-los. Assim, a intersetorialidade e a integralidade são um desafio, uma vez que o trabalho em Saúde Mental envolve a quebra de paradigmas históricos. Superação da visão manicomial não ocorre de forma imediata e envolve comprometimento, capacitação e compreensão de que o cidadão não deve ser privado de seu convívio social apenas por possuir transtorno mental. Os transtornos mentais comuns compõem demanda cotidiana na ESF, sendo importante que a APS esteja apta a responder às principais demandas da comunidade<sup>21-25</sup>.

Quanto à melhoria do acesso do usuário com demanda relacionada à saúde mental, a posição estratégica das equipes de ESF, por sua proximidade com o usuário na comunidade, proporciona uma leitura mais ampla da situação, ampliando possibilidades para diagnóstico e tratamento e possibilitando ação mais rápida e efetiva nos cuidados<sup>1,24,25</sup>. Estudo colaborativo mostrou a importância da APS na identificação de transtornos mentais, uma vez que sua prevalência foi alta nos 15 países estudados<sup>26</sup>.

Oportunizar o cuidado não implica somente na identificação e oferta do tratamento, mas também na adequação do serviço às necessidades da população<sup>24</sup>. O acesso não abrange qualquer uso do serviço, mas um uso qualificado, de acordo com a demanda e executado de forma correta e com recursos corretos<sup>24,27</sup>. Os profissionais de APS necessitam de capacitações para identificar e cuidar de usuários com necessidades em saúde mental, justificando a priorização de iniciativas para qualificação de profissionais no cuidado dessas pessoas no contexto da APS. Na maioria das ocasiões, as ações não exigem atividades além daquelas que já são realizadas pelas equipes de ESF. Ademais, como o atendimento ocorre na casa dos usuários e de sua rede de apoio, viabiliza-se a abordagem familiar e comunitária<sup>1,3,24</sup>.

O cuidado é mais eficaz quando existe longitudinalidade com vínculo duradouro e prática centrada na pessoa, e não na doença, uma vez que a saúde mental não está dissociada da saúde geral<sup>24,28</sup>. Um elemento a ser considerado para alcance da longitudinalidade é a equipe se sentir segura para atender à demanda dos usuários. As entrevistas expressaram incômodo quanto à prática dos profissionais, evidenciando dificuldades no contato com pacientes e familiares em sofrimento psíquico, além das incertezas vivenciadas e dificuldade de aceitação das Unidades de Saúde por parte dos pacientes, reforçando o sentimento de que a saúde mental é dissociada da saúde como um todo e de que a APS possui baixo potencial para tratamento de necessidades de saúde mental, aspecto que é comum a outros estudos<sup>29,30</sup>. Estudo brasileiro que incluiu 29.778 equipes de ESF (87,1% das equipes brasileiras) mostrou que 60,3% dos entrevistados se sentiam despreparados para atuar em Saúde Mental<sup>29</sup>. Outro estudo com equipes de ESF na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, mostrou resultados semelhantes com trabalhadores expressando sensação de despreparo, além de baixa percepção de potencial terapêutico do cuidado na APS para transtornos mentais<sup>30</sup>. Ao contrário dessa percepção, profissionais da APS, ao passarem por programas educativos, podem ofertar cuidados com resultados semelhantes, senão melhores, do que níveis especializados no reconhecimento e acompanhamento de transtornos mentais, especialmente por possibilitar tratamento concomitante de outras doenças, favorecendo a longitudinalidade e a integralidade na assistência à saúde e garantindo que o acompanhamento não ocorra separadamente de outras condições de saúde<sup>1,3,24</sup>. Ressalta-se que, no estudo realizado com equipes de ESF brasileiras, realização de ações educativas e de promoção de saúde em Saúde Mental apresentou pouco mais de um terço de respostas afirmativas, o que mostra baixa incorporação dessas atividades na rotina dos serviços<sup>30</sup>. Esses achados reforçam a necessidade de melhorias nos processos de Educação Permanente, especialmente quanto à construção de sistemas integrais no âmbito do próprio serviço, superando as dificuldades implantadas e qualificando o cuidado<sup>31,32</sup>.

A integralidade é composta por quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção; garantia de acesso aos três níveis de complexidade; articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e abordagem integral<sup>33,34</sup>. É um dos principais princípios do SUS, que se opõe à fragmentação da oferta de cuidado, e busca romper com a polaridade entre as ações de prevenção e curativas da saúde, estando associada à integração de serviços da Raps com reorientação das práticas e tendo como linha orientadora a APS, especialmente, as equipes de ESF<sup>35,36</sup>.

Apesar dos avanços obtidos, faz-se necessário superar obstáculos da interação entre o Caps e a ESF, melhorando a comunicação entre os profissionais e capacitando para potencializar a ampliação da Raps<sup>37</sup>.

Em relação à Saúde Mental, para consecução da integralidade, os profissionais da APS devem desenvolver competências para lidar com usuários em sofrimento psíquico, assim como receber apoio de profissionais com maior experiência no assunto quando necessitar<sup>38</sup>. Para assumir a responsabilidade com o cuidado em Saúde Mental, a equipe de ESF necessita ter condições de trabalho adequadas, incluindo locais para discussões de casos, integração eficiente com a rede de saúde e a Raps; efetivando a coordenação do cuidado pela APS com articulação harmoniosa entre diferentes serviços e profissionais; destacando o apoio matricial, que tem por objetivo otimizar a comunicação entre os diferentes pontos de atenção; potencializando a troca de conhecimento; e qualificando a equipe, ampliando sua resolutividade<sup>39-41</sup>.

## Considerações finais

O estudo elucidou questões da percepção e da prática vivenciada por profissionais relativas ao cuidado em Saúde Mental na APS. Pode-se perceber que os profissionais demonstraram saber o que devem fazer e possuem capacidade de perceber a necessidade de atuar em aspectos relativos à saúde mental em sua comunidade, porém, não compreendem como ofertar e realizar acompanhamento. Assim, foi possível identificar algumas das principais dificuldades vivenciadas por eles, como sensação de incapacidade em lidar com demandas de saúde mental e receio no contato com o usuário, além de não atuarem com processos de trabalho específicos para a Saúde Mental e não saberem definir como deve ser o acompanhamento e a interlocução entre os serviços de saúde pertencentes à Raps. Atenção especial deve ser dada a retrocessos nas mudanças publicadas em janeiro de 2020 referente à extinção do Nasf<sup>42</sup>. Apesar de os profissionais ainda estarem aprendendo como operacionalizá-lo, por ser este um dispositivo recente, tal fato não justifica sua extinção. Essa conduta pode comprometer a assistência à saúde, agravando as lacunas na assistência, e atentar contra a existência do SUS.

Transtornos mentais comuns representam demanda cotidiana na ESF, o que justifica priorizar ações de melhora do cuidado de pessoas com sofrimento psíquico na APS. Oportunizar esse cuidado não implica somente em identificar e iniciar o tratamento de usuários, mas também capacitar os profissionais. Assim, a Educação Permanente tem papel fundamental, sendo alternativa importante para a mudança da realidade por meio da aprendizagem significativa. Expansão de espaços para discussões de casos, investimento em matriciamento e profissionais matriciadores, alteração de processos de trabalho com afeto e locais de expressão são aspectos fundamentais no que concerne à melhoria do cuidado em Saúde Mental. É relevante que tais medidas garantam a manutenção dos ganhos obtidos com a luta dos movimentos sociais, da consolidação do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira.

## Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



## Referências

1. Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N. Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Ment Health Fam Med*. 2008; 5(2):67-9.
2. World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança [Internet]. Geneva: Who; 2002 [citado 10 Jul 2019]. Disponível em: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 10 Jul 2019]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)
4. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: Who; 2017.
5. Nasi C, Cardoso ASF, Schneider JF, Olschowsky A, Wetzel C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *REME Rev Min Enferm*. 2009; 13(1):147-52.
6. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev Eletronica Enferm*. 2008; 10(3):784-95.
7. Cohn A. Reforma Sanitária Brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(7):1614-9.
8. Brasil. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 10 Jul 2019]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
9. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saude Debate*. 2016; 40(108):204-18.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários. *Diário Oficial da União*. 22 Out 2011.
11. Cavalcanti MTA. A Reforma Psiquiátrica brasileira: ajudando a construir e fortalecer o Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(9):1962-3.
12. Barroso SM, Silva MA. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Rev SPAGESP*. 2011; 12(1):66-78.



13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 10 Jul 2019]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)
15. Costa A, Silveira M, Vianna P, Silva-Kurimoto T. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Rev Port Enferm Saude Mental*. 2012; (7):46-53.
16. Souza AJF, Matias GN, Gomes KFA, Parente ACM. A saúde mental no programa de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(4):391-5.
17. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(8):2511-21.
18. Scóz TMX, Fenili RM. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. *Rev Electronica Enferm*. 2003; 5(2):71-7.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
20. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol*. 2013; 21(2):513-8.
21. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998; 4(11):1241-3.
22. Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. 2012; 9(3):760-71.
23. Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(2):639-46.
24. Starfield B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
25. Carvalho BR, Ferreira JBB, Fausto MCR, Forster AC. Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. *Cad Saude Colet*. 2009; 26(4):462-9.
26. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester: John Wiley; 1995.
27. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(2):190-8.
28. Weiss J, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health*. 1996; 86(12):1742-7.
29. Gerbaldo TB, Arruda AT, Horta BL, Garnelo L. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na atenção básica a saúde do Brasil. *Trab Educ Saude*. 2018; 16(3):1079-94.
30. Prata NISS, Groisman D, Martins DA, Rabello ET, Mota FS, Jorge MA, et al. Saúde Mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(1):33-53.
31. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão de literatura. *Cienc Saude Colet*. 2013; 21(5):1499-510.



32. Tavares CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(2):287-95
33. Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1417-23.
34. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saude Debate.* 2002; 26(60):37-61.
35. Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(2):331-6.
36. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(1):181-90.
37. Nóbrega MP, Bertolazzi G, Silva F, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental [Internet]. In: *Atas do 5o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2016)*; 2016; Porto, Portugal. Porto: *Atas - Investigação Qualitativa em Educação*; 2016 [citado 10 Mai 2020]. v. 2, p. 41-9. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/735/722>
38. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate.* 2018; 42(1):18-37.
39. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(2):399-407.
40. Figueiredo MD, Campos RO. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(1):129-38.
41. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MADC, Santos AF, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. *Cad Saude Publica.* 2018; 34(2):e00201515.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, de 28 de Janeiro de 2020. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 10 Fev 2020]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>



It is essential to understand the existing hindrances in Primary Healthcare regarding Mental Health in order to improve services. The objective of this study was to get to know the practice and perception of professionals about Mental Health in Primary Healthcare to help understand the perceived difficulties. It was a qualitative transversal study conducted with Family Health Strategy professionals in the Brazilian city of Itumbiara, state of Goiás, through a semistructured survey, which was analyzed using Bardin's content analysis. The following barriers were identified: inability to deal with Mental Health demands, hesitance to contact users, lack of specific work processes, and non-understanding of how to conduct follow-up and interlocution among health services in order to guarantee a comprehensive care. The main hindrance is in how to do it, requiring effective Permanent Education interventions.

**Keywords:** Mental health. Primary Healthcare. Comprehensive care.

---

La aclaración de los obstáculos en la asistencia de la Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud (APS) es fundamental para la mejora de los servicios. El objetivo del estudio fue conocer la percepción y la práctica de los profesionales sobre la Salud Mental en la APS para contribuir a la aclaración de las dificultades percibidas. Estudio transversal cualitativo de profesionales de los equipos de Estrategia de Salud de la Familia de Itumbiara, Estado de Goiás, Brasil, por medio de cuestionario semiestructurado, realizándose análisis de contenido conforme técnica de Bardin. Se identificaron barreras tales como incapacidad de enfrentar demandas de Salud Mental, recelo en el contacto con el usuario, falta de procesos de trabajo específico para la Salud Mental y falta de comprensión de cómo realizar el acompañamiento y la interlocución entre los servicios de salud para asegurar la integralidad. El obstáculo principal consiste en cómo hacerlo, necesitando intervenciones efectivas de Educación Permanente.

**Palabras clave:** Salud Mental. Atención Primaria de la Salud. Integralidad en salud.

Submetido em 16/09/19.  
Aprovado em 06/07/20.