



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
A PRÁTICA MÉDICA EM FOCO**

MACEIÓ
2021

MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
A PRÁTICA MÉDICA EM FOCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, Mestrado Profissional PROFSAUDE da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof.^a Dra. Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

MACEIÓ
2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Lívia Silva dos Santos – CRB-4 – 1670

R672s Rocha, Mayara Nakiria Tavares da.

Saúde mental na atenção primária: a prática médica em foco / Mayara
Nakiria Tavares da Rocha. – 2021. 139 f.:il.

Orientadora: Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas.
Faculdade de Medicina. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 116-127

Apêndice: f. 128-133

: f. 134-139

1. Saúde mental. 2. Prática médica – Saúde mental. 3. Atenção primária à saúde.
I. Título.

CDU:616.89

Reconhecendo a minha total dependência daquele que tudo criou, dedico esse trabalho a Deus, que me tem sustentado a cada dia. Também a minha família, representada na figura de meu querido esposo, cuja paciência, orientações e incentivo foram imprescindíveis. Dedico aos mestres e amigos, que com carinho apoiaram e incentivaram a chegada desse momento.

AGRADECIMENTOS

O processo de construção desse trabalho de conclusão do mestrado foi algo desafiador, tendo o tempo como o grande carrasco. Como encontrar tempo? Como torná-lo produtivo? Como ampliar as horas de dedicação ao estudo diante de um cenário de crise de saúde, em meio a uma devastadora pandemia, quando eu, assim como outros tantos profissionais de saúde, estávamos atuando na linha de frente do combate ao coronavírus?

Nessa perspectiva, o mundo que eu conhecia no início da trajetória do mestrado foi colocado de “ponta-cabeça” e todo o delineamento feito para auxiliar nesse processo de construção foi posto à prova, exigindo criatividade e resiliência para prosseguir e chegar até esse momento.

Os anos de dedicação ao mestrado representaram uma luta interna, onde os combatentes eram faces da mesma moeda. Nesse processo lutavam o meu desejo de fazer algo realmente significativo para mim e para todos os que estiveram envolvidos no percurso da pesquisa, em oposição ao persistente desejo de desistir, de sucumbir diante das cobranças pessoais, ou das sabotagens do inconsciente, que apontava minhas fraquezas e fragilidades como caminho mais fácil e a desistência como solução ao sofrimento inerente as abdições diárias, mas necessárias ao processo de construção.

No entanto, vivenciar tudo isso e superar esses obstáculos foi indispensável para chegar até aqui, a esse momento de agradecimento, quando me questiono: a quem agradecer por tão grata conquista? Com certeza a Deus, pois sendo a fonte que emana a vida e a força para resistir as intempéries, me sustentou nesse processo, não permitiu que minhas limitações me paralisassem ou fizessem desistir. Minha família, meu esposo David (meu orientador domiciliar) que me estimulava a prosseguir todos os dias, dizia que tudo ficaria bem, mesmo em meio as angústias; meus queridos: Painho e Mainha que oravam por mim e entendiam as minhas ausências e escassez de tempo, sabendo que toda abdição valeria a pena; meus irmãos e cunhadas (Itinho e Paulinha; Iguinho e Shara) que dedicaram seu tempo a me ajudar em construções que extrapolavam minhas capacidades; minha sogra, cunhado (Dilão), Mari e Zé por torcer todos os dias pelo meu sucesso, assim como meus amigos.

Agradeço, também a uma pequena pessoa que ainda está por vir, cuja grata surpresa da gestação, em meio ao turbilhão de sentimentos do mestrado, veio para me mostrar que existem mais coisas pelas quais viver e sonhar, meu querido(a) filho (a), a quem dedico esse trabalho, almejando que no futuro lhe traga orgulho e sirva de exemplo, o ensinando a perseverar e nunca desistir de seus sonhos.

Aos professores, na figura de minha orientadora, minha gratidão por me tirar da zona de conforto, me incentivando a propor sempre o melhor e aos meus caros colegas de mestrado que muito me ajudaram e serviram de exemplos. Por fim, minha gratidão aos participantes da pesquisa, que sem sua disponibilidade e disposição nada existiria.

Desta forma, hoje quando fores ler esse trabalho, saibas que não desfrutarás apenas da escrita de minhas mãos, mas do agir e empenho de muitos, que oravam e torciam pelo sucesso e conclusão desse processo.

A espantosa realidade das cousas

A espantosa realidade das cousas
É a minha descoberta de todos os dias.
Cada coisa é o que é
E é difícil explicar a alguém quanto isso me
alegra
E quanto me basta

Basta existir para ser completo (...)

Alberto Caeiro, 1925.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido apontada como um caminho para o enfrentamento da crescente demanda em saúde mental e nesse contexto, a prática médica precisa corresponder a essa realidade, se distanciando da mera medicalização e se aproximando de abordagens que promovam um cuidado integral e compartilhado. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar a prática médica diante dos casos de saúde mental da população sob a ótica do médico que atua na APS em um município alagoano. Tratou-se de um estudo qualitativo, desenvolvido a partir de um enfoque exploratório. A população constou de cinco médicos, selecionados de maneira intencional – por meio do critério de conveniência, caracterizado pela atuação na APS, atendendo casos de saúde mental em suas respectivas unidades de saúde da família, pertencentes a um município alagoano da 5ª região de saúde. Os dados foram coletados/produzidos por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada – elaborado especificamente para esta finalidade da pesquisa. As entrevistas ocorreram de maneira individual, em local e horário pré-agendados, na modalidade presencial e/ou virtual dada a necessidade de adequação diante do cenário de pandemia de covid-19. Os dados produzidos foram tratados mediante a análise temática. Quanto aos resultados, esses apontaram uma prática médica em saúde mental orientada pelo modelo biomédico, com destaque ao uso da abordagem medicamentosa em detrimento de outras condutas terapêuticas. Para os participantes o cuidado em saúde mental na APS tem um caráter deficitário, marcado por uma sensação de isolamento e insegurança, considerando a incipiência dos apoios da rede de cuidado, do trabalho multiprofissional e da interdisciplinaridade, bem como a existência de um sistema de referência e contrarreferência marcado por com deficiências e ausência de diálogo entre médico da APS e o especialista, não atendendo as demandas e expectativas frente aos casos de saúde mental. Ademais, para os participantes o seu processo formativo em saúde mental valorizou o cenário hospitalar, com subutilização dos espaços na APS. Orientado pelos resultados do estudo, foi elaborado um produto educacional, um guia interativo, para auxiliar a prática profissional médica, no tocante ao cuidado dos pacientes em sofrimento mental na APS. A base metodológica do produto educacional seguiu os princípios do método CTM3 (concepção do produto, referencial teórico, referencial metodológico). Ao final do estudo, conclui-se que a prática médica em saúde mental na APS ainda conserva características do modelo biomédico, tendo dificuldades para implementar os princípios e conceitos da atenção psicossocial, embora se reconheça sua importância, bem como a necessidade de transformação da atuação. Dessa forma, espera-se que os achados permitam a ampliação da discussão sobre a prática médica, de modo a propor avanços e melhorias no cuidado em saúde mental na APS. De igual modo, se almeja que o produto educacional proposto possa auxiliar os profissionais médicos possa os sensibilizar a atuarem na APS no âmbito da saúde mental, de maneira a reconhecer a rede de atenção na qual estão inseridos, e da qual podem se utilizar, de modo a ampliar sua atuação, trazendo a sua prática outras formas e ferramentas de cuidado.

Palavras-chaves: Saúde mental; Atenção primária à saúde; Prática Médica.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) has emerged as a way to face the growing demand in mental health and, in this context, medical practice needs to correspond to this reality, distancing itself from mere medicalization and approaching approaches that promote a comprehensive and shared care. Therefore, the present study aimed to analyze medical practice when faced with cases of mental health in the population from the perspective of the physician who works in the PHC in a city in the state Alagoas, Brazil. This was a qualitative study, developed from an exploratory approach. The population consisted of five physicians, intentionally selected by the criterion of convenience, characterized by their performance in PHC, attending mental health cases in their respective family health units, belonging to a city in Alagoas, in the 5th health region. The data was collected/produced by means of a semi-structured interview script - prepared specifically for this purpose of the research. The interviews were conducted individually, at a pre-scheduled time and place, in face-to-face and/or virtual mode given the need to adapt to the covid-19 pandemic scenario. The data produced was treated using content thematic analysis. As for the results, they point to a medical practice in mental health oriented by the biomedical model, with emphasis on the use of the medication approach in detriment of other therapeutic conducts. For the participants, mental health care in PHC has a deficit character, marked by a feeling of isolation and insecurity, considering the incipient support of the care network, the multiprofessional and interdisciplinary work, as well as the existence of a reference and counter-reference system marked by deficiencies and lack of dialogue between the PHC physicians and the specialist, not meeting the demands and expectations in mental health cases. Furthermore, for the participants, their training process in mental health valued the hospital setting, with underutilization of the spaces in PHC. Guided by the results of the study, an educational product was developed, an interactive guide, to assist the medical professional practice, regarding the care of patients in mental distress in PHC. The methodological basis of the educational product followed the principles of the CTM3 method (term in Portuguese for product design, theoretical framework, methodological framework). At the end of the study, it is concluded that medical practice in mental health in PHC still retains characteristics of the biomedical model, having difficulties to implement the principles and concepts of psychosocial care, although its importance is recognized, as well as the need for transformation of the performance. Thus, it is expected that the findings allow the expansion of the discussion about medical practice, in order to propose advances and improvements in mental health care in PHC. In the same way, it is hoped that the proposed educational product can help medical professionals to be sensitized to work in PHC in the mental health field, in order to recognize the network of care in which they are inserted, and which they can use, so as to expand their work, bringing to their practice other forms and tools of care.

Keywords: Mental Health; Primary Health Care; Medical practice.

LISTA DE ABREVIATURA/ SIGLAS

| | |
|-------|---|
| AM | Apoio Matricial |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CeCOs | Centros de convivência e cultura |
| CTM3 | “Método de elaboração de produto educacional, orientado por “C” - Concepção o produto / “T” – Referencial Teórico / “M3” – Referencial metodológico |
| EC | Educação Continuada |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PNEPS | Política Nacional de Educação Permanente em Saúde |
| PTS | Projetos Terapêuticos Singulares |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Rede(s) de Atenção à Saúde |
| RPB | Reforma Psiquiátrica Brasileira |
| SRTs | Serviços de Residências Terapêuticas |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 17 |
| 2. OBJETIVOS | 19 |
| 2.1. Objetivo Geral | 19 |
| 2.2. Objetivos Específicos..... | 19 |
| 3. REFERENCIAL TEÓRICO | 20 |
| 3.1. Conceituando Saúde Mental..... | 20 |
| 3.2. Um breve resgate histórico sobre Saúde Mental | 20 |
| 3.3. Atenção Primária e a Saúde Mental..... | 23 |
| 3.4. RAPS: Conceitos e evolução no contexto do Sistema Único de Saúde | 25 |
| 3.5. Os profissionais de saúde, o médico da APS e a saúde mental..... | 27 |
| 4. MÉTODO | 29 |
| 4.1. Tipo de estudo | 29 |
| 4.2. Aspectos Éticos..... | 29 |
| 4.3. Local | 29 |
| 4.4. Participantes | 30 |
| 4.5. Instrumento de coleta/produção dos dados | 32 |
| 4.6. Procedimento de coleta/produção dos dados..... | 32 |
| 4.7. Análise dos dados | 33 |
| 5. RESULTADOS..... | 36 |
| 5.1. Artigo: Formação médica em saúde mental na perspectiva do médico que atua na atenção primária..... | 36 |

| | |
|---|-----|
| 5.2. Artigo: A educação permanente no âmbito da saúde mental e o médico atuante na atenção primária | 50 |
| 5.3. Artigo: Deslindado a prática médica no âmbito da saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária..... | 61 |
| 5.4. Artigo: O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária..... | 81 |
| 5.5. Artigo: O médico que atua na atenção primária: como este profissional vê o cuidado em saúde mental? | 94 |
| 5.6. Produto: Saúde mental na APS – Guia interativo..... | 107 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 116 |
| REFERÊNCIAS | 119 |
| APÊNDICES | 131 |
| Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 132 |
| Apêndice B – Roteiro de entrevista: aspectos da prática médica (RE-APM) | 135 |
| ANEXO..... | 137 |
| Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 138 |

APRESENTAÇÃO

Ao iniciar a graduação na Universidade Federal de Alagoas, em minha mente se desenhava o início de um percurso direcionado a medicina, e não me atrevia a pensar em nada específico, me satisfazia em estudar para ser médica e não para uma especialidade pré-definida.

Vivenciar os anos iniciais da faculdade e com eles o frequente contato com a Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família, dado através de disciplinas como a de Saúde e Sociedade, iniciou um despertar de interesse por esse campo de atuação, especialmente ao perceber a proximidade com que os vínculos e relação-médico paciente aconteciam, em uma perspectiva de cuidado e corresponsabilização. Tal interesse, culminou no exercício da atividade de monitoria na disciplina de Saúde e Sociedade por cerca de um ano.

Ainda nesse período, o contato da monitoria me abriu novas portas e iniciei a participação em atividades de extensão, primeiro relacionado ao cuidado de dependentes químicos em comunidades de acolhimento, depois através do PET – Saúde Mental, e ambas as atividades ampliaram o meu olhar sobre a saúde mental, romperam com minha “zona de conforto” e com meus preconceitos com essa temática e me fizeram refletir sobre o meu futuro, sobre onde gostaria de atuar. E confesso, que até hoje me vejo confrontada por essas duas perspectivas: a ESF e a Saúde mental.

Concluída a graduação, assim como outros tantos médicos, me inseri no mercado de trabalho através da atuação na APS como médica generalista, e no interim da dúvida sobre quais rumos seguir a partir desse momento, comecei a vivenciar algumas realidades de trabalho que passaram a me incomodar, especialmente, no tocante a maneira como a saúde mental é apresentada e cuidada no âmbito da APS. Como médica, me vi cercada por práticas desarticuladas, focadas na abordagem medicamentosa ou nos encaminhamentos sem responsabilização, de cujas amarras era difícil se desvencilhar, uma vez que a estrutura das redes de apoio se apresentava de maneira precária.

No curso dessa inquietação, surgiu o processo seletivo do mestrado ProfSaúde ofertado em rede pela FIOCRUZ e pela Universidade Federal de Alagoas. Nesse edital, vi a oportunidade de aperfeiçoamento em minha área de atuação, a APS, e um caminho de aproximação com a prática da pesquisa.

Com a aprovação no mestrado, iniciei a construção do projeto de pesquisa e aquela inquietação inicial sobre a saúde mental na APS pôde ser transformada em questionamento, originando minha pesquisa intitulada “Saúde mental na atenção primária: a prática médica em foco”. Nessa perspectiva a aproximação do objeto de estudo, a saúde mental na APS, não

apenas como pesquisadora, mas também como médica atuante nesse nível de atenção se apresentou não como uma limitação, mas uma potência, capaz de produzir uma rica base para o desvendar da pesquisa, pois como referido anteriormente, me constrangia a minha atuação médica no âmbito da saúde mental, eu queria e precisava saber se a minha realidade era vivenciada por outros profissionais e se as percepções deles quanto as dificuldades eram semelhantes.

Para tanto, apostei junto como minha orientadora na realização de entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas.

No entanto, no transcorrer do desenvolvimento da pesquisa surgiram dificuldades, dadas especialmente pelo cenário pandêmico que passamos a vivenciar no ano de 2020 e que provocou alterações significativas no cotidiano das pessoas, dos serviços e sistema de saúde. Dessa forma, tivemos que nos adaptar e ser resiliente, encontrando alternativas para driblar os entraves e conseguir evoluir, pois grande parte do tempo como profissional da saúde passou a ser consumido no combate a pandemia.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento da pesquisa e seus resultados demonstraram quão difícil é ao médico generalista na APS atuar sobre a perspectiva da saúde mental, tendo em vistas as lacunas deixadas por sua formação, bem como pelo desconhecimento e desestruturação da rede de apoio, no caso a RAPS, que inviabiliza a construção de abordagens compartilhadas entre os profissionais atuantes na rede, contribuindo para a perpetuação da centralidade da medicação e do profissional especialista em saúde mental como principais meios e responsáveis pelo cuidado.

Destarte, a experiência da pesquisa, permitiu a construção de cinco artigos, cuja finalidade é apresentar os resultados obtidos ao meio científico e promover a discussão acerca da atuação do médico na APS no âmbito da saúde mental, de modo a tornar as práticas condizentes com os princípios estabelecidos no SUS e pela própria APS, bem como com as políticas de saúde mental, cuja implementação caminha a passos lentos no país. Além de estimular novos estudos que preencham as lacunas deixadas, ampliando os resultados do campo teórico e da discussão, para uma proposta de experiências de intervenções, produzidas em pesquisa-ação, capazes de indicar o trajeto para a modificação e evolução da prática médica em saúde mental na APS.

1. INTRODUÇÃO

É notório que para discutir saúde é preciso entender a sua dimensão de atuação e o seu conceito, que para a Organização Mundial de Saúde (OMS) é dito como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 1946).

Na perspectiva desse conceito, saúde ultrapassa a concepção de ausência de doença e passa a incorporar não apenas a manutenção de aspectos físicos, mas reconhece a importância de questões sociais, e especialmente da saúde mental para o bem-estar do indivíduo.

Discutir saúde mental não é algo simplório, haja vista a dificuldade para sua conceituação e a tendência geral de distanciá-la do corpo, caracterizando um dualismo que não contribui para o cuidado em saúde (BRASIL, 2013).

No período de 1990 a 2010, os transtornos mentais e comportamentais responderam por cerca de um quarto de todos os anos perdidos por incapacidade no mundo (REBELLO *et al.*, 2014).

As doenças mentais em sua maioria são decorrentes de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais e afetam pessoas de todas as idades, em todos os países, provocando sofrimento aos indivíduos, famílias e comunidades (OMS, 2013).

Assim, a saúde mental precisa ser assumida como responsabilidades dos governos, tendo em vista o descompasso entre a crescente demanda e a escassez de cuidados (OMS, 2013).

Nessa perspectiva, a sua integração aos serviços de atenção primária surge como estratégia de cuidado aos transtornos mentais, e especialmente, de redução do hiato terapêutico, em que muitas pessoas não recebem acompanhamento adequado, ou mesmo diagnóstico (REBELLO *et al.*, 2014).

A atenção primária à saúde (APS), que no Brasil também é denominada de Atenção Básica (AB), se caracteriza como o nível ordenador do sistema de saúde, no qual as ações preventivas, curativas, de reabilitação e promoção de saúde são desenvolvidas com o intuito de garantir a população o cuidado necessário a seus problemas de saúde, atuando como porta de entrada e primeiro contato dos indivíduos com a rede de assistência à saúde, incentivando a participação social, e proporcionando uma atenção integral, longitudinal e centrada na família (BRASIL, 2017).

No âmbito da saúde mental a efetividade da APS tem como um elemento central a continuidade do cuidado, uma vez que um relacionamento contínuo entre profissional de saúde e paciente, tende a aumentar a qualidade dos serviços nesse nível de atenção (WHO, 2008).

Muito embora haja esse movimento de incorporação das práticas de saúde mental na APS, a fim de se ter uma atenção integral, contínua e longitudinal dos usuários, não é incomum encontrar o cuidado em saúde mental, vinculado a práticas orientadas pelo modelo biomédico, com foco na doença e na prescrição médica (BEZERRA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o papel e atuação do profissional de saúde precisa ser discutido, pois, o que se observa nos serviços é uma prática terapêutica reduzida a psicotrópicos, com frágil diálogo entre profissionais e usuários, e pouco uso de tecnologias leves (BEZERRA *et al.*, 2014). É preciso superar essas práticas, ou seja, promover ações em saúde mental que visam à substituição de práticas tradicionais, focalizadas na doença, por práticas integrais que reconheçam o sujeito nas suas diversas dimensões e como protagonista do cuidado em saúde (CAVALCANTE, 2011).

Essa mudança de orientação também se propõe na prática médica, que precisa superar as limitações advinda da formação e das práticas alicerçada na psiquiatria clássica, onde a medicação é posta como único recurso de enfrentamento dos problemas de saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2014).

No âmbito da saúde mental o médico precisa desenvolver competências de comunicação com o usuário, sendo capaz de avaliar o seu estado mental e estabelecer vínculos, que fortaleçam a relação médico-paciente (FERNANDES *et al.*, 2017).

Nessa conjuntura de transformação da atuação profissional e de superação das práticas centradas no modelo biomédico surge a concepção de clínica ampliada como uma possibilidade, haja vista que problemas como a baixa adesão a tratamentos, as iatrogenias, os paciente refratários (“poliqueixosos”) são situações que evidenciam a complexidade dos sujeitos e apontam os limites da prática clínica centrada na doença (BRASIL, 2009).

Desse modo, o presente trabalho se propõe a responder o seguinte questionamento: como os médicos da Atenção Primária em Saúde em um município alagoano atuam diante dos casos de saúde mental da população? Não pretendendo discutir as especificações da saúde mental, quanto as distinções de público ou rede específica (Saúde mental infantil; saúde mental relacionado ao enfrentamento de álcool e drogas, entre outras). E para tanto, foram elaborados para o presente estudo os seguintes objetivos:

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar a prática médica diante dos casos de saúde mental da população sob a ótica do médico que atua na APS em um município alagoano, pertencente a 5ª região de saúde.

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar aspectos relacionados a prática médica no âmbito da saúde mental na APS;
 - a) Formação médica e a educação permanente;
 - b) Relação médico-paciente e família;
 - c) Abordagem diagnóstica e terapêutica propostas pelo médico aos casos de saúde mental;
 - d) Características do acompanhamento proposto pelo médico aos usuários em sofrimento mental.

- Elaborar um produto que auxilie os médicos no desempenho de sua prática profissional, no tocante ao cuidado dos pacientes em sofrimento mental na APS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Conceituando Saúde Mental

Discutir o conceito de “saúde” e “saúde mental” (SM) é mergulhar em um complexo processo historicamente influenciado por contextos culturais e sociopolíticos, bem como pela evolução das práticas de saúde (GAINO *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, é sabido que esses dois termos se entrelaçam desde a conceituação de “saúde” pela OMS em 1946, quando o termo bem-estar apresentado como pilar dessa definição fazia ponte com a saúde mental, apontando para um constructo subjetivo com influência cultural (GATREL, 2013).

Para a OMS (2014), saúde mental é um componente intrínseco e essencial a saúde, que vai além da restrita concepção de ausência de um transtorno mental, e se estende a um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de exercer suas habilidades e competências, sendo capaz de lidar com o estresse cotidiano, se relacionando e contribuindo com a comunidade.

Todavia, esse conceito ampliado coexiste com concepções restritas de saúde mental, que remetem a tratar as doenças mentais e abordar os pacientes dentro de um contexto de práticas asilares em instituições psiquiátricas (AMARANTES, 2013).

Fato corroborado pelo estudo de Alves, Alves e Almeida (2017) realizado com enfermeiros no estado de Minas Gerais, onde a prevalência de uma concepção de saúde mental atrelada a características do modelo biomédico esteve presente, sendo poucos os profissionais que pontuaram um conceito ampliado que valorizasse a subjetividade.

Semelhantemente, no estudo de Gaino *et al.* (2018) o conceito de saúde mental vinculado a uma perspectiva da sintomatologia e dos comportamentos inadequados foi apresentado pelos profissionais participantes, e coexistiu com a perspectiva da saúde mental como um produto social e vinculado a características subjetivas dos indivíduos, concordando com a concepção de saúde mental da OMS.

3.2. Um breve resgate histórico sobre Saúde Mental

Historicamente, a Saúde Mental foi negligenciada ou confinada no interior de instituições de saúde, como asilos e hospitais psiquiátricos, onde os indivíduos inadequados socialmente eram guardados e mantidos distanciados da sociedade (ALMEIDA, 2019).

Essa trajetória de exclusão da saúde mental, com a institucionalização da “loucura”, inicia ainda na Idade Média com a “Nau dos loucos”, onde as pessoas consideradas inadequadas ou loucas eram lançadas ao mar durante as travessias transoceânicas (BARBOSA *et al.*, 2016).

Nesse período o hospital era um local de abrigo para aqueles que precisam dos últimos cuidados e último sacramento, vinculado a aspectos religiosos. Apenas no período da Revolução Francesa que a concepção do hospital ganhou uma conotação de cuidado em uma perspectiva de busca pela cura, se apresentando como uma “máquina de conserto”, onde os efeitos patológicos seriam sanados (FOUCAULT, 2011).

Ainda no século XVIII se vê a ascensão do hospital psiquiátrico e da Psiquiatria com Pinel, com a premissa do “tratamento moral”, centrado na figura médica e no desenvolvimento de práticas asilares, a fim de normalizar os doentes, controlar suas paixões e trazê-los de volta a razão, em uma perspectiva de tratar a doença e propor a remissão dos sintomas (CAPONI, 2012; AMARANTE, 2013).

Nos séculos XIX e XX, o desenvolvimento do modo de produção capitalista consolidou o papel central do hospital e o cuidado asilar como hegemônico no âmbito da psiquiatria, vislumbrando uma perspectiva de mudança apenas após as duas grandes guerras mundiais, quando as condições indignas de tratamento concedida aos pacientes psiquiátricos começaram a ser questionadas, dado os ineficientes resultados da psiquiatria (BARBOSA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, movimentos de reformas psiquiátricas insurgiram em diferentes países, atrelados a concepção de defesa dos direitos humanos, e no Brasil não foi diferente (AMARANTE, 2013).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) teve sua fundamentação teórico-metodológica na psiquiatria italiana de Franco Basaglia, que orientada por princípios democráticos, incentivava a criação de serviços substitutos ao hospital psiquiátrico para o desenvolvimento do cuidado de saúde mental (FERNADES *et al.*, 2020).

A RPB surgiu no final da década de 1980, quando o Brasil vivia sua redemocratização e nesse contexto a I Conferência Nacional de Saúde Mental inaugurou a reforma, tendo seus antecedentes ligados a movimentos de luta contra o regime militar, que na perspectiva da saúde mental organizou o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial buscando significativas transformações na assistência à saúde, de modo a superar o modelo asilar, hospitalocêntrico, e propor uma atenção integral e universal (FAGUNDES JR; DESVIAT; SILVA, 2016).

Dessa forma, impulsionada pelo processo de redemocratização a RPB emergiu influenciada pela Reforma Sanitária e pelo surgimento do SUS, sendo marcada por seus

princípios como a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (CAMPOS JR; AMARANTES, 2015).

Os paradigmas propostos pela RPB e pela reforma sanitária se contrapõe a perspectiva de fragmentação do cuidado, passando a considerar o indivíduo biológico, mas também psicológico, cultural, inserido em um contexto familiar e social (ALVES; ALVES; ALMEIDA, 2017).

As práticas em saúde mental orientadas através da Reforma psiquiátrica, se propõem a romper com o modelo biologicista, centrado na doença, onde a abordagem ao sofrimento psíquico se caracteriza por uma terapêutica frágil, reduzida a prescrição médica, com pouca valorização de tecnologias leves (BEZERRA *et al.*, 2014). Pois, ao longo da história o que se viu, foi um tratamento restrito a medicações, distanciado de outras formas de atenção e cuidado (FROSI; TESSER, 2015).

O novo modelo de atenção em saúde mental brasileiro se instaurou com elementos de ruptura as práticas tradicionais de saúde mental, atrelado a incorporação de novos saberes no âmbito psicossocial (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Assim, a Atenção psicossocial veio a questionar as práticas tradicionais em saúde mental, ao passo em que ampliou o objeto de atuação da doença para a pessoa em sofrimento psíquico, considerando os fatores que a influenciam, como condições culturais, socioeconômicas e subjetivas. Passou a entender o cuidar para além dos recursos medicalizantes, pressupondo a escuta, o acolhimento, como intervenções importantes, pois valorizam a intersubjetividade, no enfrentamento dos problemas de saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2014).

Dessa maneira, as transformações propostas pela reforma sanitária e RPB envolvem a reorientação e reformulação do modelo assistencial, apontando para a atenção comunitária como caminho para o desenvolvimento do cuidado, em uma perspectiva que se valoriza o indivíduo, a família, o vínculo, a corresponsabilização entre profissionais e sujeitos no processo de cuidado, se distanciando do modelo hospitalocêntrico vigente (ALVES; ALVES; ALMEIDA, 2017).

Nesse sentido, nos últimos 30 anos vinham sendo implementadas políticas públicas relacionadas a saúde mental, dadas através de leis, portarias que contribuíram com a tentativa de reorientação do modelo assistencial, propondo a criação de novos serviços públicos e inovação na prática clínica (CAMPOS; ONOCHO-CAMPOS; DEL BARRIO, 2013), com destaque a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que concedeu direitos as pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, bem como a

Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011). E dessa maneira, a saúde mental iniciou um processo de implementação em todos os níveis e pontos de atenção do SUS, apontando que o cuidado a pessoa em sofrimento ocorresse preferencialmente em serviços extra-hospitalares, especialmente de bases territoriais e comunitárias (SOUSA; JORGE, 2019).

Entretanto, um movimento de retrocesso na saúde mental tem se organizado nos últimos cinco anos, caracterizando o surgimento de um processo de contrarreforma, cuja tendência é a remanicomialização da saúde mental, orientada por uma nova configuração da política do Estado brasileiro, que coloca em risco o cuidado integral e contínuo, o orçamento público para o setor e as condições de trabalho (CAPUTO *et al.*, 2020).

3.3. Atenção Primária e a Saúde Mental

É sabido que as questões relacionadas a saúde mental representam um problema de saúde pública a nível global e que seu ônus se reflete sobre a pessoa em sofrimento psíquico, mas também em todos a sua volta como familiares, instituições (empresas, escola, igreja, entre outras) e sobre o sistema de saúde (WHO, 2017).

No cenário mundial, estima-se que uma em cada quatro famílias apresenta ao menos um membro que sofre com transtorno mental ou comportamental (MOREIRA; BOSI, 2019, p. 02). Um estudo multicêntrico transversal realizado com usuários em quatro cidades brasileiras revelou uma alta prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, cuja porcentagem representava 25% e 37% respectivamente (GONÇALVES *et al.*, 2014).

Diante disso, o cuidado em saúde mental se torna uma pauta importante de discussão e de prioridade da saúde pública a nível global, e organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS) destacam as lacunas de cuidado em SM existentes no mundo e a necessidade de priorizar o acesso e a mudança do modelo assistencial, de modo a propor uma atenção integral e biopsicossocial (FORTES *et al.*, 2014).

Nesse contexto as reformas de saúde e psiquiátrica implicaram em significativas transformações no cuidar da pessoa em sofrimento mental, em uma proposta de substituição do modelo biomédico e superação da institucionalização, valorizando o cuidado a nível comunitários e articulado com a APS (LIMA; GONÇALVES, 2020).

A importância da APS na reorganização dos sistemas de saúde tem sido destacada desde a Declaração de Alma-Ata, especialmente no tocante a valorização da assistência territorial e do incentivo a ações de promoção e prevenção de doenças (FORTES *et al.*, 2014).

No Brasil a APS é considerada a principal porta de entrada do sistema de saúde, atuando em um território geograficamente determinado, através de equipes de saúde da família composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes de saúde, que visam um cuidado integral e o estabelecimento de vínculo em uma perspectiva de longitudinalidade (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

Para tanto, a APS adotou a Estratégia de Saúde família (ESF) como estratégia prioritária de atuação, pensada como uma alternativa de superação do modelo biomédico, e concebida como um instrumento de reorganização da prática assistencial, em substituição ao modelo tradicional alicerçado sobre a pretensão de “curar” no contexto hospitalar e focado na doença, para a perspectiva de uma atenção centrada na família e no indivíduo, dentro de seu ambiente físico e social, sob uma compreensão ampliada do processo saúde-doença (CAMPOS JR; AMARANTES, 2015).

Na perspectiva de atuação da APS e ESF busca-se através do acolhimento e fortalecimento do vínculo facilitar o cuidado aos pacientes e familiares, possibilitando a escuta e o desenvolvimento de uma relação de confiança entre equipe e usuários, pautada em princípios como a integralidade e a resolutividade dos problemas (ARAGÃO *et al.*, 2018). Valorizando ações que promovam a autonomia, a participação comunitária em grupos de apoio, de práticas integrativas (PIC), respeitando a subjetividade de cada indivíduo (FROSI; TESSER, 2015)

Nesse sentido, a APS se apresenta como um campo válido para a prática do cuidado em saúde mental, pois pode se constituir em “um verdadeiro programa de saúde mental”, orientado por modelos substitutivos e comunitários que valorizam a singularidade e especificidade dos usuários (CAVALCANTE *et al.*, 2011). E representa um caminho de ampliação do acesso e cuidado em saúde mental no âmbito do serviço de saúde ao maior número de pessoas (ALVAREZ; VIEIRA; ALMEIDA, 2019).

Entretanto, o processo de inserção da assistência à saúde mental na APS ainda é um processo em implementação, como o apresentado no estudo de Alves, Alves e Almeida (2017), onde os relatos de alguns profissionais participantes denotavam que alguns serviços da APS ainda não desenvolvem ações de saúde mental. Nesse sentido, parece ser um grande desafio a APS garantir ações resolutivas para as suas demandas, ao mesmo tempo que precisa atender a especificidades como a saúde mental (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019, p. 8).

Em muitas práticas de saúde de mental prevalece a resolutividade centrada no modelo biomédico, dissociada da produção da autonomia e da constituição de relações terapêuticas (BEZERRA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, Fertoni *et al.* (2015) discute os desafios inerentes ao desenvolvimento do cuidado em saúde mental no âmbito da APS, apontando a persistência da centralidade no cuidado ao corpo biológico, no diagnóstico e na abordagem medicamentosa, atrelada a problemas relacionados a formação, caracterizada como inadequada ou insuficiente para o trabalho na saúde da família, assim como questões inerentes aos vínculos profissionais, denotando as deficiências nas condições de trabalho e no estabelecimento de vínculo com a comunidade.

Para Bezerra *et al.* (2014), os desafios para implementação da saúde mental na ESF, se relaciona a falta de formação e capacitação dos profissionais de saúde sobre o tema, mas também a ausência de sensibilização da equipe em envolver os usuários em sofrimento psíquico em ações dentro da unidade, bem como com a desarticulação dos fluxos assistenciais entre os diferentes pontos e níveis da rede de cuidado.

No Brasil, além desses aspectos, se impõem os obstáculos aos cuidados em saúde mental na APS problemas relacionados ao acolhimento, bem como deficiências no sistema de referência e contrarreferência (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019)

A “rotina de encaminhamentos” das pessoas em sofrimento mental da APS para outros pontos ou serviços tem sido apontada como uma obstáculos a construção do cuidado em saúde mental na APS (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Destarte, no contexto atual da saúde mental no Brasil é preciso desnaturalizar as práticas orientada pelo modelo biomédico, que ampliam a perspectiva da medicalização do sofrimento, de modo que se passe a investir em práticas direcionadas ao cuidado dos sujeitos potencializando a constituição da rede de cuidados, no caso da Rede de atenção Psicossocial (RAPS) (BARBOSA *et al.*, 2016).

3.4. RAPS: Conceitos e evolução no contexto do Sistema Único de Saúde

Discutir sobre “rede(s)” é mergulhar na imensidão de um tema polissêmico, que permeia por diversas ciências, trazendo conotações específicas a cada uma, e que no presente momento não convém saturar todas as suas definições, mas tratar sobre uma óptica mais específica de “rede(s)”, que remete ao âmbito da saúde, especialmente a saúde mental.

Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser entendidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, atuam de maneira cooperativa e

interdependente, buscando proporcionar uma atenção contínua e integral a uma população adscrita em um território, sob a ótica de um cuidado humanizado com responsabilidade sanitária e econômica (MENDES, 2011).

Para o Ministério da Saúde as RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva a Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) acrescenta ao conceito das RAS a concepção de uma rede de organizações, cujos esforços se direcionam a prestar serviços de saúde equitativos e integrais, se responsabilizando pelos resultados clínicos e econômico, bem como pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2011).

No Brasil, diante da preocupação com a melhoria da articulação dos serviços de saúde, de modo a propor uma atuação mais eficiente diante das condições agudas, mas também das condições crônicas, foi lançada a portaria 4.279, que define as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde (RASs) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Dessa forma, as RASs surgiram como uma possibilidade de conciliar, de maneira coerente, as demandas de saúde do país marcada por uma perspectiva de tripla carga de doenças, e o sistema de saúde, de forma superar a assistência fragmentada, pontual e reativa (LIMA; GUIMARÃES, 2019). Tendo em vista, que a busca pela integralidade do cuidado é um dos seus principais atributos, que por meio de uma integração eficiente dos serviços produz consequências positivas a gestão do cuidado, em uma perspectiva de compartilhamento de responsabilidade, de alocação de profissionais e recursos (MOREIRA; BOSI, 2019).

A superação da fragmentação perpassa especialmente a busca pela integralidade do cuidado, sendo esse o atributo principal das RASs, dado pela eficiente integração dos níveis e serviços de saúde, refletindo positivamente sobre a gestão do cuidado e o compartilhamento de responsabilidades (MOREIRA; BOSI, 2019).

Em 2011, por meio da portaria nº3.088 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, como proposta organizativa dos serviços de saúde mental, a fim de criar, ampliar e articular os serviços de atenção a saúde a pessoas em sofrimento mental ou com necessidade de devido uso de álcool e outras drogas (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

A constituição das RASs no âmbito do SUS é impulsionada pela diretriz da regionalização, e nesse contexto está imbricada a concepção de uma APS integral e resolutive, caracterizada como principal porta de entrada ao sistema de saúde, cuja articulação com os demais componentes da RAS implica na garantia de sua atuação sob a perspectiva da integralidade (BOUSQUAT *et al.*, 2019). Nessa perspectiva, a APS se apresenta como

coordenadora do cuidado, sendo o centro comunicador das redes, regulando os fluxos e contrafluxos dos usuários ao longo do sistema de saúde (RIBEIRO, CAVALCANTI, 2020).

Ao tratar sobre saúde mental no contexto do sistema de saúde e das RAS, tanto o MS como a OMS orientam as políticas de saúde na direção da descentralização do cuidado, priorizando que esse ocorra em rede, com valorização do papel da APS nesse processo (REZIO; CONCIANI; QUEIROZ, 2020).

A RAPS foi criada com objetivo de garantir a articulação e integração entre os serviços de saúde no contexto do território, proporcionando e qualificando o cuidado em saúde mental através do acolhimento, do vínculo e do acompanhamento longitudinal (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020). E dessa maneira facilitando o acesso da população aos serviços de atenção psicossocial (MOREIRA; BOSI, 2019).

A integração da RAPS e da ESF, no tocante aos fluxos de atendimento e de formação contínua, é fato indispensável a garantia da integralidade do cuidado, propondo mais ações de âmbito territoriais, se distanciando da perspectiva de ambulatórios especializados CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).

No entanto, como afirma Lima e Guimarães (2019) a RAPS, desde a sua institucionalização, tem apresentado desafios relacionados a sua capacidade de aproximação e articulação de seus serviços, incluindo especialmente a APS e os CAPS, pois para os autores a assistência à saúde mental ainda não assimilou a lógica de redes, sendo suas relações incipientes, persistindo a valorização dos serviços especializados, sendo a essência do cuidado em rede pulverizada pelo domínio da especialidade e saber médico-centrado.

3.5. Os profissionais de saúde, o médico da APS e a saúde mental

Ao tratar sobre a atuação profissional na perspectiva da APS destaca-se o quão importante é o desenvolvimento de especificidades relacionadas ao trabalho, apontando a capacidade de trabalhar em equipe, participar da territorialização, conhecer as famílias e promover o cuidado da população no contexto do serviço e domiciliar além de buscar a integralidade em todas as suas ações (BARBOSA *et al.*, 2019).

Diante do contexto da saúde, a figura dos profissionais possui uma posição estratégica no sistema de saúde, sendo o primeiro contato dos pacientes com os serviços, se caracterizando como importante instrumento de trabalho, especialmente no âmbito da saúde mental, cujas atitudes refletem positiva ou negativamente sobre as relações com as pessoas em sofrimento,

de maneira a produzir efeitos sobre a inclusão social e comunitária desses indivíduos (ABRAMENKO *et al.*, 2017).

A proposta de mudança do cuidado em saúde mental, discutida nas políticas de saúde, nas reformas, advoga uma atenção psicossocial, em uma clínica que se orienta pelo compartilhamento das responsabilidades, bem como do diagnóstico por profissionais de diferentes formações, a valorização do usuário e não da doença ou sintomas, fazendo desse usuário parte ativa do processo de cuidado (LIMA; GONÇALVES, 2020). E nesse sentido, Campos, Bezerra e Jorge (2019) acrescentam que a atuação nessa perspectiva coletiva e biopsicossocial depende de profissionais qualificados, capazes de refletir sobre os processos de trabalho, de modo a atender as demandas em saúde mental advindas das pessoas em sofrimento.

Quanto a figura do profissional médico, existe um rol de atividades no âmbito da APS que lhes são atribuídas, as quais perpassam realizar consultas clínicas, garantir a atenção aos usuários adscrito, bem como promover atividades em grupos, garantir o acompanhamento do plano terapêutico orientado pelas necessidades de estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, além de colaborar com a educação permanente dos demais profissionais da equipe (BARBOSA *et al.*, 2019).

Ademais, ao médico atuante na APS é solicitado o desenvolvimento de competências e habilidades de entrevista e comunicação, capazes de promover o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, que atreladas a formação continuada e ao apoio matricial contribuem com a atuação especialmente no âmbito da saúde mental (FERNANDES *et al.*, 2017).

No entanto, o cuidado em saúde mental para além dos aspectos clínicos, direcionado a uma postura que incorpora também competências afetivas, às vezes, não são proporcionadas pelo ensino formal (FEGADOLLI; VARELA; CARLINI, 2019). E nesse sentido, Pereira e Andrade (2018) destacam o sentimento de insegurança e despreparo dos profissionais médicos diante das demandas de saúde mental.

Dessa forma, o presente estudo buscou analisar as práticas de saúde mental desenvolvidas pelos médicos atuantes na APS, sob a ótica dos médicos que atuam na APS, uma vez que esses profissionais estão diretamente envolvidos com o cuidado a ser ofertado e desenvolvidos junto as pessoas em sofrimento, pois atuam na porta de entrada do sistema e são articuladores e corresponsáveis pelo acompanhamento contínuo, longitudinal e resolutivo dos pacientes e usuários do sistema de saúde.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Para esta investigação foi adotada uma abordagem qualitativa de pesquisa (FLICK, 2009), com enfoque exploratório, em função do interesse pelos fenômenos sociais, mais especificadamente aqueles que se estabelecem no campo da Atenção Primária em Saúde (APS).

4.2. Aspectos Éticos

Esta investigação envolveu seres humanos e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - Campus Maceió/AL, para que seja analisada sua adequação à Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016). Atesta-se que nenhum procedimento desta pesquisa foi realizado antes de sua aprovação no CEP/UFAL, que aconteceu em junho de 2020, sob o número de inscrição CAAE 31046720.5.0000.5013.

4.3. Local

A pesquisa foi realizada no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município pertencente a 5ª região de saúde do estado de Alagoas, composto por sete equipes de Saúde da Família, distribuídas em suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS), cuja cobertura se estende a 100% dos 17.564 municípios.

No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial o presente município consta com a estrutura das sete UBS, anteriormente citadas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1; um ambulatório de especialidades, onde atuam um psiquiatra e dois psicólogos e um profissional especializado em acupuntura; um pronto atendimento 24h de urgência e emergências. No entanto, a rede municipal não consta de outros equipamentos substitutivos como Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs), Centros de convivência e cultura (CeCOS), Terapias Comunitárias, entre outros.

4.4.Participantes¹

Para atender à pesquisa foram convidados profissionais médicos atuantes na Atenção Primária de Saúde – especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município alagoano.

Tratou-se como participante, apenas aquele indivíduo, que de maneira voluntária e consentida assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo dessa forma uma amostra intencional não probabilística. De acordo com Gil (2002), esse tipo de amostragem desconsidera a fundamentação matemática ou estatística, dependendo unicamente dos critérios subjetivos estabelecidos pelo pesquisador.

A seguir, são descritos os critérios de elegibilidade para participação na pesquisa:

- Critérios de inclusão: médicos que atuam na APS/ESF, e que realizam atendimentos a pacientes em sofrimento mental.
- Critérios de exclusão: médicos que estiverem de licença ou afastados de suas atribuições na APS.

Em sua totalidade houve a participação de cinco profissionais de um total de sete médicos atuantes na rede de saúde municipal a nível da Atenção Primária, em suas respectivas equipes e unidades de saúde. Dentre os participantes excluídos desse processo constava a própria pesquisadora e um outro médico que não demonstrou interesse em participar, apesar dos contatos realizados.

4.4.1. Participantes envolvidos

A caracterização dos participantes encontra-se no *Quadrol*

¹ Para preservar a identidade dos participantes, pseudônimos foram empregados.

Quadro 1 - Caracterização dos participantes envolvidos

| Pseudônimo/ participante | Gênero | Idade | Formação Acadêmica | | | Saúde da família | | Saúde mental |
|-----------------------------|-----------|---------|---|--------------------------------------|--------------------------------|------------------|----------|-----------------|
| | | | Local de formação médica | Pós-graduação | Tempo de formação ² | Tempo de atuação | Formação | Formação |
| José | Masculino | 74 anos | Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL | Residência em clínica médica | 44 anos | 3 anos | — | — |
| Maria | Feminino | 27 anos | Universidade Tiradentes - UNIT/AL | — | 3 meses | 1mês | — | — |
| João | Masculino | 47 anos | Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL | — | 3 anos | 3 Anos | — | — |
| Francisco | Masculino | 72 anos | Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL | Residência em Ginecologia | 44 anos | 20anos | — | — |
| Pedro* | Masculino | 39anos | Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL | Especialização em saúde da Família** | 4 meses | 4 meses | SIM | — |

* Formação prévia em Enfermagem.

** Especialização vinculada a formação em Enfermagem

Fonte: Elaboração Própria (2020).

² Diante do objetivo da pesquisa o tempo de atuação não foi uma categoria explorada, mas em alguma medida representa uma pluralidade de trajetórias e perspectivas sobre o fenômeno estudado.

4.5. Instrumento de coleta/produção dos dados

Com a finalidade de alcançar os objetivos do estudo, foi utilizado o roteiro de entrevista como instrumento de coleta/produção de dados, cujas características são descritas a seguir:

i. Roteiro de entrevista: aspectos da prática médica (RE-APM)

O Roteiro de entrevista: aspectos da prática médica (RE-APM) foi elaborado pela pesquisadora. Sendo um roteiro semiestruturado, composto por duas partes, onde a primeira aborda características pessoais e profissionais dos participantes, enquanto a segunda relaciona questões abertas direcionadas aos objetivos do estudo, no caso a prática médica diante de atendimentos de usuários em sofrimento mental na APS. Esse roteiro de entrevista teve o seu conteúdo revisado através de um pré-teste, cuja aplicação foi dada com dois médicos atuantes da APS, e não integrantes da amostra da pesquisa, seguindo os padrões definidos para a mesma, de modo a permitir a averiguação da necessidade de modificações no roteiro, a fim de se alcançar os objetivos propostos. (Anexo 2).

4.6. Procedimento de coleta/produção dos dados

A coleta/produção dos dados envolveu uma etapa, sendo esta realizada após execução dos procedimentos éticos. Assim, para um melhor entendimento, é detalhado o procedimento adotado:

Etapa 1 - Entrevista com profissionais médicos acerca dos aspectos relacionados a prática médica diante de atendimentos de usuários com sofrimento mental

Para entender a prática médica no âmbito da saúde mental na APS foi necessário a compreensão do cenário da saúde mental do município, dada através do contato com a secretaria de saúde, que orientou a composição de sua rede municipal de saúde, bem como a composição de seu quadro de profissionais médicos.

Depois de identificados os médicos que atuavam na APS, foi realizado o contato da pesquisadora com os prováveis participantes, com o intuito de apresentar a proposta da pesquisa, bem como de convidá-los a participarem da investigação em questão.

Inicialmente, houve dificuldade nesse contato, uma vez que a ampla carga horária de trabalho desses profissionais, dada tanto na ESF, como em outros vínculos empregatícios

através de plantões, acarretavam pequena disponibilidade de horário e possibilidade de encontro para a realização do procedimento de coleta de dados. Ao fim houve o assentimento de participação de cinco profissionais.

Com cada médico participante foi realizada uma entrevista, respeitando o prévio agendamento, na qual foi utilizado o suporte do Instrumento - Roteiro de entrevista: aspectos da prática médica (RE-APM) (Anexo 2), que prevê procedimentos específicos para a realização da coleta/produção dos dados. Cada aplicação teve duração média de cerca de 25 a 40 minutos, sendo realizada em local reservado – sem a influência de terceiros. A fim de se adequar ao cenário mundial da pandemia de COVID-19, e respeitar a máxima de seu enfrentamento, as entrevistas foram adaptadas para tal, ocorrendo quatro de maneira presencial e uma por meio virtual

4.7. Análise dos dados

Para tratamento do *corpus* desta pesquisa foi aplicada a análise temática de conteúdo, que é um dos procedimentos clássicos para analisar material de origem textual. Esse tipo de análise tende a valorizar o material a ser tratado, principalmente permite fazer a contextualização com os fatos sociais e históricos nos quais foram produzidos. Através de sua liberdade teórica, a análise temática se apresenta como uma ferramenta flexível capaz de fornecer um amplo e complexo conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nessa pesquisa a análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior (BRAUN; CLARKE, 2006). A codificação dos temas fora realizada de forma manual, mediante leitura flutuante dos dados, sendo apresentada nessa dissertação uma seleção dos extratos.

Para o desenvolvimento de processo, optou-se por utilizar as fases da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), conforme descrita a seguir no *Quadro 2*:

Quadro 2 – Fases da análise temática

| Fases | | Descrição do processo |
|-------|----------------------------------|---|
| 1 | Familiarizando-se com seus dados | Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais. |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 2 | Gerando códigos iniciais | Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código. |
| 3 | Buscando por temas | Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. |
| 4 | Revisando temas | Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise. |
| 5 | Definindo e nomeando temas | Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema. |
| 6 | Produzindo o relatório | A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise. |

Fonte: Adaptação de Braun e Clarke (2006).

Estabelecidas os procedimentos citados anteriormente, das fases da análise temática emergiram cinco categorias de análise, chamadas aqui de temas, que foram necessárias ao entendimento da prática médica no âmbito da saúde mental na Atenção Primária em Saúde, sendo elas apresentadas no *Quadro 3*:

Quadro 3 - Caracterização dos temas

| Temas propostos | | subcategoria |
|-----------------|--|---|
| 1 | A interação entre a atuação médica em saúde mental na atenção primária e a formação acadêmica | <ul style="list-style-type: none"> • Espaços de formação acadêmica • Contribuição da formação acadêmica |
| 2 | O processo de Educação permanente no âmbito da saúde mental sob a perspectiva do médico atuante da APS | |
| 3 | Deslindado a atuação médica no âmbito da saúde mental na Atenção Primária | <ul style="list-style-type: none"> • Abordagens diagnósticas • Abordagens terapêuticas • Relação médico-paciente e envolvimento familiar |

| | | |
|---|---|---|
| 4 | A interação entre a atuação médica em Saúde mental na APS e a RAPS | <ul style="list-style-type: none"> • Referência e contrarreferência • Interação e compartilhamento com a RAPS |
| 5 | A saúde mental sob a perspectiva do médico atuante nesse nível na APS | <ul style="list-style-type: none"> • A percepção do médico atuante na APS sobre o cuidado em saúde mental |

Fonte: Elaboração Própria (2021).

Realizada a definição dos temas, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiado pelos estudos que abordam a saúde mental, a APS e a atuação médica.

5. RESULTADOS

5.1. Artigo: Formação médica em saúde mental na perspectiva do médico que atua na atenção primária

RESUMO

O presente estudo buscou compreender a formação médica em saúde mental, sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária (APS). Para tanto foi adotada uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, na qual por meio de entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas/Brasil, se produziu dados, cujo *corpus* foi tratado a partir da aplicação da análise temática de conteúdo. Os resultados do estudo apontam a formação médica em saúde mental ainda vinculada a uma visão biomédica, onde se valoriza o cenário hospitalar, como espaço de práticas e subutiliza a APS no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, produzindo lacunas que afetam atuação médica no contexto do cuidado de saúde mental na APS. Desta forma, se faz necessário repensar o processo de formação médica em saúde mental, de modo a propor uma formação condizente com a realidade de atuação médica na APS e a suas demandas em saúde.

Palavras-Chave: Saúde mental, Atenção Primária, Formação médica

ABSTRACT

This study sought to understand medical training in mental health from the perspective of Primary Health Care physicians. To do so, a qualitative, exploratory, descriptive approach was adopted, in which, by means of interviews with physicians working in the PHC of a city in the state of Alagoas/Brazil, data was produced, whose corpus was treated by applying content thematic analysis. The results of the study indicate that medical training in mental health is still linked to a biomedical vision, where the hospital setting is valued as a practice space and PHC is underused in the development of professional competencies and skills, producing gaps that affect medical performance in the context of mental health care in PHC. Thus, it is necessary to rethink the process of medical training in mental health, in order to propose training consistent with the reality of medical practice in PHC and its health demands.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Medical Training

INTRODUÇÃO

No contexto de atuação dos sistemas de saúde as questões relacionadas aos recursos humanos sempre implicaram em preocupações, tendo em vista que a reorientação dos modelos

de saúde perpassa mudanças e evoluções no processo de trabalho e formação profissional (BARBOSA, 2019).

Nessa perspectiva a formação médica é apresentada como um fator contributivo para a qualidade da saúde, sendo um aspecto de atenção constante de instituições como a Organização Mundial da Saúde e Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Instituições de Ensino Superior, entre outras (MEIRELES; FERNADES; SILVA, 2019).

Historicamente, no Brasil a formação médica foi norteadada pela influência norte-americano, através do modelo Flexneriano de educação, caracterizado pela valorização do ambiente hospitalar, cuja rigidez metodológica contribui para a produção de um conhecimento fragmentado e descontextualizado da realidade de atuação profissional (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

Nesse modelo de formação médica, o ensino é tecnicista, preocupado com procedimentos e ferramentas de auxílio diagnóstico e terapêutico, valorizando a especialização médica (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

No entanto, uma tendência de questionamento a esse processo formativo se ergueu orientada por termos discutidos mundialmente como: o conceito ampliado de saúde proposto pela OMS; a defesa da Atenção Primária à saúde (APS) e do acesso igualitário à saúde de todos os cidadãos proposto pela Conferência de Alma-Ata; e os conceitos da Carta de Ottawa que trazia uma crítica a esse modelo biomédico, com valorização da perspectiva da qualidade de vida no âmbito da saúde (MACHADO; WUO; HEINZLE, 2018).

No Brasil, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) reafirmaram as limitações da formação tradicional, apontando a necessidade do desenvolvimento de um modelo formativo que se adequasse as demandas do sistema de saúde, valorizando as dimensões técnicas do trabalho, sem negligenciar as dimensões políticas, sociais e éticas, numa perspectiva de formação generalista, humanista e crítico-reflexiva (SILVA; MUHL; MOLIANI, 2015).

Nos anos 2000, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação de Medicina, corroborando com a tendência mundial de formação médica, propôs uma formação humanista, ampliando o contato do estudante, ainda nos anos iniciais, com rede de atenção à saúde, destacando a comunidade e a centralidade do ensino na APS e direcionando a formação a aquisição de competências condizentes com os princípios e necessidades de consolidação do SUS (RODRIGUES; DUQUE; SILVA, 2020).

Assim, tem se observado um caminhar das escolas médicas em direção a transformação do modelo formativo tradicional, a uma perspectiva inovadora e avançada de formação, como

observado no estudo de Lampert *et al.* (2009), onde as escolas médicas avaliadas demonstraram a busca pela implementação de mudanças a fim de se adequarem às DCN, e mais da metade se enquadraram na tipologia de Avançada ou Inovadora no tocante as transformações almejadas.

Na saúde mental as tendências também caminham no sentido da busca por transformações, tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) trouxeram contribuições para a reformulação da assistência à saúde, estimulando nessa perspectiva o cuidado de base comunitária, em detrimento do modelo tradicional, medicalizador e hospitalocêntrico (PEREIRA; ANDRADE, 2017).

Nesse sentido, Cavalcante, Gomes e Azevedo (2020) contribuem ao afirmar que um caminho de transformação do cuidado em saúde mental é desenvolver práticas de formação médica na APS, sob a perspectiva de uma formação que se aproxima de princípios como a resolutividade e a integralidade, ampliando dessa maneira a atuação médica para além da psiquiatria tradicional.

Diante disso, o presente estudo buscou a percepção dos médicos atuantes na APS sobre o seu processo de formação médica em saúde mental.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com enfoque exploratório, dada a necessidade de compreender o fenômeno que se constrói na vivência dos sujeitos e em suas subjetividades. Sendo parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TACC) do mestrado em rede PROFSAUDE, concluído pela primeira autora sobre a prática médica na APS no âmbito da Saúde Mental.

A coleta de dados do estudo ocorreu entre junho de 2020 a junho de 2021, em um município do estado de Alagoas/Brasil, para o qual foram convidados a participar todos os profissionais médicos atuantes na APS, especificadamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) municipal, sendo incluídos apenas aqueles que de maneira voluntária e consentida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo dessa forma uma amostra intencional não probabilística, que segundo Gil (2002) é um tipo de amostragem que desconsidera a fundamentação estatística, dependendo unicamente de critérios subjetivos estabelecidos pelo pesquisador, que na ocasião consistia em ser médico, está em atividade na APS/ESF, realizando atendimentos a pacientes em sofrimento mental.

Desse modo, a pesquisa constou com a participação de cinco profissionais, de um universo de sete médicos atuantes na rede municipal de saúde a nível da APS, pois se excluiu a própria pesquisadora e um segundo profissional devido à ausência de interesse em participar.

Como ferramenta de coleta/produção de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, composto por duas partes, onde a primeira aborda características pessoais e profissionais dos participantes, enquanto a segunda relaciona questões abertas direcionadas aos objetivos do estudo.

O roteiro de entrevista teve o seu conteúdo revisado e refinado através de um pré-teste, cuja aplicação ocorreu com dois médicos atuantes da APS, e não integrantes da amostra da pesquisa, seguindo os padrões definidos de aplicação, de modo a permitir a averiguação da necessidade de modificações de sua estrutura.

Quanto ao agendamento e realização do procedimento de coleta, inicialmente, houve dificuldades, uma vez que, a ampla carga horária de trabalho dos profissionais médicos, tanto na ESF, como em outros vínculos empregatícios, através de plantões, acarretava pequena disponibilidade de horário e possibilidade de encontro para a realização das entrevistas. Ademais, o atual cenário da pandemia de Covid-19 exigiu que adaptações fossem feitas ao procedimento de coleta, dando as entrevistas a possibilidade de ocorrerem de maneira presencial ou por meios virtuais. Desse modo, com cada participante foi realizada uma entrevista, com duração média de 25-40 minutos, em local reservado, utilizando o roteiro previamente elaborado, sendo quatro realizadas de forma presencial e uma entrevista por meio virtual.

Para tratamento do *corpus* desta pesquisa foi aplicada a análise temática de conteúdo, que é um dos procedimentos clássicos para analisar material de origem textual. Esse tipo de análise tende a valorizar o material a ser tratado, principalmente permitindo fazer a contextualização com os fatos sociais e históricos nos quais foram produzidos.

Através de sua liberdade teórica, a análise temática se apresenta como uma ferramenta flexível capaz de fornecer um amplo e complexo conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nessa pesquisa a análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior (BRAUN; CLARKE, 2006). A codificação dos temas fora realizada de forma manual, mediante leitura flutuante dos dados.

Para o desenvolvimento do processo, optou-se por utilizar as fases da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), conforme descrita a seguir:

Quadro 1 – Fases da análise temática

| Fases | | Descrição do processo |
|-------|----------------------------------|--|
| 1 | Familiarizando-se com seus dados | Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais. |
| 2 | Gerando códigos iniciais | Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código. |
| 3 | Buscando por temas | Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. |
| 4 | Revisando temas | Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise. |
| 5 | Definindo e nomeando temas | Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema. |
| 6 | Produzindo o relatório | A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise. |

Fonte: Adaptação de Braun e Clarke (2006).

Estabelecidos os procedimentos citados anteriormente das fases da análise temática emergiu a categoria, chamada aqui de tema e discutida nesse artigo: A interação entre a atuação médica em saúde mental na atenção primária e a formação acadêmica.

Realizadas essas definições, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiados pelos estudos que abordam a saúde mental, a APS e a Formação médica.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob do parecer nº CAAE: 331046720.5.0000.5013. E visando garantir o anonimato dos participantes, a esse foram atribuídos outros nomes, diferente de seu original.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenvolvimento do estudo, se indagou aos médicos atuantes na APS, que foram participantes da pesquisa, sobre o seu processo de formação acadêmica, especialmente no âmbito da saúde mental.

Espaços de formação

Nessa perspectiva, os espaços formativos foram apresentados como um componente do processo de formação profissional, sendo o local onde se desenha a proposta educacional e a perspectiva de atuação, conforme os excertos a seguir:

Na universidade, a gente tinha cadeira dentro da faculdade, cadeira de saúde mental, algumas aulas práticas nas clínicas de Maceió, Ulisses pernambucana, hospital psiquiátrico. Tinha cadeira de psiquiatria na Universidade (JOSE).

A minha experiência quando me formei era assim, de pronto-socorro, passei três anos no pronto-socorro, experiência de estágio no Ulisses Pernambucana. Mas não era uma coisa assim que eu amasse fazer... Mais voltado ao hospital (FRANCISCO).

Os espaços de aprendizagem são uma pauta importante no processo educacional, e nessa perspectiva Machado, Oliveira e Malvezzi (2021), destacam os cenários de práticas, como locais de experiências únicas, onde o aluno pode desenvolver vivências impossíveis de se reproduzir apenas no contexto da sala-de aula.

Os excertos supracitados, ainda apontam a predominância do hospital psiquiátrico como espaços de formação e contato dos médicos enquanto estudantes com a saúde mental (SM). No entanto, tais excertos são relatos de profissionais formados há cerca de 40 anos, representando dessa maneira um período de uma medicina flexneriana, onde a proposta de educação médica se pautava em uma visão reducionista, onde se valorizava o atendimento hospitalocêntrico, condicionando o aluno a uma visão restrita do paciente e direcionada a aspectos anatomoclínicos (MEIRELES; FERNADES; SILVA, 2019).

Nesse período ainda não se reconhecia a existência do SUS e o campo da saúde mental apresentava de forma embrionária os conceitos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que no futuro seriam o alicerce para a Política Nacional de Saúde Mental e para a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Fatos que implicam sobre as vivências e sobre os cenários formativos experienciados pelos profissionais participantes.

Todavia, os relatos de profissionais médicos mais jovens, formados nos últimos cinco anos, em um contexto de formação diferente do anterior, também enfatizam o hospital psiquiátrico como principal espaço formativo, embora outros pontos de atenção da RAPS, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) seja apresentado como alternativa de experiências de aprendizagem, conforme apresentado a seguir:

Na minha faculdade a gente tinha na graduação ambulatório de psiquiatria, o internato também a gente teve 2 meses de psiquiatria e CAPS. A gente atuava nos CAPS. Como lá não tinha acesso ao Portugal Ramalho (Hospital psiquiátrico), o campo da gente era só esse mesmo (MARIA).

Durante as aulas de psiquiatria, saúde mental, no Hospital Portugal Ramalho houve sim muitas experiências com pacientes (JOÃO).

Na disciplina propriamente dita da graduação, do currículo formal, a gente só contemplou o ambiente do Portugal Ramalho (hospital psiquiátrico), né!!! Que é o hospital de referência, e lá a gente passou por alguns campos, o PISAN que é o ambulatório, a urgência e as enfermarias. Mas assim... É... Foram contempladas aulas teóricas, que tiveram deficiência ao meu olhar, foram muito restritas ao que o professor queria passar propriamente dito... A abordagem medicamentosa, a terapia de um modo geral “deixou a desejar”. (PEDRO).

E nessa perspectiva, surge o questionamento: ainda estamos vivenciando a formação em saúde mental de décadas atrás?

A formação médica brasileira, nos últimos 20 anos, tem passado por reformulações. Com o advento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o descompasso entre a conformação da atuação médica vigente e as demandas em saúde da população, culminaram em transformações curriculares (COSTA *et al.*, 2014).

As Diretrizes Nacionais Curriculares (DCN) em 2001, mas especialmente a de 2014, traz uma proposta de inovação a formação médica, ao apoiar a ampliação dos espaços formativos através da inserção do aluno nos serviços de saúde, ainda nas primeiras séries e ao longo de todo o curso (BRASIL, 2014).

A ampliação dos espaços de aprendizagem, incluído novos cenários de prática no contexto da reformulação da educação médica, possibilitam uma formação curricular humanística, sob exegese da integralidade (TOUSO; FIGUEIREDO 2020).

Uma formação médica pautada na aproximação do estudante a rotina dos serviços de saúde, ao cotidiano dos usuários tende a proporcionar uma formação mais sólida, proporcionando o fortalecimento de vínculos (MACHADO; OLIVEIRA; MALVEZZI, 2021).

No campo da saúde mental, Tousa e Figueiredo (2020) afirmam ser necessário incluir o aluno nos cenários de assistência, desde seus primeiros passos na academia, a fim de desenvolver a perspectiva do cuidado/ assistência integral, estimulado pelo contato precoce com a pessoa em sofrimento mental.

No entanto, os relatos demonstram que a ampliação dos espaços formativos, no âmbito da saúde mental, ainda é um processo limitado, mesmo para aqueles profissionais de formação médica mais recente, sob a perspectiva e alcance das DCNs, persistindo a centralidade do hospital e o restrito uso de outros serviços de cuidado, na intenção de diversificar os espaços formativos.

Corroborando com o estudo de Chehuen Neto *et al.* (2014), onde a percepção dos estudantes de medicina e médicos participantes do estudo apontaram um envolvimento apenas pontual com a APS, que para os autores apontavam evidências de que a reforma curricular ainda não alcançou plenamente o seu lugar, permanecendo em algumas escolas a valorização do espaço hospitalar como campo formativo.

Para Cardoso e Campos (2020) a manutenção da centralidade no hospital, corroboram para a inadequação do perfil médico formado, prejudicando a aquisição de competências, a formação da identidade profissional, favorecendo distorções do cuidado em saúde e a manutenção de relações de poder entre médico e usuário.

No estudo de Stella *et al.* (2009) com escolas médicas, se observou que nenhuma instituição se colocou no modelo tradicional, dispondo apenas do hospital como espaço formativo, cerca de 25% das escolas avaliadas se enquadraram como inovadora, ou seja, um curso estruturado no ambiente hospitalar, mas como alguma interação com a APS no internato, sendo nesse cenário a dificuldade de articulação com os serviços municipais, apontada como fator limitante. As demais escolas, cerca de 75% se colocam como um currículo avançado, onde se propõe e reconhece a importância da diversificação dos cenários formativos, estabelecendo parcerias com municípios

Em seu estudo, os autores, ainda destacam que a utilização de outros cenários tem sido restrita a algumas disciplinas como a Saúde Coletiva e a Medicina Preventiva, e acrescentam que existe desconexão entre a intencionalidade de inovação curricular das escolas médicas e a realidade vivenciada e evidenciada, uma vez que embora tenham classificação como inovadora ou avançada, utilizando metodologias ativas de ensino, mantêm ações sem integração entre teoria e prática ao longo do processo de ensino-aprendizagem.

Quanto a perspectiva da APS como espaço formativo em saúde mental, destaca-se que apenas um participante entre todos, mas especialmente entre aqueles formados nos últimos 5 anos, refere a APS como campo de práticas e cuidado em saúde mental, mesmo que de maneira eventual e não direcionada, conforme o relato abaixo:

*...na atenção primária., acabava que como a gente teve a medicina na família em comunidade [disciplina curricular] vez ou outra a gente atendia pacientes psiquiátricos, mas, assim, não focado para isso, não teve nada especial focado para isso...Mas desde o segundo período até o final da minha formação a gente passou por muitos estágios na atenção básica.
(MARIA).*

A APS é reconhecidamente apontada como o principal cenário de formação profissional no campo da saúde e de cuidado em saúde mental, tendo em vista sua capacidade de promover o acesso e a resolutividade do cuidado para grande parte dos transtornos mentais (OMS, 2019).

No entanto, os relatos dos participantes apresentam a APS em papel secundário quando o assunto é a formação em SM, escanteando as possibilidades que esse nível de atenção pode propor. E nessa perspectiva, desconsidera o fato de que muitos dos egressos das academias médicas terão suas primeiras experiências profissionais no âmbito da APS, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ARAÚJO; MICHELOTTI; RAMOS, 2017).

Para Costa *et al.* (2014), a inserção dos alunos no cenário da APS ao longo de sua graduação, o coloca em contato como o modelo de reorganização da saúde no país, permitindo o desenvolvimento de aspectos como relação médico-paciente, capacidade de comunicação diagnóstica e abordagens terapêuticas em consonância com variantes sociais, regionais, econômicas e culturais.

Nessa perspectiva, a partir da experiência de um internato de SM integrado a Medicina de Família e Comunidade (MFC), Cavalcanti, Gomes e Azevedo (2020) defendem em seu estudo a APS como melhor cenário para treinar futuros médicos generalistas em SM, dada a possibilidade para se dirimir o hiato terapêutico existente nesse campo da saúde, formando profissionais aptos ao cuidado em uma perspectiva biopsicossocial, valorizando as potencialidades da APS nesse cuidado. E apontam os cenários da APS, CAPS, Núcleos de Saúde da Família (NASF), Consultórios na Rua (CR), como cenários prioritários para a formação médica no âmbito da saúde mental, tendo em vista que o que se pretende é uma formação, para além da perspectiva da psiquiatria, do reconhecimento dos transtornos mentais, ampliando a percepção para o sofrimento humano desvencilhado da necessidade de um diagnóstico.

Contribuição da formação

Quanto as contribuições da formação acadêmica na atuação médica em saúde mental na APS, os participantes são categóricos em apresentar conotações predominantemente negativa,

pois reconhecem lacunas formativas que afetam os seus desempenhos na perspectiva da atuação em saúde mental na APS, conforme os excertos a seguir:

A formação da faculdade na psiquiatria é muito insuficiente, não dá o suporte adequado que a gente precisa (JOSÉ).

Não, ela não me preparou para isso. Hoje eu vejo a saúde mental muito baseada em medicamento quando na verdade medicamentos seria só uma ajuda... A gente estuda muito medicamentos, como eles vão aliviar aqueles sintomas e esquece da parte psicossocial que para mim hoje é a mais importante (JOÃO).

Olha, eu acho que não, sinceramente, porque muito embora a gente passe por alguns estágios que contemplem a saúde mental, para mim a autonomia de ser médico assim que a gente se forma já é muito difícil você conquistar essa autonomia de tomar decisões, tomar condutas e tudo. Na saúde mental, eu acho que é mais ainda porque você tem que ser um auxílio médico, científico e um auxílio emocional também para o paciente. Muitas vezes não estamos prontos, principalmente emocionalmente... (MARIA).

Eu acho que falta muito na nossa formação na parte de emergência psiquiátrica, porque a gente acaba recebendo os pacientes e tratando cientificamente, tecnicamente, mas emocionalmente a gente não tem base para lidar com algumas situações (MARIA).

Foi muito deficiente, como eu disse. A cadeira em si. Os estágios no internato. Acredito que a gente não tem uma postura ativa diante da saúde mental, né! Estou falando no sentido da minha universidade, do que eu vivenciei. E como a gente se depara com a realidade da assistência como profissional, acredito que não fiquei totalmente preparado... Muito fragilizado mesmo, muito ansioso, muito preocupado com essa abordagem... (PEDRO).

é muito da especialização. Acho que é resquício do modelo biomédico hegemônico, que estimula que a gente trabalhe focado naquela atuação de especialista. Acredito que o que a gente vivenciou, principalmente na minha graduação médica, foi voltado exclusivamente para uma atuação de especialidade, e não no sentido ampliado, generalista, que pode contribuir significativamente com a Atenção Básica e a saúde pública. Mas assim, não tivemos uma formação generalista, não... Era mais direcionada para a especialidade (PEDRO).

Os relatos supracitados apontam as deficiências da formação no campo da saúde mental relacionada a valorização de questões pertinentes ao “uso do medicamento” e a dificuldade em conceder autonomia no cuidado em saúde mental, através do aprendizado de competências afetivas (emocionais e psicológicas) e que implicam sobre a atuação do profissional na APS.

Corroborando com esses relatos, Campos, Bezerra e Jorge (2020) apontam que as dificuldades inerentes à prática do cuidado em saúde mental na APS, advém da manutenção do

modelo biomédico medicalizante, associada a uma formação fragilizada, dirigida pela fragmentação do cuidado em especialidades, com reduzidas práticas territoriais e comunitárias.

De maneira semelhante, o estudo de Pereira e Andrade (2017) realizado com médicos da APS da cidade de Sobral/CE, apontou o sentimento de despreparo desses profissionais no atendimento as demandas de saúde mental e enfatizou falhas inerentes a formação acadêmica, conforme a seguir:

Segundo eles, os temas de saúde mental foram insuficientes, de cunho eminentemente hospitalar, curativo e fora do contexto da atenção comunitária. Em alguns casos, a formação ocorreu de maneira bastante negativa, reforçando preconceitos e tabus em relação ao atendimento psiquiátrico, criando barreiras que dificultaram o interesse e a disponibilidade desses médicos para o atendimento de pacientes portadores de transtornos mentais (PEREIRA; ANDRADE, 2017, p.482).

Ademais, os autores acrescentam as lacunas de formação relacionada ao despreparo dos médicos quanto ao desenvolvimento e utilização de recurso não farmacológicos, como a escuta, a construção de planos terapêuticos, encarado como limitante a atuação profissional e apontando a necessidade de mudança no paradigma assistencial dada das demandas emocionais dos pacientes.

Transformar essa perspectiva é um desafio, tendo em vista a marginalização e isolamento dado a temática de saúde mental, no contexto das escolas médicas (HAMAMOTO FILHO *et al.*, 2013).

E embora, autores como Cardoso e Campos (2020) destaquem a escassez de estudos brasileiros, nos últimos anos, direcionados ao aprendizado de competências culturais com enfoque ao sofrimento psicossocial no período da graduação, especialmente no contexto do internato. Outros como o de Touse e Figueiredo (2020) apontam possibilidade de transformação do cuidado, ao propor a ampliação dos cenários de formação no contexto da saúde mental, incentivando o contato dos estudantes, ainda em anos iniciais, com a atenção psicossocial, proporcionando a discussão de competências voltadas a uma atuação humanista e a assistência integral do ser humano.

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de se atentar a formação médica no âmbito da saúde mental e a maneira como esse processo é conduzido, uma vez que, de acordo com a DNC de 2014, a SM é área obrigatória a ser incluída no desenvolvimento da graduação de medicina, e nessa perspectiva a formação precisa resultar em médicos generalistas efetivos em sua abordagem ao paciente, em qualquer que seja o nível de atenção, mas especialmente na APS e na urgência/emergência, sendo profissionais dotados de habilidades gerais, mas também

críticas e reflexivas, capazes de promover uma atuação humanística, pautada na integralidade (BRASIL, 2014).

CONCLUSÃO

Nesse sentido, o presente estudo buscou entender o processo de formação médica em saúde mental, e nessa perspectiva se constatou que a formação, ainda valoriza o cenário hospitalar e as intervenções de caráter biomédico, subutilizando os espaços da APS no treinamento de jovens médicos em formação.

Destaca-se também, que o cenário formativo em saúde mental, que se desenha através dos relatos dos participantes, denota uma formação parcialmente incondizente com as reais necessidade e demandas de atuação desses profissionais na APS, pois à medida que os ensina a reconhecer os transtornos mentais, realizar intervenções medicamentosas, negligencia outras possibilidades de atuação e o desenvolvimento de competências culturais e emocionais necessárias ao cuidado do sofrimento.

Nessa perspectiva, se reconhece um descompasso entre as propostas de formação das DCNs e a realidade vivenciada pelos profissionais durante a graduação, tendo em vista a restrição dos espaços formativos e valorização da especialidade, em detrimento da atuação generalista.

Desse modo, pode se afirmar que a formação médica em saúde mental precisa se aproximar da realidade de atuação do médico generalista, a fim de prepará-los para as demandas que enfrentarão em seu cotidiano na APS.

Salienta-se, que esse estudo não preenche todas as lacunas necessárias ao entendimento da temática proposta, sendo suas limitações dadas pela não avaliação dos projetos pedagógicos curriculares das universidades de origem dos participantes, bem como pela limitação do procedimento de coleta de dado, através apenas de entrevistas, sugerindo dessa maneira a ampliação da discussão através de outros métodos de coleta como grupos focais, englobando a participação de outras categorias como: docentes, acadêmicos de medicina, de forma a compreender a formação médica sobre outras perspectivas.

Quanto a interpretação dos resultados, se ressalta a necessidade de cautela, a fim de se evitar generalizações, tendo em vista as limitações da amostra e o contexto local, onde o estudo fora desenvolvido.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C.A.; MICHELOTTI, F.C.; RAMOS, T.K.S. Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) to the More Doctors Program in 2016. **Interface**, v. 21, supl.1, p. 1217-1228, 2017.

BARBOSA, S. P. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Rev. Bras. de Educ. Méd.**, v. 43, n.1, Supl. 1, p. 395- 403, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES no 3, de junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; Sec.1, p. 8-11.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2. pp. 77-101.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023167, 2020. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2021.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1260, 2020.

CAVALCANTI, M. T.; GOMES, M. K.; AZEVEDO, L. M. S. Internato de Saúde Mental para alunos de Medicina: qual o melhor cenário de formação? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190159, 2020. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100500&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2021.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 15-25, jan./jun. 2014.

COSTA, J. R. B. et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 47-58, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2021.

HAMAMOTO FILHO, P.T. et al. Produção científica sobre educação médica no Brasil: estudo a partir das publicações da Revista Brasileira de Educação Médica. **Rev Bras Educ Med.**, v, 37, n. 4, p. 477-482, 2013.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras **Rev. bras. educ. med.**, v. 22, v. 33, 1 Supl. 1, p. 19-34; 2009.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MACHADO, C.; OLIVEIRA, J.M.; MALVEZZI, E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e200358, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v25/1807-5762-icse-25-e200358.pdf>>. Acesso em: 14 mai 2021.

MEIRELES, M.A.C; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019.

PERERIRA, A. A.; ANDRADE, D.C.L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med**, v.41, n. 4, p. 478-486, 2017.

RODRIGUES, L. H. G.; DUQUE, T. B.; SILVA, R. M. Fatores Associados à Escolha da E Família e Comunidade. **Rev. bras. educ. med.**, v. 44, n. 3, e078, 2020.

SILVA, L.A.; MUHL, C.; MOLIANI; M. M. Ensino médico e humanização: análise a Partir dos currículos de cursos de Medicina. **PsicolArgum**. v. 33, n. 80, p. 298-309, 2015.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde **Rev. bras. educ. med**, v. 68, n. 33, 1 Supl. 1, p. 63-69, 2009.

TOUSO, M.F. S.; FIGUEIREDO, G. L. A. A educação médica nos cenários de práticas em anos iniciais da formação: sentidos tecidos pelo photovoice. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190327, 2020. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Mental Health Gap Action Programme**. Genebra: WHO; 2019. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/en> Acesso em: 14 mai 2021.

5.2. Artigo: A educação permanente no âmbito da saúde mental e o médico atuante na atenção primária

RESUMO

O presente estudo buscou compreender o processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária (APS), no âmbito da Saúde mental. Para tanto foi adotada uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, na qual por meio de entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas/Brasil, se produziu dados, cujo *corpus* foi tratado a partir da aplicação da análise temática de conteúdo. A EPS foi percebida pelos profissionais médicos como uma prática formativa necessária e importante a atuação, capaz preencher lacunas ou deficiências da formação, proporcionando transformações no cuidado em saúde mental. No entanto, também se reconhece que a EPS não é um processo instituído no cotidiano da atuação médica, sendo esse contexto, no âmbito da saúde mental, vinculado ao desinteresse da gestão em propor atualizações. Desta forma, se faz necessário repensar o processo EPS na APS, no tocante a saúde mental, de modo que sua efetivação seja capaz de proporcionar transformações a atuação médica, produzindo um cuidado em saúde mental integral e com qualidade.

Palavras-Chave: Saúde mental, Atenção primária, Educação permanente, Médico

ABSTRACT

This study sought to understand the process of Permanent Health Education (PHE) from the perspective of physicians working in Primary Health Care (PHC), in the field of mental health. To do so, a qualitative, exploratory, descriptive approach was adopted, in which through interviews with physicians working in the PHC of a city in the state of Alagoas/Brazil, data was produced, whose corpus was treated by applying thematic content analysis. The PHE was perceived by medical professionals as a necessary and important formative practice in the performance, capable of filling gaps or deficiencies in training, providing transformations in mental health care. However, it is also recognized that PHE is not a process instituted in the daily routine of medical practice, and this context, in the mental health field, is linked to the management's lack of interest in proposing updates. Thus, it is necessary to rethink the PHE process in PHC, with regard to mental health, so that its effectiveness is able to provide transformations in medical practice, producing a comprehensive and quality mental health care.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Permanent Education, Physician

INTRODUÇÃO

Ao longo de sua trajetória, o Sistema Único de Saúde (SUS) incorporou processos e políticas que pudessem contribuir com sua consolidação no cenário nacional e em consonância

com a necessidade de atuação de seus profissionais, instituiu em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), visando promover o desenvolvimento e qualificação dos recursos humanos de saúde no âmbito do SUS e promover uma educação para o trabalho, incorporada ao cotidiano de atuação dos profissionais (JESUS; RIBEIRO; ARAÚJO, 2020).

Para Ceccim (2005) a Educação Permanente em Saúde (EPS) representava um desafio ambicioso e necessário a se instaurar no cenário de atuação do SUS, pois significava uma superação da fragmentação do cuidado e do conhecimento, uma vez que, incorporava o investimento na eficácia da clínica, a crítica à integração de tecnologias materiais, buscando desenvolver as relações horizontais entre usuários e profissionais.

Dessa forma, a PNEPS se fundamentou sobre a perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), entendida como uma estratégia político-pedagógica que visava a integração entre o quadrilátero: ensino; serviço; gestão e controle social, de modo a produzir transformações nas práticas profissionais mediante à problematização do processo de trabalho em saúde, promovendo avanços no tocante à qualidade do acesso e do cuidado direcionado aos usuários do sistema de saúde (SILVA; SCHERER, 2020).

Nessa perspectiva, a EPS representou uma evolução significativa no contexto de formação profissional, uma vez que, incorporou a aprendizagem ao cenário real e cotidiano do trabalhador do serviço de saúde, transformando sua postura de mero ouvinte a ator e participante ativo, tendo em vista que o processo de formação se dá no aprender pelo trabalho, proporcionando reflexões sobre a sua demanda e seu modo de atuação (REZIO; CONCIANI; QUEIROZ, 2020).

Sob a ótica do sofrimento mental, Rezio, Conciani e Queiroz (2020) apresentam a EPS como um caminho de transformação do cuidado, sendo capaz de modificar o olhar sobre a pessoa em sofrimento, tendo em vista a marcada trajetória de fragmentação, reducionismo e valorização da doença, representando um complexo problema de saúde pública. Nesse contexto, as práticas territoriais de cuidado são apresentadas com o potencial de dirimir as notadas lacunas de acesso e hiatos terapêuticos que marcam o cenário, sendo uma possibilidade para inserção e aceitação do usuário em sofrimento mental na comunidade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2019).

O cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) portanto, se constitui como um local privilegiado de cuidado no âmbito da saúde mental, pois dado os seus princípios e características, permite vislumbrar um cuidado substituto ao modelo biomédico, reducionista e hospitalocêntrico (BRASIL, 2016), onde os profissionais da APS se tornam peça fundamental para mudanças no cuidado em saúde, sendo importante os sensibilizar quanto a potência do

cuidado e atenção em saúde mental a ser desenvolvido por eles (FARIA; FERIGATO; LUSSI, 2020).

Assim, um dos grandes desafios da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) brasileira sempre foi propor um adequado processo de formação aos profissionais da saúde, de modo que incentivasse a atuação intersetorial, interdisciplinar e possibilitasse dirimir os estigmas e preconceitos relacionados ao cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005).

Para Scafuto, Saraceno e Delgado (2017) o processo de redirecionamento da política de saúde mental, orientada pela perspectiva da desinstitucionalização e da Atenção Psicossocial, implicam em desafios a formação dos profissionais da saúde, especialmente aqueles envolvidos no contexto de atuação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre os quais os profissionais da APS e Medeiros *et al.* (2016) defende que a saúde mental precisa estar articulada a estratégias de EPS, de modo que possibilite transformações nas práticas de saúde e consolidem os preceitos defendidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Em relação a figura do médico, Barbosa *et al.* (2019) afirmaram que uma das atribuições médica é colaborar com o desenvolvimento da EPS entre os componentes da equipe de saúde no contexto da APS.

Diante de todo esse cenário descrito, o presente estudo objetivou analisar o processo de educação permanente no âmbito da saúde mental vivenciado por médicos atuantes na APS.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com enfoque exploratório, dada a necessidade de compreender o fenômeno que se constrói na vivência dos sujeitos e em suas subjetividades.

Este estudo consiste em parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TACC) do mestrado profissional em rede – PROFSAUDE da Universidade Federal de Alagoas, concluído pela primeira autora sobre a prática médica na APS no âmbito da Saúde Mental.

A coleta de dados ocorreu entre junho de 2020 a junho de 2021, em um município brasileiro, pertencente à quinta região de saúde do estado de Alagoas. Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais médicos atuantes na APS, especificadamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) municipal, sendo incluídos apenas aqueles que de maneira voluntária e consentida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo dessa forma uma amostra intencional não probabilística, que segundo Gil (2002) é um tipo de amostragem que desconsidera a fundamentação estatística, dependendo unicamente

de critérios subjetivos estabelecidos pelo pesquisador, que na ocasião consistia em ser médico, está em atividade na APS/ESF, realizando atendimentos a pacientes em sofrimento mental.

Desse modo, a pesquisa constou com a participação de cinco profissionais, de um universo de sete médicos atuantes na rede municipal de saúde a nível da APS, pois se excluiu a própria pesquisadora e um segundo profissional devido à ausência de interesse em participar.

Como ferramenta de coleta/produção de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, composto por duas partes, onde a primeira aborda características pessoais e profissionais dos participantes, enquanto a segunda relaciona questões abertas direcionadas aos objetivos do estudo.

O roteiro de entrevista teve o seu conteúdo revisado e refinado através de um pré-teste, cuja aplicação ocorreu com dois médicos atuantes da APS, e não integrantes da amostra da pesquisa, seguindo os padrões definidos de aplicação, de modo a permitir a averiguação da necessidade de modificações de sua estrutura.

Quanto ao agendamento e realização do procedimento de coleta, inicialmente, houve dificuldades, uma vez que, a ampla carga horária de trabalho dos profissionais médicos, tanto na ESF, como em outros vínculos empregatícios, através de plantões, acarretava pequena disponibilidade de horário e possibilidade de encontro para a realização das entrevistas. Ademais, o atual cenário da pandemia de Covid-19 exigiu que adaptações fossem feitas ao procedimento de coleta, dando as entrevistas a possibilidade de ocorrerem de maneira presencial ou por meios virtuais. Desse modo, com cada participante foi realizada uma entrevista, com duração média de 25-40 minutos, em local reservado, utilizando o roteiro previamente elaborado, sendo quatro realizadas de forma presencial e uma entrevista por meio virtual.

Para tratamento do *corpus* desta pesquisa foi aplicada a análise temática de conteúdo, que é um dos procedimentos clássicos para analisar material de origem textual. Esse tipo de análise tende a valorizar o material a ser tratado, principalmente permitindo fazer a contextualização com os fatos sociais e históricos nos quais foram produzidos.

Através de sua liberdade teórica, a análise temática se apresenta como uma ferramenta flexível capaz de fornecer um amplo e complexo conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nessa pesquisa a análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior (BRAUN; CLARKE, 2006). A codificação dos temas fora realizada de forma manual, mediante leitura flutuante dos dados.

Para o desenvolvimento do processo, optou-se por utilizar as fases da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), conforme descrita a seguir:

Quadro 1 – Fases da análise temática

| Fases | Descrição do processo |
|------------------------------------|--|
| 1 Familiarizando-se com seus dados | Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais. |
| 2 Gerando códigos iniciais | Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código. |
| 3 Buscando por temas | Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. |
| 4 Revisando temas | Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise. |
| 5 Definindo e nomeando temas | Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema. |
| 6 Produzindo o relatório | A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise. |

Fonte: Adaptação de Braun e Clarke (2006)

Estabelecidos os procedimentos citados anteriormente das fases da análise temática emergiu a categoria, discutida neste artigo e chamada de tema: o processo de Educação permanente no âmbito da saúde mental sob a percepção do médico atuante na Atenção Primária de Saúde.

Realizadas essas definições, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiados pelos estudos que abordam a saúde mental, a APS e Educação Permanente em Saúde.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob do parecer nº CAAE: 331046720.5.0000.5013. E visando garantir o anonimato dos participantes, a esse foram atribuídos outros nomes, diferente de seu original.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No desenvolvimento do estudo, se indagou aos médicos atuantes na APS e participantes da pesquisa, sobre o processo de educação permanente que vivenciam em sua prática profissional, especialmente no âmbito da saúde mental, e para eles, a EPS se constitui como uma prática formativa necessária e importante para ao desenvolvimento profissional, que deve se orientar pelas demandas diárias, de modo a dirimir as deficiências de atuação, conforme os excertos a seguir:

A educação continuada sempre será necessária, sobretudo porque as situações de saúde, o processo saúde/doença está modificando diariamente ao longo das décadas...Há necessidades, até porque as deficiências são inúmeras, deficiência na abordagem do paciente, deficiência em lidar com essa rede, até mesmo pelo caráter multiprofissional (PEDRO).

Digamos assim, pode ser que eu... Tenha dificuldade em uma abordagem a um paciente com esquizofrenia, então a partir de então seria importante a gestão/ gerencia verificar as necessidades do público médico em relação as demandas em saúde mental e fazer o planejamento para que tenha um processo de educação permanente (PEDRO).

Capacitações, eu acho que a gente precisa ser capacitado, não só o médico... porque eu acho que infelizmente a gente ainda vive com muitos estigmas sobre a psiquiatria. Então, a gente tem que começar a enxergar a psiquiatria como todas as áreas, existe doença do olho, doença da cabeça, do pé, existe doença da mente e a gente vive fazendo atualização mundo afora, mas saúde mental é uma coisa deixada de lado, então eu acho que é necessário (MARIA).

No entanto, os relatos demonstram que a compreensão do processo de Educação permanente ainda se entrelaça à perspectiva da Educação Continuada (EC), haja vista a valorização das práticas de educação alicerçadas no processo de trabalho e na problematização do cotidiano dos profissionais, conjuntamente com a defesa dos espaços formais de educação e das práticas escolarizadas (curso, capacitações etc.) característica da EC.

Neste sentido Miccas e Batista (2014) corroboram com os resultados deste estudo quando afirmam que não é incomum encontrar os termos EPS e EC sendo usados como sinônimos, sendo por vezes difícil separá-los, muito embora o simples uso inadvertido de um termo em detrimento do outro possa acarretar significativo desvio de propósito.

Conceitualmente a Educação Permanente representa uma transformação na concepção de educação e nas práticas profissionais, incorporando o ensino e aprendizagem ao cotidiano de atuação, direcionando as estratégias educativas à prática, valorizando o trabalho como fonte de conhecimento, em um contexto em que os indivíduos são construtores de um saber

compartilhado, dado na ampliação dos espaços educativos, que extrapolam os limites da sala de aula (BRASIL, 2009).

Por sua vez, Peduzzi *et al.* (2009) contextualizam que, em uma outra perspectiva de educação se encontra a Educação Continuada, que se configura como um prosseguimento do modelo escolar, pautado na transmissão de saberes e na atualização de conhecimento, de forma desarticulada da gestão e do controle social, possuindo um caráter pontual e fragmentado, cuja ênfase está em categorias profissionais específicas e no conhecimento técnico-científico.

Todavia, ainda que as políticas do SUS não priorizem a EC como estratégia de educação a ser seguida, Pedroso (2005) afirma que suas atividades de educação podem, em alguma medida, aproximar o vácuo existente entre a formação com as demandas reais do sistema de saúde e desta feita contribuir para a sua consolidação. Contudo, Santos e Reis (2020), afirmam que não devem ser as únicas estratégias de educação adotadas, uma vez que não são capazes de trazer as transformações desejadas ao serviço e ao sistema de saúde.

Ainda concernente aos relatos supracitados, esses apontam o processo de Educação Permanente como um processo formativo contínuo, sendo pertinente a todos os profissionais, não apenas ao médico, estando vinculado a progressos e melhorias no âmbito da atuação profissional, se constituindo como uma proposta para dirimir as deficiências profissionais, e nesse caso em particular, as deficiências relacionadas ao cuidado em saúde mental, bem como os estigmas e preconceitos existentes nessa área de atuação.

O campo da saúde mental sempre fora marcado por estigmas e preconceitos. Pereira, Amorim e Gondim (2020) afirmam que esse comportamento, quando produzidos por parte dos profissionais, pode gerar barreiras de acesso aos usuários em sofrimento mental diante do sistema de saúde.

Nesse sentido, Rezio, Conciani e Queiroz (2020) acrescentam que o cuidado em saúde mental só pode ser transformado mediante uma formação que faça sentido aos profissionais, que seja pensada no contexto do serviço, discutindo e aprendendo pelo trabalho e para o trabalho.

Diante desse contexto, se percebe quão significativa é a EPS para a melhoria do acesso e cuidado em saúde, pois, através da problematização de seus processos de trabalho as equipes da APS, podem avaliar e repensar suas estratégias de cuidado. Neste contexto, Ferreira *et al.* (2019) afirmam que a EPS tem a capacidade de despertar os profissionais da saúde para mudanças na prática profissional, qualificando o serviço através da atuação coletiva, em uma perspectiva de organização do trabalho para atender as demandas em saúde.

Ainda nesta conjuntura, embora o processo de Educação Permanente seja valorizado pelos participantes, é notório em seus relatos que sua implementação apresenta limitações, não se caracterizando por uma prática regular no cotidiano da APS, especialmente no âmbito da saúde mental, conforme os excertos a seguir:

O município não ofertou nenhuma atualização sobre o assunto (saúde mental), não houve reuniões sobre o assunto, que seria importante... Eu não estou conseguindo me atualizar pelo município sobre a área. Sabemos que se não se atualizar, a gente dá uma esquecida (JOÃO).

Muito limitado. a gente não tem nenhum curso para melhorar essa ou aquela área. Na Central (secretária de saúde municipal), de um modo geral, eles têm uma posição de como estar aquele PSF em determinado setores. Então, deveria ter uns cursos para aperfeiçoar esse profissional que praticamente não existe, como você vê é muito pouco (JOSÉ).

Em seu estudo Santos e Reis (2020) relatam que a dificuldade de implementação da EPS e de sua Política nacional, decorre do somatório de diversas faltas, entre elas a de estrutura física, a precarização do trabalho, a omissão de apoio por parte da gestão do SUS, mas, especialmente, da incompreensão do papel da EPS, e das implicações que seu bom desempenho propiciaria ao sistema de saúde.

Nesta perspectiva, Maroja; Almeida Jr e Noronha (2020) relatam a dificuldade de aceitação da prática da problematização em seu estudo, justificada pelo provável desconhecimento a respeito dessa pedagogia, bem como pelo receio de despertar uma formação capaz de fomentar uma consciência crítica e transformadora.

Além disso, os excertos supracitados ainda apontam a Educação Permanente e a perspectiva de formação continuada como um processo de responsabilidade da gestão, que deveria ser a promotora do processo de aperfeiçoamento profissional, mediante a proposta de cursos e atualizações. Desse modo, a responsabilidade de formação individual se torna algo sujeito e dependente da atuação da gestão em favorecer e propor a EPS.

E nesse contexto, quando surge a responsabilidade individual de formação, se percebe que a saúde mental não é colocada como uma área prioritária, conforme relato já citado da participante Maria e rerepresentado a seguir:

Capacitações, eu acho que a gente precisa ser capacitado, não só o médico... porque eu acho que infelizmente a gente ainda vive com muitos estigmas sobre a psiquiatria. Então, a gente tem que começar a enxergar a psiquiatria como todas as áreas, existe doença do olho, doença da cabeça, do pé, existe doença da mente e a gente vive fazendo atualização mundo afora, mas saúde mental é uma coisa deixada de lado, então eu acho que é necessário (MARIA).

De algum modo, estes relatos dos participantes podem estar relacionados a uma formação biomédica, que não favorece o conhecimento e entendimento das políticas públicas, suas diretrizes, arranjos organizacionais, previsto tanto na PNEP quanto na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL,2017).

De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) a formação para a área da saúde deve ser proposta de modo coletivo, onde a problematização do trabalho e a construção de significados cabe às instituições de educação e ao SUS, tendo a participação de todos, gestores, formadores, usuários e estudantes.

Assim, entende-se que a EPS não é responsabilidade exclusiva da esfera gestora ou de uma categoria profissional, mas sim uma competência de todos os integrantes das equipes de saúde, diante do compromisso em se debruçar sobre sua realidade local para vislumbrar melhorias no acesso e na gestão do cuidado em saúde e desta forma, atender as demandas do território e da população.

Desse modo, pode-se inferir que existe um entendimento equivocado da EPS, atribuindo a ela apenas a aquisição/atualização de novos conhecimentos através de cursos, capacitações, entre outros. A gestão do cuidado em saúde mental no âmbito da APS requer posturas e práticas condizentes com o a Política Nacional de Saúde Mental e a PNAB, que preconizam o cuidado diversificado e em rede, na perspectiva da clínica ampliada e do matriciamento ao processo de trabalho cotidiano, aspectos estes que estão intimamente relacionados à Educação Permanente em Saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou entender o processo de Educação Permanente em Saúde no âmbito da saúde mental sob a perspectiva e olhar do médico atuante na APS.

Em razão dos resultados obtidos, conclui-se que a EPS apresenta potencialidade quanto perspectiva de transformação da prática médica, sendo uma ferramenta para dirimir os preconceitos e estigmas relacionados a população em sofrimento mental e capacitar esses profissionais a propor um cuidado condizente com as necessidades dessa população.

Todavia, ainda há muito que se evoluir, pois a completa implementação da EPS no cotidiano de atuação dos médicos na APS, ainda não vigora como uma realidade comum para os profissionais, marcada por ações pontuais, e caracterizada pela não responsabilização dos

envolvidos (profissionais, gestores, usuários, instituições de ensino), mesmo a EPS sendo reconhecida como um processo formativo importante para a atuação profissional.

Diante do exposto, destaca-se ainda que esse estudo não preenche todas as lacunas necessárias ao entendimento da temática proposta, sendo uma limitação dada pelo procedimento de coleta de dados, através apenas de entrevistas, sugerindo dessa maneira a ampliação da discussão através de outros métodos de coleta como a pesquisa-ação, que talvez seria capaz de propor caminhos para a efetivação da EPS a rotina dos serviços e da atuação médica.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, S. P. et al. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Rev. Bras. De Educ. Médica**, v.43, n.1, Supl. 1, p. 395- 403, 2019.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Relatório Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436, 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. 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 30 abr. 2021.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. pp. 77-101.
- CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.1, 2019.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai.2021.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004.
- FARIA, P. F. O.; FERIGATO, S. H.; LUSSI, I. A.O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 931-949, set. 2020.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4o ed. São Paulo: editora atlas, 2002.

JESUS, M. V. N.; RIBEIRO, L. C. C.; ARAÚJO, A. Educação permanente: práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família. **Com. Ciências Saúde**, v. 31, n. 1, p. 105-113. 2020.

MAROJA, M.C.S; JÚNIOR, J.J.A.; NORONHA, C.A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: e180616. <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>.

MEDEIROS, G. T. et al. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 475-484, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200475&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai 2021.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública** [Internet], v.48, n. 1, p. 170-85, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004498>. Acesso em: 30 abr. 2021.

PEDROSO, V.G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo Saúde**, v.29, n.1, p. 88-93, 2005.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, 2009.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F.F.; GONDIM, M.F.N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, supl. 1, e190664, 2020.

REZIO, L. A.; CONCIANI, M. E.; QUEIROZ, M. A. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e200113, 2020.

SANTOS, J. R. B.; REIS, D. L. A Importância da Educação Permanente aos Trabalhadores da Saúde como Ferramenta para Transformação Social. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 3, n. 6, p. 18972-18985, nov./dez. 2020.

SCAFUTO, J.C.B.; SARACENO, B.; DELGADO, P.G.G. Training and permanent education in mental health under deinstitutionalization's perspective (2003-2015). **Com Ciênc Saúde**, v.28, n.3/4, p. 350-358, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf>. Acesso em: 09 mai 2021.

SILVA, C.B.G.; SCHERER, M.D.A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100246&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2021.

5.3.Artigo: Deslindado a prática médica no âmbito da saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária

RESUMO

O presente estudo buscou compreender a prática médica em saúde mental no cenário da Atenção Primária em Saúde (APS). Para tanto foi adotada uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, na qual por meio de entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas/Brasil, se produziu dados, cujo *corpus* foi tratado a partir da aplicação da análise temática de conteúdo. A prática médica em saúde mental na APS persiste em uma perspectiva do modelo biomédico, valorizando a atuação do psiquiatra como responsável pelo cuidado, bem como o uso da medicação como principal abordagem terapêutica. Quanto a relação com a família se reconhece a sua importância, embora que com o paciente em sofrimento mental se tem dificuldades para o atribuir um papel de protagonismo em seu processo de cuidado. Desta forma, se faz necessário repensar os caminhos de transformação da prática médica em saúde mental na APS, seja pelo incentivo a propostas formativas condizente com a realidade de atuação do médico generalista, seja pela organização e consolidação da rede de Atenção Psicossocial, de modo que o médico possa vislumbrar outras possibilidades de atuação e abordagens condizentes com as políticas que regem o cuidado em saúde mental no país.

Palavras-Chave: Saúde mental, Atenção primária, Prática médica

ABSTRACT

The present study sought to understand medical practice in mental health in the Primary Health Care (PHC) setting. To do so, a qualitative, exploratory, descriptive approach was adopted, in which, by means of interviews with physicians working in the PHC of a city in the state of Alagoas/Brazil, data was produced, whose corpus was treated by applying content thematic analysis. The medical practice in mental health in PHC persists in a biomedical model perspective, valuing the psychiatrist as responsible for care, as well as the use of medication as the main therapeutic approach. As for the relationship with the family, its importance is recognized, although with patients in mental distress it is difficult to give them a leading role in their cared process. Thus, it is necessary to rethink the ways of transforming medical practice in mental health in PHC, either by encouraging training proposals consistent with the reality of the general practitioner's work, or by organizing and consolidating the Psychosocial Care network, so that the doctor can glimpse other possibilities for action and approaches consistent with the policies that govern mental health care in the country.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Medical Practice

INTRODUÇÃO

Tratar sobre medicina é discorrer sobre as relações humanas, suas influências e implicações sobre a vida do indivíduo, em uma perspectiva que extrapola o conhecimento técnico e demanda desenvolvimento de habilidades agregadas que corroboram com a adequada utilização da técnica na busca pela recuperação e promoção da saúde dos indivíduos (MOURA *et al.*, 2020).

Quando se remete a figura do “médico” e ao seu papel social, o imaginário sempre estabelece conexões com o binômio saúde e doença, entrelaçando a uma perspectiva de cuidado, que perpassa o diagnóstico, o tratamento de doenças e o estabelecimento de uma relação-médico paciente.

No âmbito de uma formação médica generalista, espera-se desenvolver nos profissionais uma capacidade de percepção da globalidade do indivíduo, de forma que sua atuação seja pautada na lógica da integralidade, alicerçada sobre um conhecimento consistente do ciclo da vida, a fim de atuar de maneira articulada com outros serviços na promoção da saúde, na recuperação e reabilitação, valorizando os aspectos biológicos, mas também socioculturais dos indivíduos (COSTA *et al.*, 2014).

No Brasil um significativo campo de atuação médica é o sistema público de saúde, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nele, a questão de recursos humanos se apresenta como é um desafio, interferindo em sua efetiva implementação, uma vez que precisa conciliar profissionais capacitados com a necessidade de atender as demandas em transformação da população (CECÍLIO, 2009).

No âmbito de atuação da APS, especialmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Barbosa *et al.* (2019), reafirma a necessidade de se ter profissionais capacitados, satisfeitos e motivados para o trabalho e nesse sentido destacam a figura do médico como um dos principais agentes de atuação e de concretização da ESF.

O Médico de Família e Comunidade (MFC), aquele designado para atuação no âmbito da APS, apresenta características especiais, pois diferente de outras especialidades marcadas pela centralidade na doença e foco hospitalocêntrico, caracterizadas por uma prática integral direcionada a cuidados preventivos, curativos reabilitadores e paliativos de indivíduos de diferentes gêneros e idades, acometidos pelos mais prevalentes agravos e doenças, lidando dessa maneira com problemas de saúde da populações em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial (BATISTA; ALMEIDA; TRINDADE, 2016).

Dessa maneira, na APS o papel do médico e suas práticas extrapolam a perspectiva técnico-científica, a fim de proporcionar uma abordagem mais consistente e ampliar a visão

para além das características fisiopatológicas dos casos, de modo a se aproximar do sujeito, de suas subjetividades, tornando a atuação mais resolutiva (GONÇALVES *et al.*, 2009).

No âmbito da saúde mental, Fernandes *et al.* (2017) destaca a importância do médico atuante na APS ser capaz de desenvolver uma boa relação médico-paciente, dada através do estímulo a habilidades e competências de comunicação e entrevista. Tendo em vista que a APS se destaca como um campo válido para a transformação do cuidado, orientada por modelos substitutivos e comunitários que valorizam a singularidades e especificidades dos usuários (CAVALCANTE *et al.*, 2011).

Diante disso, o presente estudo buscou analisar a atuação médica em saúde mental na APS, no tocante a aspectos diagnóstico, terapêuticos e relação com o paciente e família, sob a perspectiva do médico atuante nesse nível de atenção.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com enfoque exploratório, dada a necessidade de compreender o fenômeno que se constrói na vivência dos sujeitos e em suas subjetividades.

Este estudo consiste em parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TACC) do mestrado, concluído pela primeira autora sobre a prática médica na APS no âmbito da Saúde Mental.

A coleta de dados ocorreu entre junho de 2020 a junho de 2021, em um município brasileiro, pertencente à quinta região de saúde do estado de Alagoas. Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais médicos atuantes na APS, especificadamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) municipal, sendo incluídos apenas aqueles que de maneira voluntária e consentida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo dessa forma uma amostra intencional não probabilística, que segundo Gil (2002) é um tipo de amostragem que desconsidera a fundamentação estatística, dependendo unicamente de critérios subjetivos estabelecidos pelo pesquisador, que na ocasião consistia em ser médico, está em atividade na APS/ESF, realizando atendimentos a pacientes em sofrimento mental.

Desse modo, a pesquisa constou com a participação de cinco profissionais, de um universo de sete médicos atuantes na rede municipal de saúde a nível da APS, pois se excluiu a própria pesquisadora e um segundo profissional devido à ausência de interesse em participar.

Como ferramenta de coleta/produção de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, composto por duas partes, onde a primeira

aborda características pessoais e profissionais dos participantes, enquanto a segunda relaciona questões abertas direcionadas aos objetivos do estudo.

O roteiro de entrevista teve o seu conteúdo revisado e refinado através de um pré-teste, cuja aplicação ocorreu com dois médicos atuantes da APS, e não integrantes da amostra da pesquisa, seguindo os padrões definidos de aplicação, de modo a permitir a averiguação da necessidade de modificações de sua estrutura.

Quanto ao agendamento e realização do procedimento de coleta, inicialmente, houve dificuldades, uma vez que a ampla carga horária de trabalho dos profissionais médicos, tanto na ESF, como em outros vínculos empregatícios, através de plantões, acarretava pequena disponibilidade de horário e possibilidade de encontro para a realização das entrevistas. Ademais, o atual cenário da pandemia de Covid-19 exigiu que adaptações fossem feitas ao procedimento de coleta, dando as entrevistas a possibilidade de ocorrerem de maneira presencial ou por meios virtuais. Desse modo, com cada participante foi realizada uma entrevista, com duração média de 25-40 minutos, em local reservado, utilizando o roteiro previamente elaborado, sendo quatro realizadas de forma presencial e uma entrevista por meio virtual.

Para tratamento do *corpus* desta pesquisa foi aplicada a análise temática de conteúdo, que é um dos procedimentos clássicos para analisar material de origem textual. Esse tipo de análise tende a valorizar o material a ser tratado, principalmente permitindo fazer a contextualização com os fatos sociais e históricos nos quais foram produzidos.

Através de sua liberdade teórica, a análise temática se apresenta como uma ferramenta flexível capaz de fornecer um amplo e complexo conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nessa pesquisa a análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior (BRAUN; CLARKE, 2006). A codificação dos temas foi realizada de forma manual, mediante leitura flutuante dos dados.

Para o desenvolvimento do processo, optou-se por utilizar as fases da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), conforme descrita a seguir:

Quadro 1 – Fases da análise temática

| Fases | | Descrição do processo |
|--------------|----------------------------------|---|
| 1 | Familiarizando-se com seus dados | Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais. |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 2 | Gerando códigos iniciais | Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código. |
| 3 | Buscando por temas | Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. |
| 4 | Revisando temas | Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise. |
| 5 | Definindo e nomeando temas | Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema. |
| 6 | Produzindo o relatório | A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise. |

Fonte: Adaptação de Braun e Clarke (2006)

Estabelecidos os procedimentos citados anteriormente das fases da análise temática emergiu a categoria, chamada aqui de tema, “Deslindado a prática médica no âmbito da saúde mental na Atenção Primária”, cujos subtemas: abordagem diagnóstica; abordagem terapêutica e relação médico, paciente e família serão discutidas neste artigo.

Realizadas essas definições, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiados pelos estudos que abordam a saúde mental, a APS e práticas médicas.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob do parecer nº CAAE: 331046720.5.0000.5013. E visando garantir o anonimato dos participantes, a esses foram atribuídos outros nomes, diferente de seu original.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo indagou aos participantes da pesquisa a respeito da prática médica na APS no âmbito da saúde mental, no que concerne a características das práticas diagnósticas e terapêuticas, bem como a relação médico-paciente e família.

Abordagens diagnósticas

No tocante as práticas diagnósticas desenvolvidas pelos médicos participantes da pesquisa na APS no âmbito da saúde mental, percebe-se que existe uma preferência pelo encaminhamento ao especialista, o psiquiatra, de forma que se valoriza a sua atuação no

exercício do diagnóstico em detrimento da atuação do médico de família ou generalista, conforme anunciado nos relatos a seguir:

Na maioria dos casos eu prefiro encaminhar para um especialista, porque a gente tem um CAPS aqui, eu prefiro mandar para um especialista, porque ele vai ter uma abordagem maior e melhor do paciente e vai ter um tratamento melhor do que eu poderia dar. Então, eu prefiro encaminhar. Casos mais simples a gente resolve aqui no posto, mas quando complica mais uma coisinha, um transtorno mais intenso eu prefiro mandar para um especialista (JOSÉ).

Eu atendo pacientes psiquiátricos, mas de modo geral, eles já estão medicados pelo pessoal do CAPS, faço acompanhamento, mas não chego a fazer diagnóstico. Não emito diagnóstico. Geralmente eu faço encaminhamento (JOÃO).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (2017) entre o conjunto de ações de saúde a ser desenvolvidas pelas APS, no âmbito individual, familiar e coletivo, estão as práticas de diagnóstico apresentadas como atribuição de seus profissionais, entre eles o médico (BRASIL, 2017).

Desde o início de sua formação como generalista, o médico é preparado para elaborar diagnósticos, prognósticos e condutas terapêuticas diante das doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico (BRASIL, 2014). Assim, atua na construção do diagnóstico através da busca pelos sintomas presentes nos relatos dos pacientes/familiares e da observação de sinais clínicos, triando as características que definem a doença, sendo assim capaz de elaborar as hipóteses diagnósticas (CAVALCANTE *et al*, 2021).

No âmbito da saúde mental, torna-se especialmente importante o médico está apto a conduzir a sua prática no tocante a aspectos diagnósticos, tendo em vista que em certa ocasião será o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde (BATISTA; ALMEIDA; TRINDADE, 2016). E a APS se apresenta como cenário prioritário, onde há de se desenvolver as principais ações de cuidado em saúde mental (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

No entanto, os relatos supracitados dos participantes apontam a preferência ao encaminhamento dos casos de saúde mental, para que a elaboração das hipóteses diagnósticas e o seguimento/acompanhamento do cuidado em saúde mental seja desenvolvido pelo especialista (o psiquiatra), ou por outros pontos de referência da rede de atenção – RAPS.

Em seu estudo, Fegadolli, Varela e Carlini (2019) destacaram a dificuldade da APS e de seus profissionais reconhecerem a demanda de saúde mental como pertinente a sua atuação,

sendo ela direcionada como uma demanda do especialista, um assunto para o psiquiatra, se desvencilhando do processo de cuidado na APS.

Nesse sentido, Frateschi e Cardoso (2014) destacam em seu estudo o sentimento de abandono dos usuários frente aos recorrentes encaminhamentos a outras unidades de saúde, para cuidado de outros profissionais, destacando a *falta de responsabilização* e a desarticulação das ações e serviços diante do acompanhamento dos casos de saúde mental.

Para Coutinho *et al.* (2020), no contexto da discussão sobre a saúde mental global, negar ao usuário em sofrimento mental o acesso a práticas diagnósticas, bem como terapêuticas, significar negar ou ferir seus direitos enquanto indivíduo.

Diante das propostas de mudança no cuidado em saúde mental que se tem vislumbrado e sob a compreensão de uma clínica psicossocial, o diagnóstico não deve se remeter a responsabilidade de apenas um profissional, mas se constituir em uma construção compartilhada por diferentes profissionais e diferentes formações, tendo responsabilização com usuário e não apenas com a classificação diagnóstica (LIMA; GONÇALVES, 2020).

Além da relação entre o médico atuante na APS e a prática de diagnóstico nesse cenário ser permeada por relações de insegurança que implicam nos encaminhamentos, existe o reconhecimento da complexidade que envolve a esfera da saúde mental, dada especialmente através da crítica à banalização de diagnósticos, conforme excertos abaixo:

Não tenho muita segurança ainda. Quando é alguma coisa “mais simples” ou que eu tenha mais convívio, eu até arrisco. Mas tem coisas que eu realmente fico insegura ainda... eu sei que alguns pacientes são acompanhados pelo CAPS, eles mesmo me reportaram e aí quando eles têm esse acompanhamento no CAPS ou tem acesso eu encaminho mesmo, porque às vezes eu fico receosa de diagnosticar (MARIA).

Em relação aos diagnósticos que você falou eu acho assim, o DSM nessa nova edição ele está, podemos dizer, praticamente eliminando a capacidade de você ser normal, então hoje se questiona o que é ser normal? Porque cada vez que passa o DSM insere mais doença psiquiátrica nas pessoas. O diagnóstico psiquiátrico é sempre difícil por conta dessas histórias. O que é ser normal? Será que você está só em uma fase difícil? Está difícil você saber quem é normal hoje em dia (JOÃO).

Nesse contexto, Melo, Araújo e Costa (2010) destacam que o diagnóstico em saúde mental / psiquiatria não é passível de ser conduzido através de exames, mas é dado pela observação da divergência de comportamento em comparação com o padrão de normalidade estabelecido no âmbito social e cultural. Nesse sentido, os autores afirmam que se torna algo extremamente complexo definir o normal e diferenciá-lo do patológico.

Em Pereira e Andrade (2018) os médicos participantes do estudo apresentaram preocupações quanto a condução dos diagnósticos e do tratamento farmacológico dos casos de saúde mental, apontando suas dificuldades em atender com resolutividades as demandas desses casos no âmbito da APS.

Algumas escalas, manuais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foram instituídos de modo a colaborar com a construção do diagnóstico (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014).

Todavia, como afirma Freitas e Amarantes (2015), apesar do DSM existir há mais de 50 anos, ainda existe dificuldades dos profissionais em lidarem com essa classificação dos transtornos mentais e com a discussão do normal ou patológico, haja vista a normalização de alguns comportamentos e patologização de outros, à medida que se reavalia e atualiza os manuais.

Em sua discussão sobre saúde mental global, Coutinho *et al.* (2020) refere a necessidade do clínico utilizar de maneira correta os critérios operacionais de diagnósticos, entretanto ressalta que sua eficiência se vincula a sua sensibilidade diante do contexto e da experiência, ou seja, inserido no aspecto cultural e social dos indivíduos, e adverte para uma superestimação de diagnósticos influenciados pela indústria farmacêutica ou pela política de mercado.

Dessa maneira, os autores ainda acrescentam que não é a apenas a busca pelo diagnóstico de um sintoma ou doença que move um indivíduo em direção a um serviço de saúde, mas o anseio para entender e lidar com seu sofrimento, devendo o profissional de saúde ser capaz de propor a atenção a esse aspecto do cuidado, muitas vezes negligenciado nas práticas de saúde mental (COUTINHO *et al.*, 2020).

Abordagens terapêuticas

Ao tratar sobre a perspectiva das abordagens terapêuticas desenvolvidas no cenário da saúde mental, categoricamente, a abordagem medicamentosa possui bastante destaque entre os relatos dos profissionais, de acordo com os excertos apresentado a seguir:

No município eu não sei nem dizer, mas aqui na unidade, medicamentos, quer dizer, não é que eu passo para ser comprado, mas normalmente eles já vêm de um psiquiatra (FRANCISCO).

Mais na abordagem medicamentosa... A nossa é... Eu acho que não é só o meu PSF, são todos (JOSÉ).

Os relatos corroboram com Amarantes (2017), quando afirma que tradicionalmente o cuidado em saúde mental esteve direcionado ao uso da medicação como principal instrumento terapêutico.

No estudo desenvolvido por Pereira, Amorim e Gondim (2020) o tratamento medicamentoso foi apresentado pelos participantes, no caso profissionais da APS, como principal alternativa para lidar com situações de conflitos no âmbito da saúde mental, não se vislumbrando outras possibilidades, a não ser o medicamento e a consulta médica.

Semelhantemente, Frateschi e Cardoso (2014) destaca em seu estudo, na perspectiva dos usuários, a valorização das intervenções centradas na medicalização, na consulta médica. Embora, as autoras reconheçam que essa tendência a medicalização dos sintomas, contribua para a redução do indivíduo apenas ao aspecto biológico da vida e colabora com distanciamento entre o profissional e o usuário em sofrimento mental.

Ademais, apesar da abordagem medicamentosa ser reconhecida como a mais utilizada, os participantes da pesquisa apontam a preocupação com seu uso indiscriminado, revelando uma atuação balizada entre as pressões de uso, promovidas pelo paciente ansioso pela prescrição, pelo *vício do remédio* e a exigência de uma postura médica orientada por princípios bioéticos, que tenta buscar outras opções, mas que não consegue se distanciar da perspectiva medicamentosa, conforme os excertos a seguir:

A medicalização da saúde está um pouco descontrolada hoje em dia, sabemos que têm muitos medicamentos que tem um efeito muito bom e que alivia mesmo, acalma as pessoas. Eu, geralmente, costumo usar fluoxetina 10mg e percebo uma melhora nessas pessoas além de ter também a autocrítica do que anda fazendo na vida. Também, eu vejo que a medicalização está sendo um grande problema, continua para ser franco, uso bastante principalmente fluoxetina e quanto aos Benzodiazepínicos eu evito ao máximo (JOÃO).

Todo mundo aqui toma clonazepam. Algum medicamento toma. Isso não tem idade. Já chegou aqui uma mãe querendo que eu passasse para uma filha que tinha a 12 anos e que havia acabado o namoro queria que eu passasse um clonazepam. Porque a menina estava muito agitada. Eu disse que não iria fazer um negócio desse. Insistiu tanto que eu mandei para o psiquiatra. Aqui o vício é muito grande (FRANCISCO).

Eu acredito que é a formação. O modelo Biomédico está aí presente e a medicalização a gente trabalha isso com frequência na cadeira da graduação. O que me ajuda foi que eu trabalhei isso na enfermagem, eu tento fazer esse apoio familiar, vê os serviços parceiros. Mas eu priorizo a medicalização. Quando há necessidade, tento fazer fitoterápicos, que acho fundamental (PEDRO).

No estudo comparativo entre a atuação de profissionais no Brasil e em Cuba, Fegadolli, Varela e Carlini (2019) destacam as pressões exercidas pelos pacientes, de modo a influenciar o médico e convencê-lo a prescrever a medicação de acordo com a sua vontade, sem a devida avaliação da necessidade.

Nesse sentido, Moreira e Bosi (2019) destacam a valorização social do medicamento como fator de proteção a saúde, onde se encerra todo o processo de cuidado, em uma percepção equivocada, quando na realidade deveria ser reconhecido como uma parte do processo de cuidado, que embora limitada, deve ter o seu papel e lugar considerados, não rejeitando suas contribuições ou benefícios nesse processo.

Ainda nessa perspectiva, os excertos supracitados apontam a formação como fator influenciador das práticas médicas no tocante a abordagens terapêuticas, pois quando pautada por características do modelo biomédico, contribui para a reafirmação da abordagem medicamentosa como principal caminho de cuidado em saúde mental.

Brito, Bonfada e Guimarães (2016) destacam que embora se entreveja um caminho de transformação do cuidado através da mudança nos currículos tradicionais e na educação permanente nos serviços, ainda persiste na perspectiva da formação, especialmente no âmbito da saúde mental, a organização disciplinar, voltada a especialização e a medicalização, em um reforço do paradigma psiquiátrico e hospitalocêntrico.

Nesse sentido, Barbosa *et al.* (2019) destacam que o modelo hegemônico de formação é orientado por uma abordagem biologicista, centrada em procedimento e na medicalização, sendo necessário romper com essa perspectiva de formação médica, a fim de se criar uma identidade médica condizente com a necessidade da APS.

Ademais, a preponderância da abordagem medicamentosa não exime os profissionais de reconhecerem sua limitação como única abordagem proposta, revelando a dificuldade para a instituição de outras opções terapêuticas no contexto do cuidado em saúde mental, como apresentado nos relatos a seguir:

Eu acredito que ainda é muito focada na medicalização. Existe assim um amplo leque de medidas que pode ressocializar ou reabilitar o usuário, entretanto, esse caráter de multiprofissional ainda tem uma barreira muito significativa. O médico acaba não querendo envolver outros profissionais nessa terapia do paciente. As vezes encaminham..., mas assim, um PTS seria fundamental em uma construção coletiva, mas infelizmente não acontece na prática. O que eu vejo e o que eu atuo é muito restrita assim a medicalização mesmo (PEDRO).

O paciente precisa mais daquela conversa, abordagem psicológica digamos assim, do psiquiatra com o paciente para mostrar a ele o que ele tem, porque

ele tem as causas. E ter uma terapia melhor, porque não é só a medicamentosa (JOSÉ).

Sempre que eles me dão abertura, eu pergunto posso encaminhar você para a psicoterapia? Porque muitos dizem que não tem tempo, que não vão poder ir. Então, eu sempre converso sobre a importância e tento encaminhar, mas alguns são resistentes, ou não têm tempo (MARIA).

Como já tinha dito, eu acho que essas questões de grupos terapêuticos e psicoterapêuticos são muito importantes e se tiver realmente no município eu acho que a indicação é fundamental, explicar ao paciente da importância, e até entender do ponto de vista do paciente se isso realmente está sendo eficaz (MARIA).

Deixo que o pessoal da psicologia faça, digamos assim, o seu acompanhamento e tente curar ou fazer com que essa pessoa entenda que aquilo ali é só um momento difícil (JOÃO).

Quando a gente sente necessidade desses outros tratamentos, mais acentuados, mais profundos a gente encaminha para o psiquiatra (JOSÉ).

Nessa conjuntura, os relatos supracitados apontam que as dificuldades inerentes ao uso de outras abordagens terapêuticas perpassam o desinteresse do próprio paciente, que não prioriza outras abordagens como a psicoterapia, bem como o desinteresse médico em assumir a sua responsabilidade de atuar com outras abordagens terapêuticas, transferindo-a a rede através de encaminhamentos, ou seu desinteresse em atuar em equipe, numa perspectiva multiprofissional/interdisciplinar, a fim de se desvencilhar da exclusividade de uso da abordagem medicamentosa.

No estudo de Pereira e Andrade (2018), os médicos participantes referiram o sentimento de despreparo quanto a utilização de abordagens não farmacológicas de tratamento, limitando a sua atuação, reforçando a demanda da população por medicamentos, e nessa perspectiva reconheceram a necessidade de modificação do paradigma assistencial, afirmando a necessidade da incorporação de competências não farmacológicas a qualificação médica, bem como uso de recursos comunitários e de práticas complementares.

Nessa perspectiva, Lima e Gonçalves (2020) destacam que a mudança no processo de cuidado em saúde mental perpassa a incorporação da compreensão da clínica em um contexto psicossocial, privilegiando técnicas e práticas relacionais, grupais e integrativas, promovendo uma construção compartilhada do diagnóstico entre os profissionais de diferentes formações.

Ainda no contexto das abordagens terapêuticas, os temas de acolhimento e escuta foram trazidos à tona e apresentados como uma responsabilidade de todos os integrantes da equipe da APS, e não uma exclusividade de determinados profissionais, conforme os excertos a seguir:

Acredito que todos têm esse papel, seja o vigia, seja os serviços gerais, até a enfermeira, o médico, sem criar uma hierarquia, mas todos tem o papel de fazer esse acolhimento, de trabalhar com um lado humanizado (PEDRO).

Para mim todos os integrantes da atenção deveriam realizar o acolhimento e essa escuta, porque às vezes é uma coisa simples, não precisa passar por uma consulta médica, não precisa de uma medicação, às vezes consegue resolver conversando, explicando, principalmente isso, porque as vezes o paciente chega achando que tá com doença porque viu o vizinho falando que isso é a doença, então só de você explicar alivia aquela angústia, eu acho fundamental (MARIA).

No entanto essa percepção de acolhimento e escuta como responsabilidade de todos, não é compartilhada por todos os profissionais, coexistindo a ideia de ser uma responsabilidade de determinadas categorias profissionais, no caso, do médico, mas especialmente o enfermeiro, conforme o relato a seguir:

(No tocante ao acolhimento) ... Na nossa unidade, a nossa enfermeira ajuda muito. Os técnicos não têm essa condição. A nossa enfermeira nos apoia muito (JOSÉ).

Para Coelho, Jorge e Araújo (2009) o acolhimento e a escuta qualificada são práticas a serem desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, através do interesse pelas demandas do usuário que busca a unidade de saúde.

A prática do acolhimento no âmbito da APS contribui para a garantia de acesso no cenário de saúde, incentivando a construção de vínculos entre os usuários, profissionais e gestores, de modo a atender as demandas diárias da unidade, sob uma perspectiva de resolutividade durante todo o processo de saúde (NIED *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a escuta garante um espaço, onde usuários e famílias se sintam seguros em compartilhar suas angústias e sofrimentos, expressar suas dúvidas, sentindo-se acolhido pela unidade e por seus profissionais, reconhecendo a possibilidade de oferta de cuidado dentro do serviço ou da rede (BRASIL, 2013).

No tocante ao desenvolvimento das práticas de acolhimento e escuta, os relatos dos profissionais apontam situações que dificultam sua execução no cotidiano de trabalho médico, como a grande demanda de paciente, das pressões por produtividade, bem como inadequações de espaço físico, como apresentado a seguir:

A demanda grande, excessiva de pacientes e usuários naquele horário, os serviços que trabalham em horário corrido, isso pode limitar muito, que o profissional tenha essa abertura de trabalhar essa escuta qualificada ... Historicamente, o profissional médico é muito quantitativo, principalmente quando a gestão estimula isso... Eu quero produtividade, quero bater indicadores, então acaba estimulando que o profissional trabalhe de forma mais rápida, sem brecha para escutar de modo mais amplo aquela queixa do usuário, que fica canalizada para uma fragmentação do corpo (PEDRO).

A questão de produção de demanda de você ter que trabalhar para suprir demanda e ter que ser rápido, eu acho que isso atrapalha sim, porque eu falo por mim, eu fico muito angustiada quando eu estou atendendo um paciente, escutando, e eu sei que tem dez lá fora me esperando e eu tenho que demorar com aquele paciente, isso prejudica. E a falta de interesse, claro que tem isso, é muito individual, existe, têm profissionais de qualquer área que vai atender de qualquer jeito, mas eu acho que a parte da formação e tempo são, sem dúvida, importantes. Até o ambiente que a gente atende, às vezes tá barulho lá fora e você quer conversar num ambiente mais calmo, então acho que tudo isso tem uma certa influência (MARIA).

Semelhante aos relatos dos participantes, Garuzi *et al.* (2014) ao realizar uma revisão integrativa de artigos, também constatou obstáculos para o desenvolvimento do acolhimento na APS, apontando situações como: a pressão pela demanda que interfere sobre o tempo e qualidade dos atendimentos; o despreparo dos profissionais; o desgaste da equipe e a resistência dos usuários; limitação do espaço físico, do horário de atendimento e da postura profissional, além do desconhecimento da realidade da população.

As dificuldades profissionais inerentes ao exercício do acolhimento e escuta é uma realidade apresentada em outros estudos, como o de Minóia e Minozzo (2015), que constatou a dificuldade de profissionais da APS em acolher e escutar, especialmente diante do sofrimento dos usuários, demonstrando suas angústias e necessidade em frear o sofrimento ou choro, não sendo raro o uso de medidas medicalizantes.

De maneira semelhante, Machado e Santos (2013) ao discutirem a atuação dos serviços extra-hospitalares de saúde mental com usuários que passaram por reinternações psiquiátricas em hospitais, constaram a presença de lacunas relacionadas a prática do acolhimento e escuta por esses serviços substitutivos, bem como por parte dos profissionais médicos, atrelada a perspectiva de *um fazer* com características biomédicas, marcado por consulta breves e com intervalos longos, com insuficiência de profissionais e uma restrita oferta de atividades terapêuticas.

Em seu estudo envolvendo as vivências de usuários e profissionais dentro do contexto da RAS e de seus serviços, Couto *et al.* (2018) embora apontem a ausência de estratégias de acolhimento na dinâmica de funcionamento da Unidade de Saúde e as vinculem a

desorganização dos fluxos dos usuários dentro da rede e a ineficiente qualificação profissional. Ademais, os autores assinalam a vigente necessidade de melhoria nesse aspecto, dada o reconhecimento do seu importante papel no estabelecimento de vínculo e na garantia de acesso integral.

O acolhimento e a escuta propiciam o desenvolvimento de confiança entre o paciente e a equipe, facilitando o cuidado sob uma perspectiva de integralidade e resolutividade dos problemas (ARAGÃO *et al.*, 2018)

Relação com o paciente e/ou família

Ao tratar sobre a relação com a família e o seu envolvimento no cuidado do usuário com demandas de saúde mental, foi percebido que os profissionais médicos reconhecem a família como uma instituição de apoio, capaz de auxiliar na condução terapêutica, com a qual é possível dialogar, conforme percebido nos relatos a seguir:

É muito importante ... Porque a gente sabe até no começo do tratamento quanto é difícil o paciente manter o tratamento antes do medicamento fazer efeito. Então, esse apoio familiar principalmente nessa fase eu acho muito importante! Porque dá força para o paciente continuar... Dizendo: vai melhorar, tenha paciência. Quando você está sozinho esse processo é mais difícil (MARIA).

Com a família eu conseguia conversar, com os pacientes já tinha uns que chegavam de cabeça baixa. Chegavam com a mãe (sendo já homens) (FRANCISCO).

No entanto, há profissionais que reconhecem que a família precisa ser sensibilizada para assumir o seu papel de cuidadora, pois a transferência de responsabilidade ou desconhecimento de seu papel gera rugas na relação de compartilhamento entre a família, a equipe e a unidade de saúde, conforme exceto a seguir:

Alguns acompanhantes de alguns pacientes veem na unidade todas as responsabilidades de cuidar desse paciente e acaba tornando a unidade um inimigo, o que falta também é isso uma boa abordagem, além do paciente em si, mas dos seus cuidadores para que eles entendam que a doença psiquiátrica e que a unidade básica ela não é sozinha a responsável... (JOÃO).

Para Merhy *et al.* (2019) o cuidado não é uma atribuição exclusiva da saúde e de seus profissionais, ele pertence a todos, incluindo família, amigos, escola, professores.

As ações que fortalecem a rede de apoio tornam o cuidado dos pacientes atendidos na APS mais eficaz, uma vez que a interação entre profissionais, usuários e família contribui para melhor adesão ao tratamento, para o suporte as famílias diante de suas dúvidas e necessidades, bem como para o estabelecimento de vínculos e reconhecimento de apoio em momentos de crises (ARAGÃO *et al.*, 2018).

Historicamente o cuidado em saúde mental foi caracterizado por uma visão estigmatizada da pessoa com transtorno mental, sendo marcado por uma perspectiva de exclusão social, segregamento e afastamento familiar, por representar um perigo a família e a sociedade (SOUSA; JORGE, 2019). Nessa perspectiva o cuidado era tirado da família e atribuído ao Estado, através de seus serviços de saúde, especialmente o hospital psiquiátrico.

Com a Política Nacional de Saúde Mental, a família passou a ser solicitada como parceira dos serviços de saúde e ser apresentada como um espaço real de cuidado, pois nessa nova perspectiva de atuação o cuidado a pessoa em sofrimento mental é orientado pela busca da autonomia e reintegração a família e a sociedade (BRASIL, 2013).

No entanto, é um desafio colocar a família como protagonistas nesse processo de cuidado, pois muitas demandas são somadas a essa situação como a dificuldade de lidar com momentos de crise, os problemas de relacionamentos, a frustração pela expectativa da cura (COLVERO *et. al.*, 2004).

O envolvimento e participação da família no cuidado em saúde mental se estabelece como um grande desafio a saúde, e não apenas na APS, mas em todos os níveis de atenção (GALHARDI, 2016).

Ao realizar uma revisão integrativa da literatura, Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) identificaram que as práticas de cuidado em saúde mental encontram dificuldades para sua implementação quando não existe o envolvimento de uma rede de apoio, que perpassa pelo envolvimento da família, implicando dessa forma em baixa adesão terapêutica e resolutividade dos casos.

Fato, também representado no estudo de Silva e Ferigato (2020), realizado com profissionais atuantes em serviços da RAPS, que constatou, entre outras, as fragilidades familiares como motivo de internamento de pacientes em sofrimento mental, e não a real necessidade ou a crise em si.

Quando se remete a relação com paciente em sofrimento mental, e não mais com a família, se percebe que essa é marcada por passividade, sendo o paciente submetido a conduta médica, ora de maneira consentida, ora impositiva, embora se reconheça a necessidade de sua participação como corresponsável pelo seu cuidado, conforme os excetos a seguir:

Eu cheguei a discutir com um paciente e solicitei que sempre ele viesse acompanhado. Discuti, porque eu queria que ele passasse no psiquiatra e ele começou a ficar agitado, para este profissional passar outro medicamento (FRANCISCO).

O paciente que deveria ser o co-responsável nessa situação pela sua auto-promoção de saúde. Eu acho que ele fica lá, camuflado, sem saber o que está acontecendo. Dependendo do profissional... Historicamente, o que a gente observa, na prática também, é que o paciente não participa ativamente desse processo terapêutico. Acredito que eles não conhecem a sua condição de saúde, muito menos pra que serve aquele esquema proposto de terapia (PEDRO).

Tradicionalmente no campo da saúde existe uma tendência a valorização do saber técnico e profissional em detrimento de objetivos comuns, caracterizando um incipiente incentivo a participação do usuário na produção do cuidado, marcado pelo distanciamento da perspectiva de compartilhamento e correponsabilização (BRASIL, 2009).

Fato, também constatado no estudo Sinviskin e Paulon (2016) que ao se debruçar sobre a participação do usuário na produção de cuidado, constatou dificuldades inerente a esse processo, dada pela insuficiência de estratégias locais de incentivo ao protagonismo do usuário no processo de cuidado na saúde mental e na APS, ocorrendo de maneira dependente de articulações e “vontades” individuais.

No entanto, Bertagnoni *et al.* (2012) afirma que o usuário e a família precisam ter papel ativo no cuidado, participando das decisões referentes a sua saúde, contribuindo na construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS). E no âmbito da saúde mental, na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, o objeto de intervenção se desloca da doença para o sujeito, que passa a ser visualizado como protagonista do processo de cuidado, valorizando sua autonomia e participação social (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

CONCLUSÃO

Em razão dos resultados obtidos, acredita-se que a prática médica em saúde mental na APS ainda apresenta características de uma atuação orientada pelo modelo biomédico, reducionista e medicalizante, muito embora os profissionais já reconheçam a necessidade de mudança e de uma construção do cuidado orientado pela perspectiva de uma atenção psicossocial, valorizando os princípios e atributos da APS nesse processo.

O uso da abordagem medicamentosa se sobrepõe ao de outras terapias, apontando para a persistência de situações que reforçam e incentivam essa prática no cotidiano no serviço, quer pela orientação da formação profissional, quer pelas pressões sociais, ou mesmo pelas condições de trabalho ou organização da rede e do sistema, que limitam outras possibilidades de atuação.

Quanto a perspectiva das relações, o envolvimento da família e do usuário ainda se apresenta como um desafio a atuação do profissional médico e a produção do cuidado no âmbito da saúde mental da APS, pois embora se reconheça sua importância, persiste a dificuldade de suas inclusões como protagonistas e corresponsáveis pelo desenvolvimento do cuidado.

Desta maneira, percebe-se que o médico generalista no âmbito da saúde mental na APS mantém práticas marcadas pela insegurança de atuação e em certa medida dissonantes das políticas de saúde mental implementadas nas últimas décadas, apontando a necessidade de se evoluir nessa perspectiva, de modo que a atuação desse profissional se alie as propostas da atenção psicossocial e da RAPS, contribuindo para integralidade e resolutividade do cuidado ao usuário em sofrimento mental.

Esse estudo não preenche todas as lacunas necessárias ao entendimento da temática proposta, sendo uma limitação dada pelo procedimento de coleta de dados, que ocorreu apenas na forma de entrevistas, sugerindo dessa maneira a ampliação da discussão através de outros métodos de coleta como a grupos focais, pesquisa-ação, entre outras capazes de aumentar o entendimento sobre a temática e propor caminhos para evoluções da atuação médica.

Ademais, se ressalta a necessidade de cautela quanto a interpretação dos resultados, a fim de se evitar generalizações, tendo em vista as limitações da amostra e o contexto local, onde o estudo foi desenvolvido.

REFERÊNCIAS

AMARANTE P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

ARAGÃO, E. I. S. et al. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, 2018.

ARAUJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

BARBOSA, S. P. et al. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 395-403, 2019.

BATISTA, S. R.; ALMEIDA, M. M.; TRINDADE, T. G. A medicina de família e comunidade na atenção primária à saúde no Brasil: potencialidades e desafios. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2018. P. 313-336.

BERTAGNONI, L. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p.153-162, 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica - Saúde mental**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES no 3, de Junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; Sec.1, p. 8-11.

BRASIL. **Portaria no 2.436, 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. 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 17 mai. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. pp. 77-101.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023167, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mai 2021.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **RBPS**, v. 24, n. 2, p. 102–108, 2011.

CAVALCANTE, J.A. et al. Medicalização da saúde mental: Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial. **Revista Cereus**, v.13, n.1, p. 74-85, 2021.

CECÍLIO, Luiz C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

COELHO, M. O.; JORGE, M.S.B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev. Baiana Saúde Pública.**, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.

COLVERO, L. de A. et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.

COSTA, J.R.B. et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 38, n.1, p. 47-58, 2014.

COUTINHO, M. F.C. et al. Articulações entre o projeto de Saúde Mental Global e os aspectos culturais do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300219, 2020.

COUTO, V. B. M. et al. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 42, n. 2, p. 5-14, 2018.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00097718, 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2021.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T.S.; LOURENÇO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 904-914, 2018.

FERNANDES, L. et al. Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 22, n. 3, p. 797–806, 2017.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148p. ISBN: 978-85-7541-472-9.

GALHARDI, C. C. **Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares: trajetórias, cotidianos e desafios**.2016. 181 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4o ed. São Paulo: editora atlas, 2002.

GONÇALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v.33, n. 3, p. 393-403, 2009.

LIMA, M. C.; GONCALVES, T. R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023266, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai 2021.

- MACHADO, V.; SANTOS, M. A O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do Paciente reinternado. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 701-712, out./dez. 2013.
- MELO, V. F. C; ARAÚJO, C. M.; COSTA, S.F. Saúde mental: o normal e o patológico à luz de Foucault e Canguilhem. **Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança**, v. 8, n. 1 e 2, p.114 – 131, 2010.
- MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 6, p. 70-83, dez 2019.
- MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015.
- MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [online], v. 29, n. 2, e290205, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n2/e290205/>>. Acesso em: 22 mai 2021.
- MOURA, A. C. A. et al. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. **Rev. bras. educ. med.**, v.44, n. 03, e076, 2020.
- NIED, M. M. et al. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cad. Saúde Colet.** v. 28, n.3, p. 362-372, 2020.
- PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 6-14, jan 2018.
- PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. F. N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, supl. 1, e190664, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000200212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 mai 2021.
- SILVA, M.C.; FERIGATO, S.H. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 24, p.16, 2020.
- SIVINSKI, T.C; PAULON, S.M. Sobre fazer viver a participação dos usuários da saúde mental na produção de saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.15, n. 2, p. 51-63, 2016
- SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017201, 2019.
- SOUZA, Â. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1757–1763, 2019.

5.4. Artigo: O sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na atenção primária

RESUMO

O presente estudo buscou compreender o sistema de Referência e Contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária (APS). Para tanto, se adotou para a pesquisa a abordagem qualitativa com enfoque exploratório, sendo realizadas entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas/ Brasil. Os dados coletados e produzidos foram tratados mediante a análise temática de conteúdo. Nesse contexto, sistema de Referência e Contrarreferência foi reconhecido como uma forma de diálogo entre os componentes das rede de atenção, em especial a RAPS, no entanto existe uma percepção majoritariamente negativa quanto ao seu funcionamento, dada a situações como a dificuldade de diálogo entre o profissional médico da APS e o psiquiatra, bem como a atuação do paciente como canal ou veículo de comunicação entre a rede, tendo em vista e inexistência de um instrumento que exerça tal função de maneira adequada. Assim, se faz- necessário pensar maneiras de torna o sistema de Referência e Contrarreferência mais eficiente, de modo a proporcionar maior possibilidade para o desenvolvimento de um cuidado integral no âmbito da saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde mental, Atenção Primária, Médico, Referência

ABSTRACT

This study sought to understand the Mental Health Referral and Counter-Referral system from the perspective of physicians of primary health care (PHC). To do so, a qualitative approach with an exploratory focus was adopted, and interviews were conducted with physicians working in PHC in a city in the state of Alagoas, Brazil. The collected and produced data were treated using content thematic analysis. In this context, the Reference and Counter-Reference system was recognized as a form of dialogue between the components of the care network, especially the Psychosocial care network, however, there is a mostly negative perception about its operation, given situations such as the difficulty of dialogue between the PHC medical professional and the psychiatrist, as well as the performance of the patient as a channel or vehicle of communication between the network, in view of the absence of an instrument that performs this function properly. Thus, it is necessary to think of ways to make the Referral and Counter-Referral system more efficient, in order to provide a greater possibility for the development of integral care in mental health.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Physician, Referral

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é a superação da fragmentação do cuidado e da oferta de ações e serviço, de modo a responder adequadamente

as demandas de saúde da população (LAVRAS, 2011). Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca que os sistemas de saúde estão fracassando em atender a novas demandas de saúde, pois atuam em descompasso com a tendência de declínio dos problemas agudos, que passam a coexistir com a ascensão das condições crônicas (OMS, 2003).

Para Mendes (2010), os sistemas de saúde fragmentados são caracterizados por pontos de atenção isolados, cuja incapacidade de comunicação afeta a oferta de um cuidado contínuo e longitudinal, neles os níveis de atenção não se comunicam e o papel da Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado fica prejudicado.

Na tentativa de superar a fragmentação no SUS, o Ministério da Saúde publicou a portaria 4.279 de 2010 que estabeleceu as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010), sendo definidas por Mendes (2010) como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que atuam através de uma ação cooperativa e interdependente, tendo a APS como a coordenadora da atenção. No âmbito da saúde mental, a lógica das RAS, se apresenta através da implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma rede temática que envolve todos os níveis de atenção, regulados pela APS, cujo objetivo perpassa em promover o acesso e a vinculação das pessoas com transtorno mental aos pontos de atenção, através da articulação e integração dos serviços coexistentes na rede (MOREIRA; BOSI, 2019).

Nesse sentido, a integração do sistema de saúde em RASs é um passo na direção da integralidade do cuidado, se contrapondo a fragmentação e a iniquidade de acesso, otimizando o desempenho do sistema no tocante a eficiência clínica, econômica e sanitária (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

Na perspectiva de atuação em redes, a APS é apresentada como o centro coordenador do fluxo das RAS e da comunicação entre seus pontos de atenção, sendo considerada a principal estratégia de reorganização do modelo de assistência (MENDES, 2012).

A APS se constitui na esfera mais próxima e acessível ao usuário, sendo o local de cuidado para qual ele retorna após atendimentos especializados, e onde será conduzido o seu acompanhamento ao longo de todo seu percurso dentro da rede, sendo a instância com maior capacidade de articular os diversos níveis de atenção e de consolidar informações referentes aos itinerários terapêuticos dos usuários em seu processo de cuidado (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). Nesse sentido, promover a integração da APS aos outros níveis de atenção, significa contribuir para a garantia da integralidade do cuidado (BOUSQUAT *et al.*, 2019).

A coordenação do cuidado exercida pela APS, entre níveis os assistenciais, demanda o aprimoramento da difusão de informações sobre os pacientes e entre os serviços, como o uso

do prontuário eletrônico ou instrumento de referência e contrarreferência (RODRIGUES *et al.*, 2014).

O sistema de referência e contrarreferência, uma vez que se configura como um dispositivo normativo, que promove o acesso dos usuários aos diferentes níveis de atenção e esferas de cuidado, mediante as suas necessidades (VARGAS *et al.*, 2010), sendo entendido como um mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diversos serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Portanto, conhecer o funcionamento do sistema de referência e contrarreferência se torna pertinente dado o seu papel no processo de consolidação do SUS, pois se constituem como competência dos componentes da RAS, seja a APS ou a atenção especializada, apresentando o modo de organização dos serviços e rede, no contexto de seus fluxos e mecanismos de pactuação na busca pela garantia do cuidado integral (BRONDINI *et al.*, 2016).

Destarte, o presente estudo buscou analisar o sistema de referência e contrarreferência em saúde mental sob a perspectiva do médico atuante na APS.

MÉTODO

Para o desenvolvimento do presente estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa de pesquisa, com enfoque exploratório, dada o interesse pelos fenômenos sociais, especialmente os que ocorrem no campo da saúde mental e da APS.

Este estudo representa parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TACC) do mestrado, concluído pela primeira autora, no tocante a prática médica na APS no âmbito da Saúde Mental.

A coleta de dados ocorreu entre junho de 2020 a junho de 2021, em um município no estado de Alagoas, Brasil, para o qual foram convidados a participar todos os profissionais médicos atuantes na APS, especificadamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) municipal, sendo incluídos aqueles que de maneira voluntária e consentida assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo dessa forma uma amostra intencional não probabilística, cujos critérios subjetivos de escolha estabelecido pelos pesquisadores consistia em ser médico, está em atividade na APS/ESF, realizando atendimentos a pacientes em sofrimento mental.

Desse modo, os participantes da pesquisa representaram cinco profissionais, de um universo de sete médicos atuantes no local da pesquisa, uma vez que foram excluídos a própria pesquisadora e um segundo profissional devido a desinteresse em participar.

No processo de desenvolvimento do estudo, fora elaborado, como ferramenta de coleta e produção de dados, um roteiro de entrevista semiestruturado, cuja primeira parte estava direcionado a características pessoais e profissionais dos participantes, e a segunda composta por questões abertas relacionada diretamente aos objetivos do estudo.

Para a revisão do roteiro de entrevista, no tocante a seu conteúdo, se realizou um pré-teste com dois médicos atuantes na APS e não relacionados como participantes da amostra, a fim de averiguar a necessidade de modificações de sua estrutura.

Quanto ao procedimento de coleta de dado ocorreu através da realização de entrevistas individuais, cujo agendamento ocorreu conforme a disponibilidade dos participantes, e para o qual, o atual cenário da pandemia de Covid-19, exigiu adaptações, sendo as entrevistas realizadas de maneira presencial ou por meios virtuais.

Desse modo, com cada participante foi realizada uma entrevista, com duração média de 25-40 minutos, em local reservado, utilizando o roteiro previamente elaborado, sendo quatro realizadas de forma presencial e uma entrevista por meio virtual.

Para tratamento do *corpus* desta pesquisa foi aplicada a análise temática de conteúdo, que é um dos procedimentos clássicos para analisar material de origem textual. Esse tipo de análise tende a valorizar o material a ser tratado, principalmente permitindo fazer a contextualização com os fatos sociais e históricos nos quais foram produzidos.

Através de sua liberdade teórica, a análise temática se apresenta como uma ferramenta flexível capaz de fornecer um amplo e complexo conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nessa pesquisa a análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior (BRAUN; CLARKE, 2006). A codificação dos temas fora realizada de forma manual, mediante a leitura flutuante dos dados.

Para o desenvolvimento do processo, optou-se por utilizar as fases da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), conforme descrita a seguir:

Quadro 1 – Fases da análise temática

| Fases | Descrição do processo |
|---|---|
| 1 Familiarizando-se com seus dados | Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais. |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| 2 | Gerando códigos iniciais | Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código. |
| 3 | Buscando por temas | Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. |
| 4 | Revisando temas | Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise. |
| 5 | Definindo e nomeando temas | Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema. |
| 6 | Produzindo o relatório | A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise. |

Fonte: Adaptação de Braun e Clarke (2006)

Estabelecidos os procedimentos citados anteriormente das fases da análise temática emergiu o tema: A interação entre a atuação médica em Saúde mental na APS e a RAPS, cuja subcategoria Referência e Contrarreferência é discutida e apresentada no presente artigo.

Realizadas essas definições, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiados pelos estudos que abordam a saúde mental, a APS e o sistema de Referência e Contrarreferência.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob do parecer nº CAAE: 331046720.5.0000.5013. E visando garantir o anonimato dos participantes, a esse foram atribuídos outros nomes, diferente de seu original.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, ao ser questionada a atuação médica em saúde mental e sua forma de diálogo com os componentes das Rede de Atenção à Saúde (RAS), o sistema de referência e contrarreferência foi reconhecido e trazido à tona pelos participantes. No entanto, embora citado, o seu papel foi vinculado a conotações afetivas majoritariamente negativas, apontando o descrédito ou desmotivação com o seu funcionamento, conforme apresentado nos excertos a seguir:

Às vezes o paciente vai, não é atendido, termina voltando para a gente para reclamar, a gente reforça o encaminhamento, termina sendo atendido, mas tem esse entrave na rede (JOSÉ).

Olha, às vezes é difícil paciente chegar no serviço, pois este não funciona 100% como a gente precisaria (FRANCISCO).

Percebe-se que tanto o mecanismo de referência, como o de contrarreferência demonstram um funcionamento aquém das necessidades ou expectativas de atuação dos médicos entrevistados, corroborando com os resultados de Pereira e Machado (2016); Gasparini e Furtado (2019) que em seu estudo referiram a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência, dada a indisponibilidade do atendimento com especialistas, ou a dificuldade de comunicação com outros profissionais da rede, especialmente no que concerne ao momento do retorno do usuário do nível de maior complexidade para a APS.

Tal situação merece destaque, tendo em vista que o sistema de referência e contrarreferência consiste em um dos pontos importantes para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois mediante a sua estruturação, os encaminhamentos de pacientes aos diversos níveis de atenção se tornam possíveis (JULIANI; CIAMPONE, 1999), caracterizando-se como um dos elementos essenciais para que os serviços e ações em saúde funcionem de forma integrada (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Destarte, otimizar o sistema de referência e contrarreferência significa mais do que organizar o trânsito do usuário ao longo do sistema, remete a busca pela consolidação de um dos princípios normativos do SUS, a integralidade, pois como afirma Hartz e Contandriopoulos (2004) nenhum ator/organização dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, se não através da integração dos serviços por meio das redes assistenciais.

Na perspectiva da RAPS, as limitações direcionadas ao sistema de referência e contrarreferência também esteve presente na fala dos participantes da pesquisa, como nos trechos a seguir:

Não consegue ter essa integração de você mandar o paciente e retornar para a gente, explicando o que foi feito, o que não foi feito, e o que deve ser feito na rede, nada disso existe (JOSÉ).

Se eu mandar para um psiquiatra o paciente não me retorna... A contrarreferência eu não tenho. Olhe o “Doutor disse que o senhor continuasse passando esse remédio, que fizesse isso ou aquilo, não” (FRANCISCO).

Haja vista a necessidade de diálogo entre os pontos e serviços na RAPS, os entraves de comunicação prevalecem nas falas dos participantes, dada a inexistência de diálogo entre o profissional médico que atua na APS e o especialista em saúde mental, representado pela figura do psiquiatra. Pode-se inferir que esses entraves de comunicação estejam vinculados a alguns fatores, entre os quais a inexistência de um instrumento ou canal consolidado de referência/contrarreferência, acabando por implicar na atuação do paciente como o veículo de informação entre os distintos pontos da rede de saúde, ficando na responsabilidade do usuário descrever as ações de cuidado pactuadas durante os atendimentos em outros pontos e serviços da rede.

Para Mendes e Almeida (2020), a existência de um instrumento de comunicação poderia agilizar o acesso ao especialista nas situações de maior urgência, além de garantir que a informação chegasse ao outro nível, fato que não ocorre nos casos da referência e contrarreferência conduzidas pelo usuário.

Ademais, Juliani e Ciampone (1999) consideraram que a atuação do usuário como canal de informação apresenta um caráter perverso, pois ele precisa transmitir a informação mesmo sem acesso ao prontuário ou mesmo sem capacidade de relatar os dados sobre o atendimento dado em outros serviços ou níveis de atenção.

Em muitos casos, o fato do paciente ser colocado como o responsável pelo transporte das informações, ou mesmo do instrumento da contrarreferência, é um dos motivos para o não recebimento pelo médico do nível primário desses documentos ou informações (MENDES; ALMEIDA, 2020).

Para Ribeiro e Cavalcanti (2020), outras situações que comprometem o processo de contrarreferência, além da inexistência ou não preenchimento do instrumento de comunicação, é insuficiência de dados ou mesmo as letras ilegíveis que atravancam a partilha de informações entre os profissionais dos diferentes serviços ou níveis de atenção.

Diante disso, integrar as informações da rede, permitindo melhor comunicação entre a APS e outros serviços, através da permissão de acesso a condutas, resultados de exames e diagnósticos traçados é um dos grandes desafios do SUS (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020).

A essa discussão atrela-se questões relacionadas a necessidade de referência e as motivações que na APS direcionam a atuação médica no ato de “encaminhar” o paciente ao longo da RAPS, conforme apresentado nas falas a seguir:

A falta de segurança para conseguir dominar o tema, é por isso que eu encaminho para o psiquiatra porque eu não tenho tanta firmeza para realizar diagnóstico etc. e tal (FRANCISCO).

Geralmente eu faço o encaminhamento e uma vez encaminhado só me surge quando os problemas são clínicos... De um modo geral, na nossa unidade a gente faz um acompanhamento quando ele está com situação clínica. A parte do psiquiatra com o caps está com a atuação boa, então, hoje em dia a gente não faz esse acompanhamento, a gente deixa para o caps. Obviamente, quando surgem problemas clínicos, como diarreia, o programa de alterações de diabete, hipertensão, aí nós fazemos acompanhamento (JOÃO).

Ter mais contato com as pessoas que trabalham no CAPS, como eu cheguei a pouco tempo eu queria ter acesso porque muitos chegam lá dizendo que tratam no CAPS, mas não tem um diagnóstico no prontuário, isso me dificulta muito, eu meio que tento adivinhar pela medicação que tomam ou pelo que eles me contam, mas isso é muito ruim porque eu não sei como conduzir direito. Então, eu acho que esse procedimento seria perfeito para eu poder dar seguimento e eu não ter que tá encaminhando tudo para o CAPS (MARIA).

A discussão a respeito da compreensão do ato de “encaminhar” ou referenciar um usuário ao longo da rede de atenção, perpassa conceitos fundamentais como o de Resolutividade da APS, uma vez que a luz da literatura, esse nível de atenção representa o local de primeiro cuidado do usuário, a porta de entrada para o sistema de saúde, onde uma pluralidade de questões adquire soluções, onde a maioria das demandas e necessidades de saúde da população deveriam ser sanadas (MENDES, 2010; BRASIL, 2017).

Assim, o “encaminhar” se apresenta como resultado da saturação da capacidade resolutiva da APS, onde o médico ao exaurir a complexidade de sua atuação e visando manter a integralidade do cuidado, ativa o sistema de referência e contrarreferência, direcionando o paciente ao longo da rede, a outros serviços e níveis de atenção, a fim de responder de maneira articulada as demandas e necessidade de saúde do usuário.

Nessa perspectiva, ao retomar os excertos das falas dos participantes da pesquisa, percebe-se que o ato médico de “encaminhar” se vincula a uma percepção de insuficiência de conhecimento acerca da saúde mental, culminando no encaminhamento ao especialista devido a insegurança no manejo destes casos a nível da APS, apontando deficiência no processo formativo e não favorecendo a resolutividade e integralidade do cuidado em saúde mental.

Semelhantemente, Rezio, Conciani e Queiroz (2020) afirmam em seu estudo que o encaminhamento para outro serviço, mesmo em situações que podem e devem ser assistida pela APS, pode estar relacionado ao sentimento de incapacidade para lidar com a demanda de saúde

mental ou pode se apresentar como resultado de processos de formação no trabalho, que ocorrem de maneira descontextualizada e distanciada da concepção de cuidado integral.

Para Faria, Ferigato e Lussi (2020) A Atenção Básica apresenta uma potência para o enfrentamento das demandas de saúde mental, pois mediante a novas práticas e abordagens pode evitar encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados.

Ademais, nos excertos supracitados, o ato médico de “encaminhar” se apresenta como uma transferência de cuidado ao especialista ou aos demais pontos/serviços da RAPS, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). E desse modo, as demandas em saúde mental dos usuários são direcionadas a outros agentes, colocando o médico da APS como responsável especialmente por outras questões clínicas, desvincilhada da perspectiva de saúde mental.

No estudo de Alves, Alves e Almeida (2017), realizado com enfermeiros atuantes na RAPS, o excesso de referência e encaminhamentos também foi destacado, bem como a preocupação com a saúde física, apontando a dificuldade para se cuidar do usuário em sofrimento mental.

Na perspectiva apresentada, o encaminhamento é visto como uma estratégia de cuidado realizado isoladamente, desconsiderando a responsabilidade do serviço pelo usuário e pela integralidade da atenção (REZIO; CONCIANI; QUEIROZ, 2020).

Fato que se contrapõem a uma das potências da atuação em rede, que é a corresponsabilização e articulação do cuidado entre os serviços e as pessoas que os constroem. Nesse caso, a função de um serviço que compõe uma rede de cuidados não seria apenas encaminhar ou “dar alta”, mas compartilhar o cuidado de acordo com as necessidades do sujeito, de modo a sempre direcionar as ações da rede a uma concepção de integralidade (SILVA; FERIGATO, 2020).

No tocante a contrarreferência, o discurso dos participantes deixa transparecer a insatisfação com a sua atuação, conforme o excerto a seguir.

A contrarreferência é limitada... Limitada ao ato de transcrever uma prescrição iniciada pelo psiquiatra. Alguns profissionais... Eu tento até avaliar os pacientes, mas em muitos casos a gente acaba até transcrevendo a prescrição do psiquiatra sem ao menos nem avaliar diretamente... Ou seja, como requer o modelo da saúde mental, a gente acaba sendo muito mecânico e não avaliando adequadamente e transcrevendo (PEDRO).

Não existe a contrarreferência, não só na psiquiatria como em outras áreas também (PEDRO).

Assim, o médico da APS em sua atuação no âmbito da saúde mental, se coloca como um reprodutor das orientações trazidas no ato da contrarreferência, sem a possibilidade de discutir as condutas e medidas de cuidados que foram direcionadas aos pacientes em outros pontos e serviços da RAPS.

Nesse sentido, Alves, Alves e Almeida (2017), destacam em seu estudo a percepção da assistência em saúde mental como atribuição do especialista da área, acompanhada da prática de encaminhamentos e da transcrição de receitas pelo médico da APS.

No estudo de Fegadolli, Varela e Carlini (2019), é apresentada a percepção da APS como um ponto de renovação de receitas provenientes dos psiquiatras, ou de outros profissionais de serviços, como as emergências e pronto-atendimentos, cabendo ao médico da família apenas a renovação dessas condutas.

Esse contexto, caminha na contramão da lógica de atuação em Redes, onde a referência e contrarreferência se vinculam a ideia de compartilhamento do cuidado e de uma postura de corresponsabilização pelo cuidado do paciente/ usuário.

Desse modo, percebe-se que a fragilidade do sistema de referência e contrarreferência no âmbito RAPS remete também as fragilidades de atuação de seus profissionais, a citar o médico na APS, que vê suas limitações se misturarem aos entraves da rede, distanciando o cuidado em saúde mental da perspectiva de integralidade e resolutividade.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados discutidos, sobre a perspectiva dos profissionais médicos, o sistema de referência e contrarreferência apresenta deficiências quanto a sua capacidade de atuação, pois embora seja reconhecido como um mecanismo de diálogo entre os componentes da rede atenção, em especial a RAPS, seu funcionamento não atende as demandas e expectativas no âmbito da saúde mental.

Os entraves enumerados em seu funcionamento perpassam a dificuldade de diálogo entre o médico da APS e o especialista em saúde mental, corroborado pela ineficiência ou inexistência de um veículo ou canal de comunicação, sendo esse papel desempenhado, em algumas ocasiões, pelo próprio paciente, acarretando entraves a atuação sobre a perspectiva da integralidade e resolutividade.

Todavia, ressalta-se a necessidade de cautela quanto a interpretação dos resultados, tendo em vista as subjetividades inerentes a amostra e ao contexto local, onde a pesquisa foi desenvolvida.

Ademais, acrescenta-se que o estudo não satura todo o conhecimento a respeito da temática proposta, sugerindo dessa forma a ampliação da discussão através da realização de novos estudos, que utilizem outros métodos de coleta de dados, a exemplo de grupos focais, de modo a construir uma compreensão mais ampliada quanto ao atuação do sistema de referência e contrarreferência no âmbito da saúde mental, utilizando para tal, a percepção de outros profissionais integrantes da RAPS, diferente do médico da APS, ou mesmo os próprios usuários.

REFERÊNCIAS

- ALVES, K.R.; ALVES, M.S.; ALMEIDA, C.P.B. Cuidado em saúde mental: valores, conceitos e filosofias presentes no cotidiano do atendimento. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 2, p. 4-9, 2017.
- BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, supl. 2, e00099118, 2019.
- BRASIL. **Portaria nº 2.436, 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. 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 mar. 2019.
- BRASIL. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>. Acesso em: 26 abr 2021.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. pp. 77-101.
- BRONDANI, J. E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n.1, p.1-8, jan/mar 2016.
- FARIA, P. F. O.; FERIGATO, S. H.; LUSSI, I. A.O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 931-949, set. 2020.
- FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00097718, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 jun 2021.
- GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde debate**. Rio de janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, 2019.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saude Publica**, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.

JULIANI, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, v. 29, n.3, p. 1-20, 2019.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS; 2012.

MENDES, L.S.; ALMEIDA, P.F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Rev. Saude Pública**, v.54, n.121, 2020.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, , Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290205, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 3, p.1033-1051, 2016.

REZIO, L.A.; CONCIANI, M.E.; QUEIROZ, M.A. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.24, p.17. 2020.

RIBEIRO, S.P; CAVALCANTE, M.L.T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.5, p.1799-1808, 2020.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Cien Saude Colet.**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-86, 2010.

SILVA, M.C.; FERIGATO, S.H. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 24, p.16, 2020.

VARGAS, K. D. et al. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418, 2010.

5.5. Artigo: O médico que atua na atenção primária: como este profissional vê o cuidado em saúde mental?

RESUMO

O presente estudo buscou compreender o cuidado em Saúde Mental (SM) sob a perspectiva do médico atuante na Atenção Primária. Para tanto foi adotada uma abordagem qualitativa, de caráter exploratório, descritivo, na qual por meio de entrevistas com médicos atuantes na APS de um município do estado de Alagoas/Brasil, se produziu dados, cujo *corpus* foi tratado a partir da aplicação da análise temática de conteúdo. Nessa perspectiva o cuidado em Saúde Mental na APS é apresentado com um caráter deficitário, devido a persistências das práticas voltadas ao modelo biomédico, bem como da ineficiente articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ademais, se reconhece a dificuldade para o estabelecimento do trabalho multiprofissional, vinculado a uma responsabilização pelo cuidado a figura do médico, bem como do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Desta forma, se faz necessário repensar as lacunas existente no cuidado de saúde mental no âmbito da APS, de maneira que se possa propor mudanças capaz de caminha da perspectiva da construção de cuidado integral e de qualidade, em consonância com os princípios do SUS.

Palavras-Chave: Saúde mental, Atenção primária, Médico

ABSTRACT

The present study sought to understand Mental Health (MH) care from the perspective of primary care physicians. To do so, a qualitative, exploratory, descriptive approach was adopted, in which, by means of interviews with physicians working in the PHC of a city in the state of Alagoas/Brazil, data was produced, whose corpus was treated by applying content thematic analysis. In this perspective, the mental health care in PHC is presented with a deficit character, due to the persistence of practices focused on the biomedical model, as well as the inefficient articulation of the Psychosocial Care Network. Moreover, it is recognized the difficulty in establishing the multi-professional work, linked to a responsibility for care to the figure of the physician, as well as the Psychosocial Care Center (CAPS, acronym in Portuguese). Thus, it is necessary to rethink the existing gaps in mental health care in PHC, so that changes can be proposed to walk from the perspective of building comprehensive and quality care, in consonance with the principles of the SUS.

Keywords: Mental Health, Primary Care, Physician

INTRODUÇÃO

A saúde mental, no cenário mundial, tem se apresentando como um complexo problema que afeta os sistemas de saúde de maneira global, acarretando ônus não apenas ao indivíduo

portador do transtorno mental, mas também as famílias, comunidades e instituições envolvidas no cuidado (LIMA; GONÇALVES, 2020).

É notório que há lacunas no acesso e na prestação de serviços de saúde mental em todo o mundo, e nessa perspectiva as estratégias que se orientam por práticas territoriais de cuidado em saúde mental apresentam potencial de ofertar uma maior inserção e aceitação dos usuários na comunidade (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária em Saúde (APS) se apresenta como um ponto estratégico, sendo o nível preferencial de ações em saúde mental, pois representa uma possibilidade de ampliação do acesso e de consolidação da Atenção Psicossocial (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019). Para Cavalcante *et al.* (2011) a APS se apresenta como como um campo válido para a prática do cuidado em saúde mental, se constituindo em “um verdadeiro programa de saúde mental”, orientado por modelos substitutivos e comunitários que valorizam a singularidade e especificidade dos usuários (CAVALCANTE *et al.*, 2011). Nessa perspectiva o profissional médico deve ser capaz de reconhecer as demandas em saúde mental, tendo em vista que se apresentam como um dos principais motivos de consulta, e dessa forma possibilitar ao usuário em sofrimento o acesso ao serviço e ao cuidado em saúde com qualidade (GRYSCHEK; PINTO, 2015).

No Brasil, entretanto, o processo de inserção da assistência à saúde mental na APS ainda é um processo em implementação, com expressivas fragilidades que perpassam a persistente prevalência da resolutividade centrada no modelo biomédico, atrelada a uma educação permanente desvencilhada da prática e a dificuldade para articulação da rede de apoio e cuidados (GERBALDO *et al.*, 2018).

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar sob a perspectiva do profissional médico atuante na APS, como ocorre o cuidado em saúde mental em sua atividade, frente aos usuários do SUS.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com enfoque exploratório, cuja coleta de dados ocorreu entre junho de 2020 a junho de 2021, em um município do estado de Alagoas/ Brasil.

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais médicos atuantes na APS, especificadamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF) municipal, sendo incluídos apenas aqueles que de maneira voluntária e consentida assinaram o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), compondo dessa forma uma amostra intencional não probabilística, que segundo Gil (2002) é um tipo de amostragem que desconsidera a fundamentação estatística, dependendo unicamente de critérios subjetivos estabelecidos pelo pesquisador, que na ocasião consistia em ser médico, está em atividade na APS/ESF, realizando atendimentos a pacientes em sofrimento mental. Desse modo, a pesquisa contou com a participação de cinco profissionais.

Como ferramenta de coleta/produção de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, composto por duas partes, onde a primeira aborda características pessoais e profissionais dos participantes, enquanto a segunda relaciona questões abertas direcionadas aos objetivos do estudo.

O roteiro de entrevista teve o seu conteúdo revisado e refinado através de um pré-teste, cuja aplicação ocorreu com dois médicos atuantes da APS, e não integrantes da amostra da pesquisa, seguindo os padrões definidos de aplicação, de modo a permitir a averiguação da necessidade de modificações de sua estrutura.

Quanto ao agendamento e realização do procedimento de coleta, inicialmente, houve dificuldades, uma vez que, a ampla carga horária de trabalho dos profissionais médicos, tanto na ESF, como em outros vínculos empregatícios, através de plantões, acarretava pequena disponibilidade de horário e possibilidade de encontro para a realização das entrevistas. Ademais, o atual cenário da pandemia de Covid-19 exigiu que adaptações fossem feitas ao procedimento de coleta, dando as entrevistas a possibilidade de ocorrerem de maneira presencial ou por meios virtuais. Desse modo, com cada participante foi realizada uma entrevista, com duração média de 25-40 minutos, em local reservado, utilizando o roteiro previamente elaborado, sendo quatro realizadas de forma presencial e uma entrevista por meio virtual.

Para tratamento do *corpus* desta pesquisa foi aplicada a análise temática de conteúdo, que é um dos procedimentos clássicos para analisar material de origem textual. Através de sua liberdade teórica, a análise temática se apresenta como uma ferramenta flexível capaz de fornecer um amplo e complexo conjunto de dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nessa pesquisa a análise foi orientada pelos dados, caracterizando uma abordagem indutiva, onde os temas identificados se desvencilham de uma literatura anterior (BRAUN; CLARKE, 2006). A codificação dos temas fora realizada de forma manual, mediante leitura flutuante dos dados.

Para o desenvolvimento do processo, optou-se por utilizar as fases da análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), conforme descrita a seguir:

Quadro 1 – Fases da análise temática

| Fases | Descrição do processo |
|---|--|
| 1 Familiarizando-se com seus dados | Transcrição dos dados (se necessário), leitura e releitura dos dados, apontamento de ideias iniciais. |
| 2 Gerando códigos iniciais | Codificação das características interessantes dos dados de forma sistemática em todo o conjunto de dados, e coleta de dados relevantes para cada código. |
| 3 Buscando por temas | Agrupamento de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema potencial. |
| 4 Revisando temas | Verificação se os temas funcionam em relação aos extratos codificados (nível 1) e ao conjunto de dados inteiro (Nível 2), gerando um "mapa" temático da análise. |
| 5 Definindo e nomeando temas | Nova análise para refinar as especificidades de cada tema, e a história geral contada pela análise; geração de definições e nomes claros para cada tema. |
| 6 Produzindo o relatório | A última oportunidade para a análise. Seleção de exemplos vívidos e convincentes do extrato, análise final dos extratos selecionados, relação entre análise, questão da pesquisa e literatura, produzindo um relatório acadêmico da análise. |

Fonte: Adaptação de Braun e Clarke (2006)

Estabelecidos os procedimentos citados anteriormente das fases da análise temática emergiram temas de análise com suas subcategorias, sendo no presente artigo discutidas: A percepção do médico atuante na APS sobre o cuidado em saúde mental e a Interação e compartilhamento com a RAPS

Realizadas essas definições, imergiu-se na literatura afim de analisar os dados guiados pelos estudos que abordam a Saúde Mental, a APS, RAPS e o profissional médico.

Salienta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob do parecer nº CAAE: 331046720.5.0000.5013. E visando garantir o anonimato dos participantes, a esse foram atribuídos outros nomes, diferente de seu original.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa indagou aos participantes, médicos atuantes na APS, sobre suas percepções quanto ao cuidado em saúde mental na perspectiva do seu cotidiano de atuação.

Para esses profissionais o cuidado em saúde mental perpassa a necessidade de uma fazer compartilhado, de uma atuação multiprofissional, com menor foco ou responsabilização do profissional médico, em detrimento de um cuidado capaz de envolver outros profissionais e serviços, em uma concepção de rede, conforme os excertos a seguir:

Tem que ser multiprofissional (a atuação em saúde mental) ... O médico ele fica como um colaborador sem puxar para si todas as responsabilidades que isso poderia sobrecarregar também o médico. Todo mundo dentro da unidade tem responsabilidade. Eu acho que o médico sozinho não deve ser responsável por manter a atenção a esse paciente (JOÃO).

Eu vejo todos os pontos interligados e que podem interagir e envolver a saúde mental, desde a educação, desde a segurança, a assistência social, mas o que eu lido diretamente aqui na rotina do município, se limita mesmo ao centro de atenção psicossocial e a própria unidade básica de saúde (PEDRO).

De vez em quando eu mando para o NASF, eu mando para o psicólogo. Agora mesmo, eu estou com um paciente que de dia ele sai e fica no mato, de noite chega e quer matar a mãe. Semana passada a gente foi visitar e já pedi a enfermeira para ver se a gente consegue o apoio do CAPS para vir aqui (FRANCISCO).

...o CAPS é o serviço que eu mais vejo os pacientes dizerem que tem mais acompanhamento e por esse motivo é o serviço que eu geralmente encaminho, mas eu não sei exatamente se tem mais alguma coisa fora desse contexto (MARIA).

A RAPS se configura como uma das redes temáticas prioritárias do SUS, cuja finalidade é a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrente do abuso de álcool e outras drogas (MOREIRA; BOSI, 2019). E sua base legal se ancora sobre diretrizes como a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, oferecendo um cuidado integral sob uma assistência multiprofissional de lógica de ação interdisciplinar (BRASIL, 2011).

Nessa perspectiva, os diversos profissionais que atuam na RAPS precisam atuar de maneira compartilhada, interagindo através de relações horizontais de saber, de modo a garantir um cuidado integrado.

Nesse novo paradigma da atenção psicossocial, diferentemente do tradicional cuidado no campo da saúde mental, agrega aspecto sociais e psíquicos, passando a exigir uma atuação pautada pela interdisciplinaridade, ao se fundamentar na horizontalização das relações entre profissionais, bem como desses para com os usuários (MOREIRA; BOSI, 2019, p. 13).

No entanto, embora os relatos dos participantes reconheçam a necessidade de um fazer compartilhado, esse não assimila a perspectiva da lógica interdisciplinar, mantendo uma interação limitada entre os profissionais e entre os serviços da rede, atuando cada um de maneira isolada/ independente, conforme os relatos anteriores e acrescido do excerto a seguir:

Porque o médico, principalmente de saúde da família, ele é mais a parte medicamentosa; deixando mais a parte psicossocial para os outros profissionais. Então, a abordagem ela tem que ser multidisciplinar mesmo, não adianta você querer fazer sozinho porque você não vai (JOÃO).

Desse modo, a perspectiva apresentada de atuação e cuidado em saúde mental, embora em uma “proposta” mascarada de multiprofissional, preserva características e resquícios da proposição de fragmentação, onde a figura do médico, segue seu *script* direcionado a terapêutica medicamentosa, enquanto outros profissionais e serviços, cada qual em seu nicho de atuação, respondem pelo cuidado de outros fragmentos do paciente, sem que haja diálogo na rede, ou mesmo corresponsabilização pelo cuidado de forma integrada.

Para Pessoa *et al.* (2018), embora exista um amplo reconhecimento sobre a pertinência do trabalho em equipe no contexto da atenção à saúde, o cotidiano da prática multiprofissional, habitualmente reafirma a “superioridade” do saber médico, secundarizando os demais saberes, mesmo diante daqueles que criticam a modelo biomédico, demonstrando assim que as relações hierarquizadas persistem mesmo na perspectiva dos espaços substitutivos que compõe a RAPS, dificultando a atuação interdisciplinar, dada as relações verticalizadas de sabe.

Corroborando com esse contexto, Pereira, Amorim e Gondim (2020) ao estudar a Saúde Mental no âmbito da atuação da equipe de saúde na APS constataram que o cuidado dos usuários em sofrimento mental fica bastante direcionado ao profissional médico, a medicalização ou ao encaminhamento imediato ao serviço de referência, como resultado da falta de clareza quanto as atribuições da equipe e de como lidar com essa demanda de saúde mental.

Nesse sentido, Alvarez, Vieira e Almeida (2019) ao realizar uma revisão de artigos sobre o cuidado em saúde mental na APS, constataram evidências que relacionavam o atendimento as demandas de saúde mental através de ações isoladas de profissionais, tanto da ESF, quanto do NASF, e desse modo para tais autores, a ampliação da corresponsabilização do cuidado no âmbito da APS torna-se um grande desafio para a saúde.

No tocante, as possibilidades de apoio e compartilhamento de cuidado vivenciado pelos participantes e presentes na rede de atenção, especialmente na APS, os relatos apontam percepções de fragilidade e ineficiência, conforme os excertos a seguir:

Os apoios são muito deficitários. A gente não tem praticamente apoio. Chega um paciente em surto a gente não tem o que fazer com esse paciente. O caps não recebe porque tem que ser agendado. Como você vai agendar um paciente em surto? Não tem como. Na realidade a rede é deficitária (JOSÉ).

O apoio que eu tenho é assim, o receituário. E o paciente vem, somente. Não tem um apoio assim para fazer isso ou aquilo. O paciente chegou eu tenho que atender. Normalmente, ele já vem com a receita (FRANCISCO).

De um modo geral eu só tenho contato com a rede por transferência ou por aviso ao caps de que o paciente está sofrendo, isso se ele não tá bem controlado pelas medicações, se precisa de uma revisão para ver se altera a dose, e eu tenho bastante contato com o psicólogo. Esse sim, eu estou sempre tendo contato, porque ele as vezes vai atender paciente lá na unidade então eu sempre tenho contato, mas o médico psiquiatra não consigo (JOÃO).

As dificuldades de atuação são mais por conta disso que eu te falei de não ter outros profissionais atuando, por exemplo: terapeuta ocupacional, psicólogo o tempo todo (JOÃO).

Os profissionais médicos demonstram em seus relatos um sentimento negativo quanto aos apoios da RAPS, uma sensação de incapacidade de atuação no âmbito da saúde mental, marcada por uma percepção de isolamento, às vezes amenizada pelo contato pontual com outros profissionais, como o psicólogo, tendo a abordagem canalizada a medicação como “única” ou principal proposta de cuidado.

Semelhantemente, Pereira e Andrade (2018) em seu estudo constataram as limitações de habilidades e sensação de despreparo dos profissionais frente as demandas em saúde mental, especialmente no tocante ao uso de recurso não farmacológicos, fato limitante a atuação médica, estimulando o uso do recurso medicamentoso pela população.

Ademais, práticas importantes na perspectiva de apoio e compartilhamento do cuidado como o Apoio Matricial e Projeto Terapêutico Singular (PTS) não são elencadas ou apresentadas no cotidiano do cuidado de saúde mental, na perspectiva de atuação dos médicos participantes, conforme os excertos a seguir:

Eu nunca vivenciei essa experiência (Apoio matricial). Mas assim, o matriciamento é muito restrito à sua vivência, ou seja, a sua unidade básica de saúde não trabalha com nada formalizado. Chega a um diálogo sobre o usuário e se faz esse planejamento/ matriciamento de ações baseado nesse

discurso entre um, dois ou três profissionais. Mas o matriciamento macro como eu penso, ele não acontece infelizmente (PEDRO).

Olhe, eu acho um pouco difícil (elaborar um PTS/ matriciamento) em uma região distante dos grandes centros porque demanda de profissionais, demanda deslocamento, boa parte dos profissionais não moram no município. Tudo na verdade é possível, mas devemos entender que sempre haverá uma dificuldade maior para certos casos (JOÃO).

O apoio matricial e a equipe de referência são arranjos que contribuem para a prática da clínica ampliada e integração dialógica entre os distintos pontos da rede de cuidados, sendo capazes de promover a comunicação entre distintos especialistas e profissionais, além do compartilhamento de responsabilidades pelos casos, propiciando a interdisciplinaridade e a resolutividade das intervenções (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Para Lima e Gonçalves (2020) o apoio matricial é uma importante estratégia ordenadora do cuidado psicossocial, capaz de dirimir a fragmentação do cuidado e organizar o fluxo da saúde mental na atenção básica, sendo uma ferramenta de cogestão e de suporte para a APS, tendo potencial para aprimorar o repertório de conhecimento, assim como os modos de compreender e fazer dos profissionais, dada a sua capacidade técnico pedagógica.

O apoio matricial representa uma estratégia integrativa entre os pontos da RAPS, como a APS e os CAPS, tendo em vista que propõe a interação entre os serviços, de modo a superar a lógica vertical de conhecimento, e a subversão da lógica de referência e contrarreferência, uma vez que permite a capacitação de uma equipe profissional, orientada em um trabalho mútuo com uma equipe de referência (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

No entanto, os relatos dos participantes demonstram que o matriciamento e a elaboração de PTS são práticas que ainda não alcançaram a rotina da atuação médica na APS no âmbito da saúde mental e que características como a informalidade no fluxo de sua elaboração ainda é evidente, mediada pela sensibilidade ou empirismo dos profissionais que atuam na RAPS, movidos por *um querer* de partilha e diálogo diante de um determinado caso.

Corroborando com os resultados do estudo de Pereira, Amorim e Gondim (2020), que constataram a inexistência da prática do apoio matricial e de atividades grupais singulares a demanda da comunidade estudada, contribuindo para a articulação deficitária da RAPS.

Frateschi e Cardoso (2016), em sua revisão de artigos, destacam o desconhecimento quanto a conceito e função do apoio matricial dos profissionais da APS, bem como o sentimento de despreparo diante dos casos de pessoas em sofrimento mental.

Assim, embora haja significativa potência de atuação do apoio matricial no âmbito da saúde mental e no contexto da RAPS, suas ações ainda encontram entraves, como relatado por

Faria, Ferigato e Lussi (2020), que retrataram dificuldades, como a rotatividade de profissionais, ausência de especialistas, a citar o *psiquiatra*, recursos humanos insuficiente, além de perspectivas assistencialistas do Apoio matricial.

Na presente pesquisa a rotatividade profissional, também é destacada nos relatos dos médicos participantes pesquisa, no entanto, relacionada a limitação do cuidado em saúde mental na APS, uma vez que decorre do estabelecimento de vínculos trabalhistas transitórios e frágeis, bem como da valorização das especialidades, fatos que minam o interesse do profissional médico por esse cenário de atuação, implicando na ausência de vínculo e descontinuidade do cuidado, conforme os relatos a seguir:

O profissional médico de um modo geral não tem muito interesse nisso. primeiro por vários motivos é que muitos estão usando o programa de saúde da família para poder alçar outros voos, que estaria relacionado as residências. E eles talvez não tenham tanto interesse em acompanhar esses pacientes, de melhorar de fato a saúde mental deles, mas não talvez por maldade. Afinal de contas, ele é formado para isso, mas sim por uma questão de dedicação de tempo já que ali ele está passando por um momento transitório, porque a maioria não quer o programa de saúde da família... Então, essa transitoriedade, como está no sistema, faz com que alguns não tenham essa preocupação importante com a saúde desse paciente, eu vejo mais isso, que a transitoriedade do médico da saúde da família faz com que ele não tenha interesse tão grande para lidar com aquele paciente (de saúde mental) (JOÃO).

Nesse sentido, os relatos corroboram com Pessoa *et al.* (2018) que apresenta a precarização do trabalho como algo denunciado nos discursos dos profissionais atuantes no cenário da saúde mental, cuja frágil contratualização, reflete a rotatividade dos servidores, promovendo a descontinuidade de projetos terapêuticos e quebra de vínculos, sendo notadamente marcante sobre a figura do médico, onde uma parcela significativa de municípios refere a prática da contratação temporária desses profissionais.

Diante disso, para Barbosa *et al.* (2019) se faz necessário repensar a maneira de incentivar a permanência do médico na APS, de modo que lhe seja garantida perspectivas de trabalho e estabilidade. Tendo em vista, que “a precariedade das condições de trabalho favorece a desresponsabilização do profissional frente aos problemas de saúde dos usuários” (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020, p. 11). E proporcionar o vínculo e a continuidade do cuidado é elemento imprescindível a uma APS efetiva, de modo que um relacionamento contínuo entre o profissional de saúde e o usuário em sofrimento mental proporciona melhorias na qualidade dos serviços de saúde mental no âmbito da Atenção Primária (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

Quanto a percepção do cuidado em saúde mental na APS, na perspectiva dos participantes denota um caráter deficitário e ineficiente, cujas deficiências evidenciam a dissolução de características essenciais a APS, bem como da atuação em rede no âmbito da saúde mental, como descrito nos excertos a seguir:

Assim em termo de unidade básica de saúde eu vejo que a integralidade ela se desfaz/ até porque a abordagem como eu disse, essa abordagem (em saúde mental) por demanda espontânea, de cunho mais medicalizador, não tem o envolvimento de todos os serviços ou ações que podem lidar com as demandas específicas de cada um dos usuários, ou seja, se eu me limito, exclusivamente, a unidade básica e priorizo o caps, então a integralidade já não está acontecendo (PEDRO).

Na APS é precário (o cuidado em saúde mental) ... Primeiro o número de profissionais que a gente tem nesse CAPS não é suficiente, começa por aí, e a falta de compromisso com o paciente psiquiátrico, que não existe... O que falta mais é aquele calor humano, aquele apego do profissional pelo doente (JOSÉ).

Se eu tivesse uma contrarreferência que viesse para mim...Se tivesse essa contrarreferência, eu acho que poderia melhorar a situação da gente (no cuidado em saúde mental) (FRANCISCO).

Dessa forma, os relatos representam sob a perspectiva dos médicos participantes, a percepção de um cuidado em saúde mental na APS que ainda não materializou ou transformou o enunciado de suas políticas e diretrizes em algo tangível e palpável a realidade dos profissionais, especialmente em seu cotidiano de atuação na APS, apontando dessa forma a permanência de fragilidades, caracterizada pela conservação de práticas pautadas no modelo biomédico, associadas a ineficiente integração da rede de atenção psicossocial, e a uma responsabilização pelo cuidado direcionada especialmente a dispositivos da rede, como o CAPS, ou a atuação de profissionais de referência.

Para Silva *et al.* (2017) a equivocada centralidade do cuidado em saúde mental em um único serviço, sugere uma desresponsabilização dos demais no acolhimento e atendimento do usuário em sofrimento mental e desta forma, embora a APS busque atuar com base no território, o cuidado continua direcionado ao CAPS e aos profissionais especializados em saúde mental.

Fernandes, Matsukura e Lourenço (2018) destacam que são inúmeras as dificuldades que envolvem a prática do cuidado em saúde mental no âmbito da APS, partindo desde a frágil formação profissional, passando pela persistência de uma atuação excludente, pautada no modelo biomédico e na medicalização, além da ausência de uma rede de atenção estruturada com um sistema de referência e contrarreferência estabelecido, até a constatação de um cuidado

fragmentado distante de práticas comunitárias e territoriais, que envolvem e possibilitam o apoio e vínculo familiar.

CONCLUSÃO

Os resultados apontam para um cuidado em saúde mental na APS ainda deficitário, marcado por uma atuação orientada pela perspectiva do modelo biomédico, sem a devida integração entre os componentes da rede de atenção, no caso a RAPS.

Nesse sentido, o profissional médico se percebe como figura isolada, com sentimento de insegurança quanto ao cuidado em saúde mental a ser desenvolvido em seu cotidiano de atuação na APS, uma vez que em sua concepção os apoios da rede de cuidado/RAPS e o trabalho em equipe de caráter multiprofissional e interdisciplinar se apresenta de maneira incipiente, com ineficiência ou ausência de práticas como o apoio matricial e elaboração de projetos terapêuticos singulares, capazes de propor um compartilhamento e corresponsabilidade pelo cuidado dos usuários em sofrimento mental.

Ademais, a rotatividade dos profissionais médicos na APS, dada por vínculos profissionais superficiais, atrelada a valorização das especialidades, torna o trabalho na APS pouco atrativo e afeta a criação de vínculo entre o profissional, o usuário e a comunidade, impactando sobre o cuidado integral e longitudinal.

Desta forma se reconhece a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a temática proposta, tendo em vista as lacunas deixadas por esse estudo, dadas suas limitações concernentes ao procedimento de coleta, amostra e ao local de pesquisa, propondo dessa forma outros estudos, utilizando a percepção de gestores ou usuários diante desse processo de cuidado em saúde mental na APS.

Ressalta-se a necessidade de cautela quanto a interpretação dos resultados, a fim de se evitar generalizações, tendo em vista as limitações da amostra e o contexto local, onde o estudo fora desenvolvido.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-17, e290405, 2019.

BARBOSA, S. P. et al. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 1, supl. 1, p. 395-403, 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 05 mar 2020.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. pp. 77-101. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>>. Acesso em: 15 nov. 2020.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023167, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2021.

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

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **RBPS**, v. 24, n. 2, p. 102–108, 2011.

FARIA, P. F. O.; FERIGATO, S. H.; LUSSI, I. A.O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 931-949, set. 2020.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LOURENÇO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 904-914, dez. 2018.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Práticas em saúde mental na Atenção Primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016.

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079–1094, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4º ed. São Paulo: editora atlas, 2002.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai 2021.

LIMA, M. C.; GONCALVES, T. R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023266, 2020.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2021.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290205, 2019 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2021.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F.F.; GONDIM, M.F.N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, supl. 1, e190664, 2020.

PESSOA, K. L. V. et al. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Rev. salud pública**, v. 20, n.6, p. 692-693, 2018.

SILVA, G. da et al . Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017.

SOUZA, Â. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1757–1763, 2019.

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. 1121-1132, 2015.

5.6. Produto: Saúde mental na APS – Guia interativo

Público-alvo: Médicos atuantes na APS do município de pesquisado.

Tipo de produto: Guia Interativo

INTRODUÇÃO

É sabido que as questões envolvendo o cenário da saúde mental representa um problema de saúde global, e que como tentativa para dirimir o hiato existente entre a necessidade de cuidado e a oferta de serviços, a Atenção Primária passou a ser vista como uma possibilidade.

Nessa perspectiva, a APS se apresenta como um ponto estratégico do cuidado em saúde mental, sendo nível estratégico de atuação da RAPS. (SOUZA; AMARANTE; ABRAHÃO, 2019).

A APS passou a ser compreendida como um campo válido para a prática do cuidado em saúde mental, pois poderia se constituir em “um verdadeiro programa de saúde mental”, orientado por modelos substitutivos e comunitários que valorizam a singularidade e especificidade dos usuários (CAVALCANTE *et al.*, 2011)

A necessidade de mudança se estende a atuação médica, que precisa superar as lacunas de sua formação, de modo ampliar sua atuação para além da medicação como principal recurso de enfrentamento dos problemas de saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2014).

Dessa forma, o presente relato remete a construção de produto educacional, no caso um guia interativo, voltado a sensibilização de profissionais médicos ao cuidado em saúde mental no âmbito da APS.

OBJETIVO

- Orientar os profissionais médico quanto a necessidade de sua atuação no âmbito da saúde mental, do reconhecimento dos componentes da RAPS no município pesquisado, à medida que propõe a ampliação do cuidado através da identificação ferramentas de cuidado.

MÉTODO

Após avaliar os resultados produzidos ao longo do desenvolvimento do estudo, a pesquisadora encontrou demandas relacionadas a superficialidade de conhecimento quanto aos componentes da RAPS existente no município, ademais uma atuação médica direcionada,

especialmente, a abordagem medicamentosa, limitando a perspectiva do cuidado em saúde mental a ser desenvolvido no âmbito da APS.

Para o desenvolvimento do Guia Interativo foi utilizado como base metodológica o método CTM3 proposto por Santos *et al.* (2019), estruturado em 3 etapas, para facilitar e dar um norte à elaboração do produto educacional:

“C” – Concepção do produto

“T” – Referencial Teórico

“M3” – Referencial metodológico, que remete a Análise Transacional usando a perspectiva de estrutura de personalidade (Ego Pai, Adulto e Criança), Exploração Sensorial e Neurolinguística que utiliza a ferramenta âncoras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

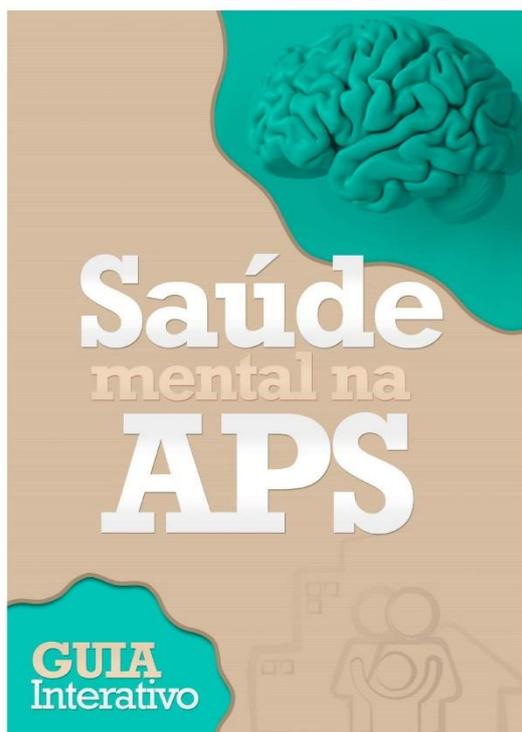
- **Concepção do produto educacional**

Para tanto se idealizou a construção de um guia interativo chamado Saúde Mental na APS, direcionado aos profissionais médicos atuantes na APS, orientado por algumas demandas aventadas nos resultados do presente estudo, cujo objetivo perpassa a sensibilização quanto ao cuidado em saúde mental no âmbito da APS, apontando a perspectiva de atuação em rede e o uso de outras ferramentas de cuidado.

- **Construção do produto educacional**

Para a construção do guia interativo, usou-se como base teórica os temas: atuação médica na Atenção Primária em Saúde e Saúde mental.

Então, partindo desses temas e das demandas aventadas, foram esboçadas as páginas do guia interativo pelos autores desse estudo, que em parceria com um profissional do design gráfico e utilizando os programas: Adobe Photoshop; Pdf scape; In design ilustrator transformou o esboço no material gráfico apresentado a seguir:



Nessa construção, as duas páginas iniciais, expostas acima, trazem a apresentação do guia, utilizando a proposta de relembrar a perspectiva da saúde mental e da APS, ademais acrescentam informações quanto a autoria e modo de sua utilização, sugerindo o uso de leitores de pdf, acessíveis em qualquer meio eletrônico como *smartphones*, *tablets* ou *notebooks*, a fim de permitir a interação com os links apresentado em forma de botões ao longo do desenvolvimento do guia.

A página seguinte propõe relatos do cotidiano médico em seus atendimentos na APS, de modo, a trazer à tona o quão frequente são as queixas relacionadas a saúde mental nesse cenário de atuação.



Nas páginas 4 e 5, se propõe a discutir a perspectiva do sofrimento, do cuidado, o qual traz um link de aprofundamento, bem como a crítica a atuação fragmentada, de modo a propor ao profissional um “repensar” sobre sua atuação, possibilitando reconhecer o seu papel diante desse cenário. Para tanto evoca percepções sensoriais através de imagens que sugiram sofrimento, prática do cuidado e fragmentos/partes

04

Sofrimento

Sofrer?
Acho que todos sofremos, uma mais outros menos...

Sofrer não é dor, embora possa produzir dor, não é perda, embora a perda possa fazer sofrer...

Sofrer é um romper, é uma ameaça a nossa unidade de ser multidimensional!!!

Quando ao Sofrimento Psíquico – é uma desordem emocional, que pode se apresentar na perspectiva do sofrimento mental comum, dos transtornos mentais, das psicoses, entre outros.



05

Cuidado

Cuidado é sinônimo de zelo, responsabilidade, desvelo.

EM SAÚDE → é respeitar, escutar, atender o ser humano em sofrimento.

Minha saúde Não dá para ser por partes!

Não somos uma folha em branco ... Carregamos conosco nosso passado de formação reducionista e frente ao desconhecido podemos nos sentir impotentes, de modo que é fácil agir com ações simplistas: ENCAMINHAR / APENAS MEDICAR

Se como profissional da saúde só enxergamos o sofrimento, a doença, podemos negligenciar o indivíduo, suas potencialidades, suas outras dimensões de ser.



As páginas 6 e 7 apresentam a APS e RAPS como locais para o desenvolvimento do cuidado em Saúde mental, e nesse contexto traz links de aprofundamento quanto a estrutura da RAPS e da portaria que a institui. Nesse contexto utiliza-se imagem que remetem a APS e atuação em rede, a fim de utilizá-las como âncoras da do assunto abordado.

06

APS e saúde mental

As Unidades de Saúde são locais privilegiados de cuidado, pois podem proporcionar acolhimento, escuta do sujeito, o desenvolvimento de vínculo, o compartilhamento e o respeito pelo sofrimento e pela história de vida dos sujeitos.

Dessa forma, os profissionais que atuam na atenção primária são convidados a intervir nos processos de reabilitação das pessoas em sofrimento, quer sejam eles: por sofrimento mental, pelo uso/ abuso de drogas, por ideação/ tentativa de suicídio, por angústias, violências ou graves opressões.



07

QUANDO SE TRATA DE SAÚDE MENTAL

A rede temática é a RAPS

CRIADA EM 2011 pela portaria 3.088

TEM A finalidade promover e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito SUS.

Propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir da garantia de acesso e da promoção de direitos



As páginas 8 e 9 se propõe a ampliar o conhecimento do profissional médico quanto aos componentes da RAPS, existentes no contexto do município onde a pesquisa se desenvolveu e onde esse profissional atu



Alguns contatos da rede 09

CAPS Esperança
Rua Presidente José Sarney, s/n - Centro
CEP: 57660-000 - Anadia - AL
Tel: (82) 3277-1501 / Fax: 3328-5233

Hospital Escola Portugal Ramalho
Rua Goiás, s/n, Farol © UNCISAL - HEPR 82.3315.3037

Instituto Teodora Albuquerque - ITA
AL - 220, 46-74, Arapiraca - AL
Telefone: 3529-5557

Unidade Mista Senador Rui Palmeira - PRONTO ATENDIMENTO / NASF / ACUPUNTURA PSICOLOGIA
Travessa Moreira Lima, S/N - Centro, Anadia - AL.
99976-7219 // (82) 32771185

SAMU 192
ARAPIRACA 3522-3407

Secretaria Municipal de Saúde de Anadia
Rua Neto Bonfim, S/N - Centro, Anadia - AL.
(82)3277-1220

As páginas 10, 11 e 12 traz uma chamada ao profissional médico no tocante a proposta de ferramentas de cuidados que podem ser desenvolvidas na APS no âmbito da saúde mental por meio se sua iniciativa de atuação.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de todo produto educacional implica em um desafio, pois significa a adequação entre as demandas percebidas, como o público desejado, mas especialmente, um ajuste a capacidade do tipo de produto escolhido, a fim de que o(s) objetivo(s) traçados possam ser alcançados.

Dessa forma, com a elaboração desse guia interativo espera-se que os profissionais médicos atuantes no município pesquisado possam ser sensibilizados a atuarem na APS no âmbito da saúde mental, de maneira a reconhecer a rede de atenção no qual estão inseridos, e da qual podem se utilizar, de modo a ampliar sua atuação, trazendo a sua prática outras formas e ferramentas de cuidado.

Todavia, para que esses anseios sejam alcançados se faz necessário ainda a validação do produto, bem como a verificação de sua usabilidade, fato que não exime o reconhecimento de que sua construção proporcionou um novo olhar sobre o papel da educação no cenário da saúde.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, I. C. et al. “ Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá ”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 61–74, 2014.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dicas em saúde**. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/dicas-em-saude/>>. Acesso em: 30 abril 2021.
- BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> . Acesso em: 30 abril 2021.
- BRASIL. **Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 30 abril 2021.
- BRASIL. **Portaria nº 3.088, 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 30 abril 2021.
- CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **RBPS**, v. 24, n. 2, p. 102–108, 2011.
- CUNHA, G. T.; CAMPOS, G.W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

FARIA, P. F. O.; FERIGATO, S.H.; LUSSIA, I. A. O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n.3, p. 931-949.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-634.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2021.

MÉTODO CTM3. [s. n.], 2021. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal Mestrado Profissional da Uncisal. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=h6SP-g-I0iA>>. Acesso em: 30 abril 2021.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. **Community therapy: practice reported by professionals within SUS in Santa Catarina, Brazil**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.16, n.43, p.1069-83, out./dez. 2012.

PINHEIRO, R. Cuidado. In: FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <[RIBEIRO, S.P; CAVALCANTE, M.L.T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.5, p.1799-1808, 2020.](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html#:~:text=O%20%E2%80%98%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde%20%E2%80%99%20%C3%A9%20uma,digno%20e%20respeitoso%2C%20com%20qualidade%2C%20acolhimento%20e%20v%C3%ADnculo.>. Acesso em 30 maio 2021.</p>
</div>
<div data-bbox=)

SANTOS, A. A. et al. **Integrated Model of Course Based on Edu-Communication and Psycho-Communication in Learning**. Creative Education, v. 10, n. 6, p. 1080-1090, jun. 2019. Disponível em:<https://www.scirp.org/pdf/CE_2019061115430264.pdf.> Acesso em: 30 abr 2021.

SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA. **Como o apoio matricial pode ser desenvolvido na Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde?** Disponível em: <<https://aps.bvs.br/segunda-opinioao-formativa/>>. Acesso em: 30 abril 2021.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde : estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1757–1763, 2019.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Processo de trabalho na atenção básica**: as Ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top1_1.html>. Acesso em: 30 abril 2021.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2006. p.103-117.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo partiu do entendimento de que os médicos que atuam na APS estão diretamente envolvidos com o cuidado a ser ofertado e desenvolvido junto as pessoas que se encontram em situação de sofrimento mental, uma vez que atuam na porta de entrada do sistema de saúde e são articuladores e corresponsáveis pelo acompanhamento contínuo, longitudinal e resolutivo dos pacientes e usuários do sistema de saúde brasileiro.

Diante dessa compreensão, emergiu-se a seguinte questão a ser respondida na presente pesquisa: como os médicos da Atenção Primária em Saúde em um município alagoano atuam diante dos casos de saúde mental da população? A partir dessa questão propôs-se como objetivo analisar a prática médica diante dos casos de saúde mental da população sob a ótica do médico que atua na APS em um município alagoano.

Atesta-se que por meio dos procedimentos metodológicos adotados, foi possível atingir a finalidade da pesquisa proposta.

Os resultados alcançados demonstram que:

- 1) A formação médica ainda valoriza o cenário hospitalar e as intervenções de caráter biomédico, subutilizando os espaços da APS no treinamento de jovens médicos em formação. Destaca-se também, que o cenário formativo em saúde mental, que se desenha através dos relatos dos participantes, denota uma formação parcialmente incondizente com as reais necessidade e demandas de atuação desses profissionais na APS, pois à medida que os ensina a reconhecer os transtornos mentais, realizar intervenções medicamentosas, negligencia outras possibilidades de atuação e o desenvolvimento de competências culturais e emocionais necessárias ao cuidado do sofrimento. Nessa perspectiva, se reconhece um descompasso entre as propostas de formação das DCNs e a realidade vivenciada pelos profissionais durante a graduação, tendo em vista a restrição dos espaços formativos e valorização da especialidade, em detrimento da atuação generalista.
- 2) A Educação Permanente em Saúde no cotidiano de atuação dos médicos na APS, ainda não vigora como uma realidade comum para os profissionais, marcada por ações pontuais, e caracterizada pela não responsabilização dos envolvidos (profissionais, gestores, usuários, instituições de ensino), mesmo a EPS sendo reconhecida como um processo formativo importante para a atuação profissional.
- 3) A prática médica em saúde mental na APS ainda apresenta características de uma atuação orientada pelo modelo biomédico, reducionista e medicalizante, muito embora os profissionais já reconheçam a necessidade de mudança, e de uma construção do cuidado

orientado pela perspectiva de uma atenção psicossocial, valorizando os princípios e atributos da APS nesse processo. O uso da abordagem medicamentosa se sobrepõe ao de outras terapias, apontando para a persistência de situações que reforçam e incentivam essa prática no cotidiano no serviço, quer pela orientação da formação profissional, quer pelas pressões sociais, ou mesmo pelas condições de trabalho ou organização da rede e do sistema, que limitam outras possibilidades de atuação. Ademais, o envolvimento familiar e do usuário se apresenta como um desafio a atuação do profissional médico e a produção do cuidado no âmbito da saúde mental da APS, pois embora se reconheça sua importância, persiste a dificuldade de suas inclusões como protagonistas e corresponsáveis pelo desenvolvimento do cuidado.

- 4) Para os médicos entrevistados, o sistema de referência e contrarreferência apresenta deficiências quanto a sua capacidade de atuação, pois embora seja reconhecido como um mecanismo de diálogo entre os componentes da rede atenção, em especial a RAPS, seu funcionamento não atende as demandas e expectativas no âmbito da saúde mental. Os entraves enumerados em seu funcionamento perpassam a dificuldade de diálogo entre o médico da APS e o especialista em saúde mental, corroborado pela ineficiência ou inexistência de um veículo ou canal de comunicação, sendo esse papel desempenhado, em algumas ocasiões, pelo próprio paciente, acarretando entraves a atuação sobre a perspectiva da integralidade e resolutividade.
- 5) O cuidado em saúde mental na APS ainda é deficitário, marcado por uma atuação orientada pela perspectiva do modelo biomédico, sem a devida integração entre os componentes da rede de atenção, no caso a RAPS. Nesse sentido, o profissional médico se percebe como figura isolada, com sentimento de insegurança quanto ao cuidado em saúde mental a ser desenvolvido em seu cotidiano de atuação na APS, uma vez que em sua concepção os apoios da rede de cuidado/RAPS e o trabalho em equipe de caráter multiprofissional e interdisciplinar se apresenta de maneira incipiente, com ineficiência ou ausência de práticas como o apoio matricial e elaboração de projetos terapêuticos singulares, capazes de propor um compartilhamento e corresponsabilidade pelo cuidado dos usuários em sofrimento mental. Além do mais, a rotatividade dos profissionais médicos na APS, dada por vínculos profissionais superficiais, atrelada a valorização das especialidades, torna o trabalho na APS pouco atrativo e afeta a criação de vínculo entre o profissional, o usuário e a comunidade, impactando sobre o cuidado integral e longitudinal da população.

Com base em tais achados se pode afirmar que: a formação médica em saúde mental precisa se aproximar da realidade de atuação do médico generalista, a fim de prepará-los para as

demandas que enfrentarão em seu cotidiano na APS; nessa perspectiva, a EPS também se torna um importante processo formativo, de modo a aprimorar a prática médica, sendo necessário a sua implementação como uma rotina na ESF, de responsabilidade de todos os indivíduos (profissionais, usuários e gestão), devendo ser orientada pelas demandas do serviço, especialmente as de saúde mental. Quanto as abordagens terapêuticas e diagnósticas propostas pelo médico no âmbito da saúde mental de cuidado, muitas vezes por desconhecimento ou ausência de iniciativa para se buscar medidas-não farmacológicas, reforçando o sentimento de insegurança e isolamento diante dos casos de saúde mental. Ademais, conceber a RAPS para além das entrelinhas de seu arcabouço legislativo, tornando sua estrutura uma realidade acessível e organizada, com um sistema de referência e contrarreferência operante é fator contributivo para uma atuação médica no âmbito da saúde mental condizente com princípios como a integralidade a resolutividade, em uma perspectiva interdisciplinar.

Destaca-se, ainda, que a interpretação dos resultados desse estudo deve ser feita com a devida cautela, de modo que qualquer tentativa de generalização dos dados precisa considerar os limites da própria investigação, visto que a pesquisa utilizou apenas uma técnica de coleta/produção de dados, a entrevista, e limitou-se a uma população específica, os profissionais médicos, pertencentes a um contexto local do estado de Alagoas. Para estudos futuros, sugere-se a utilização de métodos complementares e distintos, como grupos focais, observação, análises de registros documentais, entre outros, e mesmo, a inclusão de outros públicos (tais como: usuários, familiares, profissionais e gestores do serviço), que certamente ampliarão a capacidade de abrangência da pesquisa e permitirão que os dados coletados/produzidos possam ser confrontados para demonstrar maior validade.

Sugere-se ainda que, em futuros estudos, a prática médica seja analisada em contextos que já tenham serviços de saúde mental diversificados e consolidados, a fim de orientar as localidades com serviços embrionários e incipientes no planejamento e implementação de um cuidado em saúde mental integral e resolutivo.

REFERÊNCIAS

- ABRAMENKO, L. et al. Atitudes dos trabalhadores de saúde mental em relação aos pacientes psiquiátricos em uma cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, p. 169-176, 2017.
- ALMEIDA, J. M. C. Mental health policy in Brazil: What's at stake in the changes currently under way. **Cadernos de Saude Publica**, v. 35, n. 11, 2019.
- ALVAREZ, A. P. E.; VIEIRA, A. C. D.; ALMEIDA, F. A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para a saúde mental na atenção básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-17, e290405, 2019.
- ALVES, K.R.; ALVES, M.S.; ALMEIDA, C.P.B. Cuidado em saúde mental: valores, conceitos e filosofias presentes no cotidiano do atendimento. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 2, p. 4-9, 2017.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4th ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. 120 p.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018.
- ARAGÃO, E. I. S. et al. Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. :2339-2350, 2018.
- ARAUJO, A.C.; LOTUFO NETO, F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.
- ARAÚJO, C.A.; MICHELOTTI, F.C.; RAMOS, T.K.S. Government provision programs: profile and motivations of physicians who migrated from the Primary Care Professional Valorization Program (Provab) to the More Doctors Program in 2016. **Interface**, v. 21, supl.1, p. 1217-1228, 2017.
- BARBOSA, S. P. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. **Rev. Bras. de Educ. Méd.**, v. 43, n.1, Supl. 1, p. 395- 403, 2019.
- BARBOSA, V.F.B. et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.178-189, jan-mar, 2016.
- BATISTA, S. R.; ALMEIDA, M. M.; TRINDADE, T. G. medicina de família e comunidade na atenção primária à saúde no brasil: potencialidades e desafios. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. São Paulo: Editora Fiocruz, 2018. P. 313-336.

BERTAGNONI, L. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Saúde Mental: itinerários terapêuticos de usuários acompanhados em duas Unidades Básicas de Saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p.153-162, 2012.

BEZERRA, I. C. et al. “ Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá ”: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 48, p. 61–74, 2014.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dicas em saúde**. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/dicas-em-saude/>>. Acesso em: 30 abril 2021.

BOUSQUAT, A. et al. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, supl. 2, e00099118, 2019.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 06 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 30 abril 2021.

BRASIL. **Conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 30 abril 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão. 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 26 abr 2021.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em: 30 abril 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, 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. 2017a. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em:
 15 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 3.588 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. 2017 b. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em:
 05 mar 2020.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Relatório Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. **Resolução CNE/CES no 3, de Junho de 2014**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. 23 Jun 2014; Sec.1, p. 8-11.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <
<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa de direitos e rede de atenção psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2. p. 77-101.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015.

BRONDANI, J. E. et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enferm.**, v. 21, n.1, p.1-8, jan/mar 2016.

CAEIRO, A. A espantosa realidade das coisas. In CAEIRO, A. **Poemas Inconjuntos**. 10.ed. Lisboa: Ática, 1993. 83p. Disponível em: <
<https://cdn.mensagenscomamor.com/content/files/m000093757.pdf?v=0>>. Acesso em: 15 jun 2021.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023167, 2020. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mai 2021.

CAMPOS JR. 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. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p. 425-435, 2015.

CAMPOS, G.W.; ONOCKO-CAMPOS, R.T.; DEL BARRIO, L. R. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 10, p. 2797-2805, 2013

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

CAPONI, S. **Loucos e degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAPUTO, L. R. et al. A saúde mental em tempos de desafios e retrocessos: uma revisão. **Argum.**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 91-106, maio/ago. 2020.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Aprendendo a clínica do sofrimento social: narrativas do internato na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1251-1260, 2020.

CAVALCANTE, C. M. et al. Desafios do cuidado em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **RBPS**, v. 24, n. 2, p. 102–108, 2011.

CAVALCANTE, J.A. et al. Medicalização da saúde mental: Análise das prescrições de psicofármacos em um serviço de atenção psicossocial. **Revista Cereus**, v.13, n.1, p. 74-85, 2021.

CAVALCANTI, M. T.; GOMES, M. K.; AZEVEDO, L. M. S. Internato de Saúde Mental para alunos de Medicina: qual o melhor cenário de formação? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190159, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100500&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2021.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004a.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p.41-65, 2004b.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai.2021.

CECÍLIO, Luiz C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Ed.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1 e 2, p. 15-25, jan./jun. 2014.

COELHO, M. O.; JORGE, M.S.B.; ARAÚJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Rev Baiana Saúde Pública.**, v. 33, n. 3, p. 440-452, 2009.

COLVERO, L. de A. et. al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.

COSTA, J. R. B.et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 47-58, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2021.

COSTA, J.R.B. et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 38, n.1, p. 47-58, 2014.

COUTINHO, M. F.C. et al. Articulações entre o projeto de Saúde Mental Global e os aspectos culturais do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial e Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300219, 2020.

COUTO, V. B. M. et al. Vivenciando a Rede: Caminhos para a Formação do Médico no Contexto do SUS. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 42, n. 2, p. 5-14, 2018.

CRUZ, N.F.O.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. Educ. Saúde**, v.18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G.W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, 2011.

FAGUNDES JR. H.M.; DESVIAT, M.; SILVA, P. R. F. Reforma Psiquiátrica no Rio de Janeiro: situação atual e perspectivas futuras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1449-1460, 2016.

FARIA, P. F. O.; FERIGATO, S. H.; LUSSI, I. A.O. O apoio matricial na rede de atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 931-949, set. 2020.

FEGADOLLI, C.; VARELA, N. M. D.; CARLINI, E. L. A. Uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde: práticas profissionais no Brasil e em Cuba. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 6, e00097718, 2019. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2021.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T.S.; LOURENÇO, M. S. G. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 904-914, 2018.

FERNANDES, L. et al. Saúde Mental em Medicina Geral Familiar – obstáculos e expectativas percebidos pelos Médicos de Família. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 22, n. 3, p. 797–806, 2017.

FERREIRA, L. et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, p. 223-239, jan-mar 2019.

FERTONANI, H.P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.6, p. 1869-1878, 2015.

FLICK, U. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p.1079-1102, 2014.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do Poder**. 29. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.

FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 545-565, 2014.

FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C.L. Práticas em saúde mental na Atenção Primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 159-168, 2016.

FREITAS, F; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148p. ISBN: 978-85-7541-472-9.

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**, v. 20, n. 10, p. 3151–3161, 2015.

GAINO, L.V. et al. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 14, n.2, p. 108-116, 2018.

GALHARDI, C. C. **Adolescentes usuários de drogas em CAPSad e seus familiares: trajetórias, cotidianos e desafios**.2016. 181 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GASPARINI, M.F.V.; FURTADO, J.P. Longitudinalidade e integralidade no Programa Mais Médicos: um estudo avaliativo. **Saúde debate**. Rio de janeiro, v. 43, n. 120, p. 30-42, 2019.

GATRELL, A. C. Therapeutic mobilities: walking and “steps” to well-being and health. **Health Place**, v.22, p. 98-106, jul 2013.

GERBALDO, T. B. et al. Avaliação da organização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica à saúde do Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079–1094, 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4o ed. São Paulo: editora atlas, 2002.

GONÇALVES, D. A. et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 623-632, 2014.

GONÇALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. Bras. Educ. Médica**, v.33, n. 3, p. 393-403, 2009.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003255&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai 2021.

HAMAMOTO FILHO, P.T. et al. Produção científica sobre educação médica no Brasil: estudo a partir das publicações da Revista Brasileira de Educação Médica. **Rev Bras Educ Med.**, v. 37, n. 4, p. 477-482, 2013.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saude Publica**, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3.561-3.571, ago. 2014.

JESUS, M. V. N.; RIBEIRO, L. C. C.; ARAÚJO, A. Educação permanente: práticas, motivações e desafios de egressos de uma especialização em saúde da família. **Com. Ciências Saúde**, v. 31, n. 1, p. 105-113. 2020.

JULIANI, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de Mudanças em um Grupo de Escolas Médicas Brasileiras **Rev. bras. educ. med.**, v. 22, v. 33, 1 Supl. 1, p. 19-34; 2009.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 615-634.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. **Physis**, v. 29, n.3, p. 1-20, 2019.

LIMA, M. C.; GONCALVES, T. R. Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, e0023266, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100503&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2021.

MACEDO, J. P. et al. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Saúde Soc.**, v. 26, n. 1, p. 155–170, 2017.

MACHADO, C. D. B.; WUO, A.; HEINZLE, M. Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 42, n. 4, p. 66-73, 2018.

MACHADO, C.; OLIVEIRA, J.M.; MALVEZZI, E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. **Interface (Botucatu)**, v. 25, e200358, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/icse/v25/1807-5762-icse-25-e200358.pdf>>. Acesso em: 14 mai 2021.

MACHADO, V.; SANTOS, M. A O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do Paciente reinternado. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 701-712, out./dez. 2013.

MAROJA, M.C.S; JÚNIOR, J.J.A.; NORONHA, C.A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface (Botucatu)**. 2020; 24: e180616. <https://doi.org/10.1590/Interface.180616>.

MEDEIROS, G. T. et al. Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 475-484, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200475&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mai. 2021.

MEIRELES, M.A.C; FERNANDES, C. C. P.; SILVA, L. S. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 2, p. 67-78, 2019.

MELO, V. F. C; ARAÚJO, C. M.; COSTA, S.F. Saúde mental: o normal e o patológico à luz de Foucault e Canguilhem. **Revista De Ciências Da Saúde Nova Esperança**, v. 8, n. 1 e 2, p.114 – 131, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 30 abril 2021.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: OPAS; 2012.

MENDES, L.S.; ALMEIDA, P.F. Médicos da atenção primária e especializada conhecem e utilizam mecanismos de coordenação? **Rev. Saude Pública**, v. 54, n.121, 2020.

MERHY, E. E. et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 6, p. 70-83, dez 2019.

MÉTODO CTM3. [s. n.], 2021. 1 vídeo (4 min). Publicado pelo canal Mestrado Profissional da Uncisal. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=h6SP-g-I0iA>>. Acesso em: 30 abril 2021.

MICCAS, F.L.; BATISTA, S.H. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev. Saúde Pública** [Internet], v. 48, n. 1, p. 170-85, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf>. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004498>. Acesso em: 30 abr. 2021.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015.

MOREIRA, D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290205, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200603&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai 2021.

MOURA, A. C. A. et al. Estratégias de Ensino-Aprendizagem para Formação Humanista, Crítica, Reflexiva e Ética na Graduação Médica: Revisão Sistemática. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.44, n. 03, e076, 2020.

NIED, M. M. et al. Elementos da Atenção Primária para compreender o acesso aos serviços do SUS diante do autorrelato do usuário. **Cad. Saúde Colet.** v. 28, n.3, p. 362-372, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde, de 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organizacao-Mundial-da-Saude/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 7 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Genebra: OMS. p. 54, 2013. Disponível em:<https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/>. Acesso em: 08 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

PADILHA, C.S.; OLIVEIRA, W.F. Community therapy: practice reported by professionals within SUS in Santa Catarina, Brazil. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.43, p.1069-83, out./dez. 2012.

PEDROSO, V.G. Aspectos conceituais sobre educação continuada e educação permanente em saúde. **Mundo Saúde**, v.29, n.1, p. 88-93, 2005.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, n.30, p.121-34, 2009.

PEREIRA, A. A.; ANDRADE, D. C. L. Estratégia Educacional em Saúde Mental para Médicos da Atenção Básica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 42, n. 1, p. 6-14, jan 2017.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 3, p.1033-1051, 2016.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F.F.; GONDIM, M.F.N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, supl. 1, e190664, 2020.

PERES, G. M. et al. Limites e desafios da rede de atenção psicossocial na perspectiva dos trabalhadores de saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 10, n. 27, p. 34–52, 2018.

PESSOA, K. L. V. et al. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Rev. Salud Pública**, v. 20, n.6, p. 692-693, 2018.

PINHEIRO, R. Cuidado. In: FIOCRUZ. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2009. Disponível em: <[REBELLO, T. J. et al. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 4, p. 308–314, 2014.](http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html#:~:text=O%20%E2%80%98%20cuidado%20em%20sa%C3%BAde%20%E2%80%99%20%C3%A9%20uma,digno%20e%20respeitoso%2C%20com%20qualidade%2C%20acolhimento%20e%20v%C3%ADnculo.>. Acesso em 30 maio 2021.</p>
</div>
<div data-bbox=)

REZIO, L. A.; CONCIANI, M. E.; QUEIROZ, M. A. O processo de facilitação de Educação Permanente em Saúde para formação em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e200113, 2020.

RIBEIRO, S.P; CAVALCANTE, M.L.T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.5, p.1799-1808, 2020.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Cien Saude Colet.**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

RODRIGUES, L. H. G.; DUQUE, T. B.; SILVA, R. M. Fatores Associados à Escolha da E Família e Comunidade. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 44, n. 3, e078, 2020.

SANTOS, A. A. et al. Integrated Model of Course Based on Edu-Communication and Psycho-Communication in Learning. **Creative Education**, v. 10, n. 6, p. 1080-1090, jun. 2019. Disponível em: <https://www.scirp.org/pdf/CE_2019061115430264.pdf.> Acesso em: 30 abr 2021.

SANTOS, J. R. B.; REIS, D. L. A Importância da Educação Permanente aos Trabalhadores da Saúde como Ferramenta para Transformação Social. **Braz. J. Hea. Rev.** Curitiba, v. 3, n. 6, p. 18972-18985, nov./dez. 2020.

SCAFUTO, J.C.B.; SARACENO, B.; DELGADO, P.G.G. Training and permanent education in mental health under deinstitutionalization's perspective (2003-2015). **Com Ciênc Saúde**, v.28, n.3/4, p. 350-358, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v38_3_formacao%20educacao.pdf>. Acesso em: 09 mai 2021.

SEGUNDA OPINIÃO FORMATIVA. **Como o apoio matricial pode ser desenvolvido na Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde?** Disponível em: <<https://aps.bvs.br/segunda-opinioao-formativa/>>. Acesso em: 30 abril 2021.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-86, 2010.

SILVA, C.B.G.; SCHERER, M.D.A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190840, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100246&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2021.

SILVA, G. da et al. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017.

SILVA, L.A.; MUHL, C.; MOLIANI, M. M. Ensino médico e humanização: análise a Partir dos currículos de cursos de Medicina. **Psicol. Argum.** v. 33, n. 80, p. 298-309, 2015.

SILVA, M.C.; FERIGATO, S.H. Articulação de redes de cuidado entre Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Enfermaria de Saúde Mental em Hospital Geral. **Interface (Botucatu)**. Botucatu, v. 24, p.16, 2020.

SIVINSKI, T.C; PAULON, S.M. Sobre fazer viver a participação dos usuários da saúde mental na produção de saúde. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.15, n. 2, p. 51-63, 2016

SOUSA, F. S. P.; JORGE, M. S. B. O retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017201, 2019.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde : estratégia de cuidado no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 6, p. 1757–1763, 2019.

STELLA, R. C. R. et al. Cenários de Prática e a Formação Médica na Assistência em Saúde **Rev. Bras. Educ. Med**, v. 68, n. 33, 1 Supl. 1, p. 63-69, 2009.

TOUSO, M.F. S.; FIGUEIREDO, G. L. A. A educação médica nos cenários de práticas em anos iniciais da formação: sentidos tecidos pelo photovoice. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 24, e190327, 2020. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832020000100231&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2021.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Processo de trabalho na atenção básica**: as Ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/35093/mod_resource/content/1/un5/top1_1.html>. Acesso em: 30 abril 2021.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral voltado à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In:

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro, RJ: Abrasco, 2006. p.103-117.

VARGAS, K. D. et al. A (des) articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no Polo-Base Rondonópolis do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá-MT. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418, 2010.

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. 1121-1132, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Integrating mental health into primary care**. Genebra:WHO. 2008. Disponível em: <https://www.who.int/mental_health/policy/Integratingmhintoprimarycare2008_lastversion.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health: strengthening our response**. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>>. Acesso em: 29 mai 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Genebra: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Mental Health Gap Action Programme**. Genebra: WHO; 2019. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/mhgap/en> Acesso em: 14 mai 2021.

APÉNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa saúde mental na atenção primária: análise da prática médica, dos pesquisadores Mayara Nakiria Tavares da Rocha Calheiros; Cláudio Torres de Miranda; Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar a prática médica na Atenção Primária a Saúde, frente a casos de saúde mental.
2. A importância deste estudo será a construção de um retrato da atividade de médica frente a casos de saúde mental em circunstância de atuação na Atenção Primária a Saúde, o que poderá ser empregue pelos gestores de saúde na proposição de programas de formação ajustados á realidade encontrada.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: a) análise da prática médica em relação a casos de saúde mental nesse contexto; b) conhecimento das estratégias utilizadas pelo médicos para atender as necessidades das pessoas em sofrimento mental que são assistidas na Atenção Primária a Saúde.
4. O estudo terá início em julho de 2020 e terminará em março de 2021;
5. Participarão deste estudo médicos da Atenção Primária a Saúde de um município alagoano, pertencente a 5º região de saúde, que atendam paciente com demandas relacionadas a saúde mental.
6. A sua participação será nas seguinte(s) etapa(s): a) Coleta de dados, através de entrevistas individuais, as quais serão gravadas em áudio. Todo material produzido será apenas utilizado para fins de pesquisa e não haverá nenhuma exposição pública do áudio gravados durante a coleta.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são relacionados a possibilidade de inibição ou cansaço decorrente da participação no processo de coleta de dados. E visando dirimir esses riscos pretende-se realizar a coleta de dados em ambiente tranquilo, livre da interferência de terceiros, fazendo pausas nas entrevistas quando necessário
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são: a) Reflexão sobre minha prática profissional; b) Propor modificações e melhorias a aspectos dessa prática; e c) Contribuir para a compreensão da atual situação da saúde mental na Atenção Primária em saúde.
9. Você poderá contar com assistência psicológica, no serviço de psicologia da Secretaria Municipal de Saúde de Anadia.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do responsável pela pesquisa (OBRIGATÓRIO): Mayara Nakiria Tavares da Rocha Calheiros

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas.
 Endereço: Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Bloco: /Nº: /Complemento: Medicina/ FAMED/UFAL
 Bairro: /CEP/Cidade: Tabuleiro/ 57072-900/ Maceió

Contato de urgência: Sr(a). Mayara Nakiria Tavares da Rocha Calheiros

Domicílio: (rua, praça, conjunto): Rua Enfer. Noraci Pedrosa
 Bloco: /Nº: /Complemento: 150/ ap. 1104
 Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Antares/Maceió/Al 57083-060/ f. 99660-1556
 Ponto de referência: Shopping Pátio Maceió

ATENÇÃO: *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:*

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ .

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | |
| Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas | Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas) |

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista: aspectos da prática médica (RE-APM)



| Roteiro de entrevista: aspectos da prática médica (RE-APM) | | | | |
|--|---|-------|------------------------------|--------|
| Nº | | Sexo: | | Idade: |
| Formação Graduação/ pós- graduação | Curso | | Instituição | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Curso em saúde mental | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não | | Qual? _____ | |
| Regime de trabalho | <input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/> Contrato <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | Tempo de atuação na APS | |
| Setor / Unid. de atuação | | | Tempo de atuação nesse setor | |

| PERGUNTAS |
|---|
| 1) Durante sua formação acadêmica você teve experiência com saúde mental? Onde e como? Alguma na APS? |
| 2) Em sua rotina de atendimentos, existe uma demanda de pacientes com algum tipo de transtorno ou doença relacionada a saúde mental? Pode caracterizá-la? |
| 3) Diante de um caso de saúde mental, como você atua no tocante a abordagem diagnóstica? Existe protocolos no município? |
| 4) Diante da demanda de saúde mental, quais as principais abordagens terapêuticas utilizadas por você para o enfrentamento dos transtornos mentais? Você discute com o paciente/família essas condutas? |
| 5) Quais as formas de acompanhamento proposta por você para os pacientes que possuem algum transtorno mental? - Você consegue acionar e interagir com a rede atenção psicossocial? - Você consegue discutir com as famílias? - O que você considera importante nesse acompanhamento para garantir um cuidado integral? |
| 6) Existe algum apoio a você, no tocante a orientação, capacitação/qualificação para atender a pessoas com problemas relacionados a saúde mental? Se sim, quem oferece? |

| |
|---|
| 7) Como você descreve suas experiências no atendimento a pessoa em sofrimento mental? |
|---|

| |
|--|
| 8) O que você propõe para melhorar essa realidade? |
|--|

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:ANÁLISE DA PRÁTICA MÉDICA

Pesquisador: MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 31046720.5.0000.5013

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.113.550

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que será desenvolvido a partir de um enfoque exploratório. Participarão da pesquisa médicos atuantes na APS, que atendem casos de saúde mental no município de Anadia, selecionados de maneira intencional – por meio do critério de conveniência. Os dados serão coletados/produzidos por meio de um roteiro de entrevista semi-estruturada –elaborado especificamente para esta finalidade da pesquisa. As entrevistas ocorrerão de maneira individual, de forma presencial ou por meios virtuais, de modo a se adequar ao cenário mundial da pandemia de covid-19 e respeitar os decretos em vigor que a enfrentam. Os dados produzidos serão tratados mediante a análise de conteúdo temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar a prática médica na APS diante dos casos de saúde mental da população em um município alagoano.

Objetivo Secundário:

- Analisar aspectos relacionados a prática médica no âmbito da saúde mental na APS como: formação e atualização médica; características da demanda de saúde mental atendidas pelo

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (32)3214-1041

E-mail: comitedeticoufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.1.13.550

profissional médico; relação médico-paciente; abordagem diagnóstica e terapêutica propostas pelo médico aos casos de saúde mental; bem como características do acompanhamento proposto pelo médico aos usuários em sofrimento mental;

- Elaborar um produto que auxilie os médicos no desempenho de sua prática profissional, no tocante ao cuidado dos pacientes em sofrimento mental na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa ficam restritos a inibição ou cansaço, relacionados ao processo de coleta e produção de dados. E visando diminuir esses riscos pretende-se realizar a coleta de dados em ambiente tranquilo, livre da interferência de terceiros, fazendo pausas nas entrevistas quando necessário.

Benefícios:

O estudo almeja promover a possibilidade de gerar conhecimento no âmbito da saúde mental, especialmente a prática médica na APS. De modo que a construção de um retrato do cuidado médico no tocante aos atendimentos dos casos de saúde mental na Atenção Primária, permita melhorias de atuação desses profissionais e seus respectivos gestores municipais de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto atende as resoluções 466/12 e 510/16.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão em conformidade com o solicitado na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas:

- Os ajustes realizados referentes aos riscos e participantes da pesquisa (amostra) devem ser atualizados no TCLE e projeto. (Incluir novos documentos com as alterações).

Pesquisadores responderam a pendência conforme solicitado pelo CEP, novos documentos foram incluídos e ajustados.

- Riscos

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.073-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (32)3214-1041

E-mail: comitedeeticosufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.113.550

-Descrever como serão minimizados os riscos em todos os documentos.
Pesquisadores responderam a pendência conforme solicitado pelo CEP.

- Identificação do Participante da pesquisa:

O pesquisador precisará rever sua amostra de forma que o participante possa ser informado quanto a sua identificação ou que seja revisto a identificação do local.

Pesquisadores responderam a pendência conforme solicitado pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.Sª. deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.113.550

de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1532572.pdf | 19/06/2020 11:43:09 | | Acelto |
| Outros | CartaResposta3.pdf | 19/06/2020 11:42:02 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE1.doc | 19/06/2020 11:40:14 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO_CEP.docx | 19/06/2020 11:39:58 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Outros | CartaResposta2.pdf | 23/05/2020 20:34:09 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Outros | CartaResposta1.pdf | 26/04/2020 21:34:51 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Outros | Declaracaodeassistencia_profissional.pdf | 26/04/2020 21:28:14 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Folha de Rosto | foihaderostoocep.pdf | 04/04/2020 18:08:20 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Outros | declaracao_de_cumprimento_dasnormas.pdf | 29/03/2020 17:15:35 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Outros | ANUENCIA.pdf | 29/03/2020 15:59:08 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Outros | INSTRUMENTO.pdf | 29/03/2020 12:46:19 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 29/03/2020 12:45:57 | MAYARA NAKIRIA TAVARES DA ROCHA CALHEIROS | Acelto |

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4-113.550

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 26 de Junho de 2020

Assinado por:

CAMILA MARIA BEDER RIBEIRO GIRISH PANJWANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Louival Melo Mota, s/n - Campus A. C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900
UF: AL Município: MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com