

HUMANAS E SOCIAIS

V.9 • N.3 • 2022 • Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3801

ISSN Impresso: 2316-3348

DOI: 10.17564/2316-3801.2022v9n3p27-42



## SABERES EM SAÚDE MENTAL E A PRÁTICA PROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

KNOWLEDGE IN MENTAL HEALTH:  
PRACTICE OF FAMILY HEALTH STRATEGY PROFESSIONALS

CONOCIMIENTOS EN SALUD MENTAL Y PRÁCTICA PROFESIONAL  
EN ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

Daiane Leite de Almeida<sup>1</sup>  
Ronaldo Gomes Alvim<sup>2</sup>  
Ana Lúcia Soares Cota<sup>3</sup>  
Thalita da Silva Pereira<sup>4</sup>

## RESUMO

Após implementação da Política Nacional de Saúde Mental foi articulada a Rede de Atenção Psicossocial com porta de entrada dos usuários, de modo a melhorar a assistência aos pacientes em sofrimento psíquico. Neste âmbito encontra-se a Estratégia de Saúde da Família, que se propõe a construir práticas coletivas de cuidado destinado à saúde mental. Neste contexto, o objetivo da presente pesquisa é identificar as práticas em saúde mental entre os membros das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Maceió/AL. Trata-se de um estudo com abordagem mista e linha estratégica transformativa sequencial quantitativa e qualitativa. Como procedimento, houve a seleção de uma equipe de Estratégia Saúde da Família por Unidade Básica de Saúde (UBS) em cada distrito, que são oito atualmente, para participação no estudo. Foram utilizados dois instrumentos para a coleta de dados: um questionário que identificou o perfil socioprofissional do participante e um roteiro semiestruturado com perguntas baseadas nas diretrizes preconizadas pelo Caderno de Atenção Básica nº 34. Foi então constatado que os profissionais escolhidos para este estudo (que foram 54, dentre enfermeiros, médicos, odontólogos, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde) tem realizado práticas em saúde mental, desenvolvendo ações em grupos terapêuticos, acolhimento, matriciamento, acompanhamento individualizado e, sobretudo, fornecimento de medicamentos. No entanto, muitos desses profissionais possuem um manejo centralizado no tratamento medicamentoso, além de escasso conhecimento técnico de estratégias de cuidado. Diante dessa realidade, recomenda-se para estudos posteriores a análise do manejo e da qualidade do serviço prestado pelos profissionais, bem como a inclusão da percepção dos usuários.

## PALAVRAS-CHAVE

Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde.

## ABSTRACT

After implementation of the National Mental Health Policy, the Psychosocial Attention Network was organized with input from users, in order to improve care for patients in psychological distress. In this context is the Family Health Strategy, which proposes to build collective care practices aimed at mental health. In this context, the objective of this research is to identify mental health practices among the members of the Family Health Strategy (EDF) teams in the city of Maceió / AL. This is a study with mixed approach and quantitative and qualitative sequential transformative strategic line. As a procedure, there was a selection of an Family Health Strategy team per Basic Health Unit (USB) in each district, which are currently eight, to participate in the study. Two instruments were used for data collection: a questionnaire that identified the participant's socio-professional profile and a semi-structured script with questions based on the guidelines recommended by the Primary Care Notebook No. 34. It was then found that the professionals chosen for this study (which 54, among nurses, doctors, dentists, nursing technicians and community health agents) have been performing mental health practices, developing actions in therapeutic groups, welcoming, matriculation, individualized monitoring and, above all, supply of medicines. However, many of these professionals have centralized management in drug treatment, as well as poor technical knowledge of care strategies. Given this reality, it is recommended for further studies to analyze the management and quality of service provided by professionals, as well as the inclusion of users' perception.

## KEYWORDS

Mental Health. Primary Health Care. Health Care.

## RESUMEN

Tras la implementación de la Política Nacional de Salud Mental, se articuló la Red de Atención Psicosocial, la Red de Atención Psicosocial incluye el ingreso de usuarios, con el fin de mejorar la atención de los pacientes en angustia psicológica. En este contexto se encuentra la Estrategia de Salud de la Familia, que propone construir prácticas de atención colectiva orientadas a la salud mental. En este contexto, el objetivo de esta investigación es identificar las prácticas de salud mental entre los miembros de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) del municipio de Maceió/AL. Se trata de un estudio con un enfoque mixto y una línea estratégica transformadora secuencial cuantitativa

y cualitativa. Como procedimiento, se seleccionó un equipo de Estrategia de Salud de la Familia por parte de la Unidad Básica de Salud (UBS) de cada distrito, que actualmente son ocho, para participar en el estudio. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario que identificó el perfil socioprofesional del participante y un guión semiestructurado con preguntas basadas en las pautas recomendadas por The Basic Care Notebook No. 34. Luego se encontró que los profesionales elegidos para este estudio (que fueron 54, entre enfermeras, médicos, dentistas, técnicos de enfermería y Agentes Comunitarios de Salud) han realizado prácticas de salud mental, desarrollando acciones en grupos terapéuticos, acogiendo, matricializando, dando seguimiento individualizado y, sobre todo, proporcionando medicamentos. Sin embargo, muchos de estos profesionales tienen un manejo centralizado del tratamiento farmacológico, además de un escaso conocimiento técnico de las estrategias de atención. Ante esta realidad, se recomienda para estudios posteriores el análisis de la gestión y calidad del servicio prestado por los profesionales, así como la inclusión de las percepciones de los usuarios.

## PALABRAS CLAVE

Salud Mental. Atención Primaria de Salud. Atención médica.

## 1 INTRODUÇÃO

O movimento sanitário e a reforma psiquiátrica são contemporâneos ao processo de redemocratização no Brasil e tiveram em comum a defesa da reordenação do entendimento da saúde. A proposta deste novo paradigma de cuidado é que, ao invés da doença e do manicômio, o sujeito, sua família e a comunidade passem a ser elementos centrais do processo terapêutico em saúde mental (KINKER; MOREIRA; BERTUOL, 2018).

Neste contexto, em 2001 foi instituída a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) por meio da Lei 10.216/2001. No entanto, só em 2011, com a Portaria 3.088, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi formalizada, a fim de instrumentalizar e nortear as diretrizes, estratégias e princípios da política e melhorar a assistência cotidiana às pessoas em sofrimento psíquico.

A Atenção Primária a Saúde, especialmente na figura da Estratégia Saúde da Família, é um dos pontos mais importantes da RAPS, tendo em vista que oferta o cuidado longitudinal às populações e é a porta de entrada preferencial nas redes de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Acredita-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar, social, econômico e cultural (BRASIL, 2017).

No âmbito da rede mencionada, a Estratégia de Saúde da Família (no cuidado longitudinal) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (nos episódios de agudização) são os principais dispositivos de cuidado humanizado aos pacientes de saúde mental, no território, tendo por prioridade o protagonismo do sujeito (BRASIL, 2013).

Diante da necessidade urgente de cuidado das demandas e organização das ações junto à Estratégia de Saúde da Família e com o objetivo de promover a realização de práticas coletivas e de

construir estratégias diversificadas de cuidado, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica-Saúde Mental nº 34 que recomenda como deverá ser realizado o manejo aos usuários com transtornos mentais (BRASIL, 2003b).

A partir deste cenário, em especial pelo aumento da demanda de atendimentos de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família secundário ao processo de redução do número de leitos nos municípios, faz-se necessário entender a realidade dos profissionais que integram as equipes, a fim de reunir subsídios que contribuam para a organização do cuidado em rede. Tal conjuntura norteou as perguntas norteadoras da presente pesquisa: os profissionais da Estratégia de Saúde da Família conhecem e colocam em prática a PNSM?

O presente trabalho, tem como objetivo identificar as práticas de saúde mental, entre os membros das equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Maceió/AL considerando a responsabilidade da Estratégia de Saúde da Família no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico e as determinações ministeriais para com os profissionais em relação ao cuidado de saúde mental.

## 2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com uma abordagem mista e linha estratégica transformativa sequencial, caracterizada por uma fase inicial quantitativa e uma segunda qualitativa, de forma que a combinação dos dados acontece por conexão, direcionando a perspectiva teórica do pesquisador (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MISUEMATSUDA, 2018). Segundo Creswell (2013), a utilização de desenhos com métodos mistos é uma tendência crescente na pesquisa em saúde e os métodos transformativos ajudam a explorar melhor a problemática.

A pesquisa foi realizada no município de Maceió, capital do estado de Alagoas, localizado no nordeste brasileiro com população de 1.012.382 habitantes, Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 20,8 e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,72, segundo o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010.

O município de Maceió está localizado no estado de Alagoas e possui uma cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família de 28,03%, com 83 equipes distribuídas ao longo do seu território (BRASIL, 2017). Quanto aos outros dispositivos da RAPS, Maceió apresenta 9 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB) em implantação, 6 Consultórios na Rua, 1 Núcleo de Cultura de Reabilitação Psicossocial com projeto de incentivo a trabalho e renda, além de 1 CAPS III, 1 CAPSi e 3 CAPS II, 6 leitos integrais para internamento em Hospital Geral, 7 Serviços de Residenciais Terapêuticos do tipo II, Programa de Volta para Casa e 2 unidades de acolhimento em processo de implantação (BRASIL, 2019).

O território está dividido em 8 distritos sanitários de saúde compostos pelos seguintes números de equipes de Estratégia de Saúde da Família: Distrito I- 2 equipes; Distrito II- 10 equipes; Distrito III- 11 equipes; Distrito IV-10 equipes; Distrito V-11 equipes; Distrito VI- 14 equipes; Distrito VII- 19 equipes; Distrito VIII- 7 equipes, totalizando 83 equipes.

A população do estudo foi composta por 54 profissionais das diferentes categorias que compõem a Estratégia Saúde da Família (enfermeiros, médicos, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes

comunitários de saúde). Os critérios de inclusão foram: fazer parte de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família alocada em uma Unidade Básica de Saúde em Maceió/AL e estar no serviço há mais de seis meses. Os critérios de exclusão relacionaram-se aos profissionais que estivessem de férias, licença ou qualquer outro tipo de afastamento no período destinado à coleta de dados e que se recusassem a participar da pesquisa.

No intuito de obter uma amostra representativa do município (contemplando trabalhadores de todos os distritos) foi selecionada uma equipe de Estratégia de Saúde da Família por Unidade Básica de Saúde em cada distrito para participação no estudo, totalizando oito equipes. A seleção destas foi realizada por meio de sorteio aleatório simples, com prévia autorização da gestão municipal. A aproximação com os participantes se deu em dois momentos: inicialmente foi feito contato direto com os diretores das Unidades Básicas de Saúde em que as equipes sorteadas estavam implantadas para agendamento da coleta de dados. Em seguida, foi feito contato com os profissionais para apresentação da pesquisa.

Utilizou-se dois instrumentos construídos pelos pesquisadores, com tópicos que surgiram a partir dos itens relacionados à saúde mental na Atenção Primária em Saúde, conforme descritos no Caderno de Atenção Básica nº 34 (BRASIL, 2013). O primeiro foi um questionário que identificou o perfil socioprofissional do participante e o segundo foi um roteiro semiestruturado com perguntas abertas sobre a temática: conhece a Política Nacional de Saúde Mental? Enquanto prática, quais ações a equipe ou você desenvolve para garantir o cuidado em saúde mental? Já realizou algum curso voltado para atuação em saúde mental na Atenção Primária? Faz articulação com algum ponto da RAPS?

O produto das entrevistas foi registrado em áudio, com auxílio de um gravador de voz com intuito de captar o discurso dos participantes. A transcrição na íntegra foi realizada pelos pesquisadores, sem uso de *softwares*, por meio do método de Marcuschi (1986) que pontua 14 sinais a serem avaliados a partir da entrevista gravada, tais como: pausas, truncamentos, hesitações, ênfases, alongamentos de vogais, silabação, sobreposição de falas, dentre outras ocorrências.

As informações quantitativas coletadas foram tabuladas no *software Microsoft Office Excel*®, em seguida, os dados foram transferidos para o *software Statistical Package for the Social Sciences*, para a análise descritiva, com cálculo das frequências percentuais. Foram definidas como variável dependente as categorias profissionais e independentes a idade, sexo, escolaridade, conhecimento sobre a PNSM, capacitação previa na área de saúde mental, execução de práticas em saúde mental e existência de articulações entre a Estratégia de Saúde da Família e a RAPS.

Foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2011) para a interpretação dos dados coletados, que foram divididos nas seguintes categorias: Práticas de Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família e RAPS como instrumento de cuidado.

Para garantir o anonimato dos integrantes, todos os nomes foram substituídos pela letra “P” acrescidos de um número conforme a ordem da realização da transcrição do áudio. Além disso, todos assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o presente estudo foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes (CAAE nº 2.518.942).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 54 participantes da pesquisa, 15% (8) eram enfermeiros, 13% (7) médicos, 13% (7), odontólogos, 29% (16) técnicos de enfermagem e 29% (16) agentes comunitários de saúde. Predominou o sexo feminino (89%), com faixa etária acima de 40 anos (82%) e tempo de atuação profissional superior a 10 anos (61,1%). Dentre os profissionais com especialização (57,4), a maioria era em Saúde Pública (25,9%) e apenas um (1,8%) com especialização em Psiquiatria.

Estes resultados corroboram com estudos de Campos Junior e Amarante (2015), que analisaram em suas pesquisas a relação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família e a temática da saúde mental, e se depararam com resultados semelhantes ao desta pesquisa quanto ao desempenho dos profissionais.

Para Barata (2009), não é por acaso que o setor da saúde utiliza mão de obra essencialmente feminina, pois o trabalho na saúde traz uma relação com o cuidar e este é culturalmente o lugar da mulher.

É possível observar na Tabela 1 que a maioria dos entrevistados (59,3%) conhece a PNSM com destaque para os médicos e enfermeiros. Já em relação ao envolvimento nos cuidados em saúde mental, os técnicos de enfermagem ganham destaque apesar da maior parcela (56,2%) relatar não conhecer a PNSM, 81,2% não possuem cursos relacionados à prática da saúde mental.

**Tabela 1** – Análise da distribuição dos profissionais de acordo com os saberes e as práticas em saúde mental, Maceió/AL, Brasil, 2019

	CATEGORIAS					TOTAL %(n)
	Enfermeiro %(n)	Médico %(n)	Odontólogo %(n)	Técnico de enfermagem %(n)	Agente Comunitário de Saúde %(n)	
<b>Conhece a Política Nacional de Saúde Mental</b>						
Não	37,5(3)	14,3(1)	57,1(4)	56,2(9)	31,3(5)	40,7(22)
Sim	62,5(5)	85,7(6)	42,9(3)	43,8(7)	68,8(11)	59,3(32)
<b>Tem curso* na área de Saúde Mental</b>						
Sim	0,0(0)	14,3(1)	42,9(3)	18,8(3)	56,2(9)	29,6 (16)
Não	100,0(8)	85,7(6)	57,1(4)	81,2(13)	43,8(7)	70,4 (38)
<b>Executa práticas de Saúde Mental</b>						
Sim	75,0(6)	71,4(5)	57,1(4)	81,2(13)	68,8(11)	72,2 (39)
Não	25,0(2)	28,6(2)	42,9(3)	18,8(3)	31,2(5)	27,8 (15)
<b>Faz articulação da Estratégia de Saúde da Família com a Rede de Atenção Psicossocial</b>						
Sim	75,0(6)	71,4(5)	57,1(4)	75,0(12)	56,2(9)	66,7 (36)
Não	25,0(2)	28,6(2)	42,9(3)	25,0(4)	43,8(7)	33,3 (18)

\*Foi considerado curso qualquer evento de formação profissionalizante a respeito de saúde mental.

Fonte: Os autores (2019).

Cabe destacar o fato de que embora os profissionais estejam no serviço a tempo suficiente para conhecer a população local, eles não têm buscado se capacitar e nem têm conhecimento para atuar de forma efetiva com a população necessitada de atenção em SM.

O Ministério da Saúde afirma que “os profissionais da ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA devem conhecer a PNSM e realizar o manejo da pessoa com transtorno no território, tendo em vista que isto contribui para o bom funcionamento da RAPS [...]” (BRASIL, 2013).

Diante da riqueza de estratégias e do leque de intervenções que a atuação no território possibilita as pessoas em sofrimento psíquico, a Estratégia de Saúde da Família tem papel fundamental no cuidado longitudinal, com o intuito de reduzir os danos, cuidar e prevenir precocemente os episódios de crise, promover reabilitação psicossocial, dialogar com as redes de atenção à saúde (em especial a RAPS) e realizar um atendimento integral do sujeito, para além do seu transtorno.

A partir do processo qualitativo, foram elaboradas duas categorias analíticas: “Práticas de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família” e “RAPS como instrumento de cuidado”.

## 4 PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como parte da Estratégia de Saúde da Família para a mudança no paradigma de cuidado em saúde mental e para a garantia do cuidado, humanizado, respeitoso, integral e pautado na liberdade, na promoção de autonomia e na redução de danos, a Portaria 3088/2011 entende a Atenção Primária como um dos elementos mais importantes para o cuidado em rede. É de responsabilidade deste componente a realização de práticas no âmbito individual e coletivo, contemplando a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (PRATA et al., 2017).

Os grupos de saúde mental são uma das estratégias comunitárias de cuidado mais populares e podem ter diversas apresentações e enfoques: os grupos terapêuticos, operativos, terapia comunitária, abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013). Os profissionais entrevistados trouxeram em suas falas as seguintes observações sobre as suas experiências nas atividades em grupo:

Conseguimos fazer um grupo de saúde mental, porque tinha uns estudantes aqui e o NASF porque sem eles não dá. P1.

Temos um grupo para essas pessoas há um ano e conseguimos manter o contato com esses usuários principalmente através dos Agentes Comunitários de Saúde mas era bom ter profissionais da saúde mental. P10.

Assim como no estudo de Motta Moré e Nunes (2017), que também obtiveram em seus achados a utilização do grupo de saúde mental como um recurso terapêutico, evidenciando uma alta eficácia desta prática para o tratamento de tais patologias em dentro do contexto da Estratégia de

Saúde da Família, os profissionais entrevistados corroboram com a ideia de que o grupo terapêutico é uma prática efetiva.

Outra constatação importante é que, apesar dos entrevistados acima reconhecerem em seus discursos a ferramenta do grupo como uma estratégia potente e eficaz para o cuidado no território, a maioria das equipes da Estratégia de Saúde da Família não tinha esses grupos implantados em suas rotinas. Dessa forma, é possível inferir que estes profissionais não compreendem as atividades de assistência direta ao sofrimento psicossocial como uma atividade própria da saúde pública, delegando essa responsabilidade a terceiros.

A ausência de apropriação pode estar relacionada à persistência do paradigma médico-assistencial, em que o cuidado longitudinal era feito pelos especialistas (em especial, os médicos), em ambulatórios, distante do território. Então, apesar do grupo ser descrito como potencial, este ainda não é problematizado como uma construção conjunta da equipe, em que qualquer profissional pode estar apto a realizar e a atuar como participante ativo no processo de cuidado, conforme demonstrado na fala: “Se eles fossem acompanhando por enfermeiros, médicos e psicólogos no grupo era melhor porque são eles que entendem”. P41.

Observa-se que os conteúdos das falas ficaram restritas ao contexto do “fazer” profissional, não emergindo das entrevistas comentários acerca do potencial dessa estratégia de cuidado ou dos benefícios da existência dela para o usuário. Assim, incorporar novas ferramentas de trabalho, como os do grupo saúde mental, são demandas recorrentes dos profissionais, que no entanto não se sentem preparados e seguros para sua implementação.

O acolhimento também, é relatado como uma estratégia importante na formação do vínculo e concretização do cuidado além de ser elencado como um princípio na Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2003a), o qual pode e deve ser ofertado pela Estratégia de Saúde da Família. Tal ação pode ser vista na fala do entrevistado P1: “Trabalhamos a questão do cuidado e do acolhimento, porque somos uma unidade básica e estamos há muitos anos com essa população”.

Saffer e Barone (2017) destacam em seu estudo que o ato de acolher é uma das principais portas de entrada para o atendimento na saúde mental. Na presente pesquisa, o acolher se apresentou nas falas com o significado de “receber” o indivíduo e dar encaminhamentos. Não se percebeu a conotação do acolher como um espaço aberto, de fala e escuta, de reflexão, de vínculo, de construção de acesso.

A tecnologia do acolhimento se apresentou mais presente nas falas dos agentes comunitários de saúde e da equipe de enfermagem, os quais indicam a Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada para qualquer agravo. Todavia, esses profissionais não se enxergam como responsáveis pela continuidade do cuidado ou acompanhamento da evolução do caso. Além disso, observa-se a ausência do relato sobre a realização de acolhimentos nas falas dos médicos e dos odontólogos.

Deste modo, reforça-se aqui que o acolher no contexto das práticas de saúde mental na Estratégia de Saúde da Família pode contribuir efetivamente para o fortalecimento da RAPS, além de subsidiar a aproximação e vinculação natural do usuário com o serviço de forma que o próprio sujeito se torne o principal protagonista e produtor de práticas de saúde e de cuidados, impactando de forma positiva, tanto no individual quando no coletivo.



O apoio matricial é um instrumento criado pelo Ministério da Saúde e encontra-se descrita na cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2003), em que este é caracterizado por um arranjo na organização dos serviços com foco no cuidado compartilhado com equipes especializadas. O participante abaixo retrata a implantação do matriciamento em seu território: “Entramos no processo do matriciamento e estamos acompanhando na residência” P39.

Amaral e colaboradores (2018) trouxeram em seus achados que a implantação do matriciamento na Atenção Primária em Saúde aumentou a capacidade de atendimento de casos mais simples, encaminhando para outros serviços apenas os casos de maior complexidade.

Quando aqui começou o trabalho com o matriciamento, era uma coisa legal, começou a dar ajuda nos casos e todos se envolveram porque aqui temos dois CAPS perto e isso ajuda, mas depois parou e já vejo dificuldade em continuar não está igual. P31.

O cuidado matricial extrapola as limitações geográficas, referindo-se mais à vinculação entre equipes e corresponsabilização pelo cuidado integral do sujeito. Não ter um serviço CAPS próximo, apesar de dificultar o processo de trabalho, não pode ser entendido como uma condição para a existência da prática do matriciamento.

Em relação às categorias profissionais, as que mais enxergaram vivência do matriciamento como prática cotidiana foram os Agentes Comunitários de Saúde, seguidos pelos enfermeiros. Estes trabalhadores apresentam o matriciamento como um modo estratégico de apoio para lidar com os casos de sofrimento psíquico, para manejar e para onde referenciar e sentem nesse dispositivo o apoio para o cuidado apropriado já que não se sentem capacitados para lidar com a demanda. Não foi possível identificar nas demais classes profissionais tal relato.

Um dos princípios da APS é a longitudinalidade do cuidado que se caracteriza pelo acompanhamento por longo período de tempo do usuário e dos seus. Esse princípio garante que ao passo que a vida das pessoas ‘acontece’, o serviço territorial de referência assiste seus comunitários (e não somente no sentido de expectador, mas principalmente de interventor), contribui, intervindo nas demandas que surgem, realizando práticas como as ações de promoção da saúde e de um estilo de vida saudável, práticas de redução de danos (em todos os aspectos da vida), realização de diagnóstico precoce, oferta de cuidado individual e coletivo quando necessário e, principalmente, estimulando a reabilitação psicossocial e suporte aos familiares (STARFIELD, 2002). “Fazemos o acompanhamento na casa do usuário e toda a equipe ela participa desse acompanhamento”. P39.

O agente comunitário de saúde é uma peça fundamental para a realização dessa atividade por ser um morador da comunidade, possuir em seu processo de trabalho logística necessária para realizar o monitoramento sistemático dos casos mais graves e observar as mudanças biopsicossociais que se manifestam entre aquelas pessoas, com objetivo de realizar uma intervenção precoce e instrumentalizar este núcleo familiar para realizar reabilitação psicossocial torna-se mais viável.

Não foi citada em nenhuma das falas a construção coletiva de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), tão pouco de encontrar junto aos usuários metas para a reabilitação psicossocial. O acompanhar torna-se, dessa forma, um sinônimo de observar ou monitorar, em que o profissional não se sen-

te responsável no processo de cuidado e de promoção de autonomia, intervindo diretamente somente quando é demandado pela doença do sujeito. É importante frisar que até a inclusão e a participação dos Agentes Comunitários de Saúde nesses PTS garante a continuidade das metas acordadas. As intervenções contínuas pelas equipes visam garantir que o usuário tome as medicações ou executem as propostas e estabilizem o quadro de sofrimento ou controle do potencial de crise.

A assistência farmacêutica caracteriza-se por um conjunto de ações e serviços relacionados à manipulação, à produção, à obtenção, à conservação, ao fornecimento, às orientações e ao cuidado sobre uso, ao controle de medicamentos e de produtos farmacêuticos. As ações estão relacionadas à tecnologia de gestão do medicamento (garantia de acesso) e relacionada à tecnologia do uso do medicamento (correta utilização do medicamento) (BRASIL, 2007).

O fornecimento de medicamentos é um direito fundamental e de ordem constitucional, sendo essencial para continuidade, equilíbrio e tratamento das pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2013). De fato, os participantes apresentam isso em suas falas como uma das principais ações realizadas, amplamente enfatizadas como prática de cuidado à população em sofrimento psíquico: “Eu faço o apoio mesmo com a medicação. Porque se eles não tiverem eles entram em crise” P19; “A medicação pra não deixar faltar é direito deles e melhor para controlar”. P39.

O cuidado centrado na medicalização pode gerar iatrogenias na atenção em saúde. O uso de medicações como único recurso terapêutico “castra” psiquicamente a subjetividade dos sujeitos. Desse modo, medicalizar pode camuflar a necessidade de outras intervenções de ordem psicossocial subjetiva e estes fatores estressores não observados se manterão na vida dos indivíduos.

O discurso dos entrevistados não trouxe o cuidado voltado para escuta atenta dos riscos deste tratamento, tão pouco o uso dessa medicação como estratégia complementar às intervenções psicossociais. Fica evidente, sobretudo, que a prática se pauta na medicação como principal (ou até mesmo único) elemento de cuidado em saúde mental, adiando a revisão da prescrição ou o desmame, considerando de forma limitada ou inexistente a participação de outros fatores no plano terapêutico (como o desejo do usuário) e sem articular a gestão compartilhada do uso daquela medicação com os atores envolvidos.

Nós damos a medicação agora eles têm que tomar, não adianta dizer que não gosta. P51.

Tem que tomar sempre, sem parar, não pode faltar, tem que dizer para tomar porque se não vem a crise! P29.

Todavia, as falas das categorias profissionais da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde demonstraram preocupação ao falar no fornecimento de medicações, temendo que os usuários apresentassem crises por falta de medicamento. Já os relatos dos médicos, voltam-se para a prescrição medicamentosa e preocupação diante dos efeitos colaterais e os sintomas indesejáveis que os usuários poderiam vir a sentir, além do saber do próprio a respeito a prescrição feita pelo especialista (que, na opinião destes, não pode ser mudada pelo médico de família) e a importância dele. “Tem que saber se eles estão se dando bem e essa dificuldade nossa porque nem todos médicos entendem dos efeitos e vai saber mudar o esquema mas aí pede ajuda, dar um jeito” P11.

Dessa forma, a medicalização vem se intensificando nos serviços de saúde de modo a negligenciar-se outras práticas de cuidado, conforme foi demonstrado nas falas até o momento. Considerar o tratamento medicamentoso como única estratégia de tratamento é limitar e desconsiderar a autonomia do sujeito na escolha de estratégias de cuidado, negligenciando ainda a potência do acolhimento, dos grupos terapêuticos e do matriciamento.

## 5 RAPS COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO

A PNSM defende que o cuidado em saúde mental deve ser preferencialmente na APS a partir do acolhimento e do acompanhamento dos casos, mas quando são deflagradas demandas mais complexas ou agudizadas, como um momento de crise, faz-se necessário o acionamento dos outros dispositivos da RAPS, como a rede de urgência e emergência e os CAPS, que devem ser utilizados como componentes de apoio, retaguarda e potencializadores da resolutividade do território.

É de suma importância a articulação dos pontos da RAPS com a Atenção Primária à Saúde, podendo estes acompanhar o Estratégia de Saúde da Família e do episódio de agudização e continuar a realizar o cuidado longitudinal no território, como já é feito com municípios com comorbidades clínicas, como a hipertensão arterial e a diabetes. Portanto, cabe aos atores envolvidos utilizar todas as ferramentas que são de baixo custo financeiro e tecnológico como, por exemplo, as atividades de matriciamento e cuidado compartilhado.

O CAPS é entendido como um espaço comunitário de cuidado à crise e reabilitação psicossocial dos episódios de agudização, mas a continuidade deste cuidado e o monitoramento deve ser realizado pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Assim, buscou-se saber como os profissionais entrevistados contribuíam para o funcionamento da RAPS em seu território de atuação e como estes profissionais entendiam a efetividade do serviço e o funcionamento da rede do município de Maceió.

Nossa referência é o CAPS do segundo Distrito, mas não lembro se o nome ou é o Sadin ou o de Jatiúca o Hoster. P2.

A gente encaminha pra o CAPS o Portugal Ramalho e para outros tipos de apoio como o CAPSi. P3.

A gente tem como referência o CAPS. Se não me engano é o Chã de Bebedouro. P4.

A gente tem o CAPS Rostan silvestre que é o responsável pelo Distrito 1. P16.

Referenciamos para o CAPS, alguns pacientes já vão direto lá. P17.

No discurso dos entrevistados percebe-se que a utilização da RAPS encontra-se centrada em encaminhamentos para os serviços de CAPS, provocando uma ação reversa ao que remete às diretrizes

propostas que é justamente contribuir para a descentralização dos serviços. Tal atitude centraliza as ações de saúde mental para um único serviço, independente da necessidade.

O estudo de Barbosa e outros autores (2017) mostrou que as atividades na Estratégia de Saúde da Família são muito escassas e isso faz com que os usuários e familiares tenham como primeiro contato o CAPS. Os autores alertam que a participação da Estratégia de Saúde da Família no cuidado ao paciente em sofrimento psíquico proporciona um menor sobrecarga de trabalho e encaminhamento desnecessário ao CAPS.

Durante a análise foi possível perceber, também, que parte dos pesquisados participantes desconheciam para onde referenciar o paciente e como esse poderia ser mantido dentro da lógica da RAPS, conforme demonstrado nas falas abaixo: “Não conheço nenhuma rede de apoio para esses pacientes” P19; “Só temos o hospital psiquiátrico mesmo, lá é que vai tudo” P28.

Esses discursos também refletem a falta de conhecimento a respeito da PNSM, do uso da RAPS e dos outros dispositivos assistenciais nas estratégias de cuidado. Esse resultado reforça a necessidade da ampliação dos conhecimentos desses profissionais para com a demanda em saúde mental.

Além disso, observa-se que o aspecto geográfico (em especial, a localização ou proximidade espacial) interfere no encaminhamento destes pacientes, já que alguns profissionais não utilizam a RAPS pela ausência de serviços próximos. Analisando a implantação dos serviços CAPS do município de Maceió, evidencia-se um quantitativo reduzido de serviços para uma população superior a um milhão de habitantes, dessa forma, faz-se necessário que o diálogo entre serviços e com a gestão seja estreitado, no sentido de potencializar o uso desse quantitativo reduzido para a garantia do cuidado de qualidade, ativando outros dispositivos da rede e melhorando a assistência e repensando a questão logística de territorialização para a implantação dos dispositivos da RAPS.

Por fim, é importante destacar que o discurso dos profissionais se mostrou destoante das práticas evidenciadas, tendo em vista que estes, em sua maioria, relatam conhecer a PNSM e realizar articulações com a rede, por outro lado, elementos básicos do funcionamento da RAPS foram negligenciados em suas falas, levando ao questionamento se estes cuidados realmente são postos em prática, comprometendo assim o cuidado preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo detectou que os profissionais da Estratégia Saúde da Família têm realizado práticas que estão em consonância com aquelas atividades listadas no Caderno de Atenção Básica-Saúde Mental nº 34. Entretanto, observou-se que a maioria dos integrantes da pesquisa apresentou um manejo em saúde mental limitado às ações fragmentadas, fragilizadas e ainda centralizadas no tratamento medicamentoso e uniprofissional, além de possuírem pouco conhecimento sobre outras estratégias de cuidado.

No discurso dos integrantes da pesquisa evidenciou-se a falta de conhecimento sobre a PNSM, um diálogo precário com outros dispositivos da RAPS e o acesso reduzido a cursos de atualização e capacitação na área de saúde mental. Mostra-se necessário, portanto, fomentar espaços de reflexão

sobre os processos de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família e a saúde mental e essa é uma questão importante a ser priorizada e considerada pelas unidades gestoras.

Na presente pesquisa não foi possível analisar e problematizar a qualidade da assistência prestada junto aos participantes, tendo em vista que os dados são provenientes da percepção dos profissionais sobre as suas práticas. Sugere-se para estudos posteriores a análise do manejo e da qualidade do cuidado prestado, bem como a inclusão dos usuários das unidades, para avaliar as práticas dos profissionais na visão daqueles que as usufruem.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; TORRENTE, M. O. N.; TORRENTE, M.; MOREIRA, C. P. Apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica: efeitos na compreensão e manejo por parte de agentes comunitários de saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 66, p. 801-812, 2018. ISSN 1414-3283. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0473>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BARBOSA, V.; FARIAS, V. B. B.; CAVALCANTI, A.; ALCÂNTARA, M. C. A.; PEDROZA, R. M.; FERREIRA, S. H. V. O papel da atenção primária de saúde na construção das redes de cuidado em saúde mental. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 3, p. 659-68, 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5523>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2011.

BARATA, R. B. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação? *In*: **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde** (CNES). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34- Saúde Mental**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, 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. **Diário Oficial da União**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização**. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Editora MS, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação Geral de Atenção Básica. Brasília, DF, 2003b.

CAMPOS JÚNIOR, A.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Primária: o caso de um município do interior do estado do Rio de Janeiro. **Caderno saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 425-435, 2015.

CRESWELL, J. W. **Pesquisa qualitativa & projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2013.

KINKER, F. S.; MOREIRA, M. I. B.; BERTUOL, C. O desafio da formação permanente no fortalecimento das Redes de Atenção Psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0493>. Acesso em: 3 jan. 2019.

MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. São Paulo: Ática, 1986.

MOTTA, C. C. L.; MORÉ, C. L. O. O.; NUNES, C. H. S. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciências saúde coletiva**, v. 2, n. 3, p. 911-920, 2017.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M.; MISUEMATSUDA, L. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto contexto – enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e0560017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e0560017.pdf). Acesso em: 12 jan. 2019.

PRATA, N. I. S. S.; GROISMAN, D.; MARTINS, D. A.; RABELLO, E. T.; MOTA, F. S.; JORGE, M. A. S.; NOGUEIRA, M.; CALICCHIO, R. R.; VASCONCELOS, R. V. **Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. Trabalho educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-53, 2017.

SAFFER, D. A.; BARONE, L. Z. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. **Physis**, v. 27, n. 3, p. 813-33, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300022>. Acesso em: 5 jan. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso em: 12 jan. 2019.

---

**Recebido em:** 20 de Novembro de 2021

**Avaliado em:** 30 de Novembro de 2021

**Aceito em:** 5 de Janeiro de 2022

---



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

---

1 Mestre em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL; Residência em Saúde Mental – UPE; Acadêmica no Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: leitedai@gmail.com

2 Doutor em Meio Ambiente Natural e Humano em Ciências Sociais; Professor do Mestrado em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas – UNIT/AL. E-mail: alvimrg@yahoo.com.br

3 Doutora em Odontopediatria; Professora do Curso de Odontologia e do Mestrado em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas – UNIT/AL. E-mail: ana.cota@uol.com.br

4 Mestre em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas pelo Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL; Residência em Saúde Mental – UPE; Professora no Centro Universitário Tiradentes – UNIT/AL. E-mail: thalitapereira.enf@gmail.com

Copyright (c) 2022 Revista Interfaces Científicas - Humanas e Sociais



Este trabalho está licenciado sob uma licença Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

