

Universidade Federal de Ouro Preto

Escola de Medicina

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Denise Moreira Dutra

**A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da
Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais**

Ouro Preto

2022

Denise Moreira Dutra

**A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da
Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao polo UFOP como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Aisllan Diego de Assis

Ouro Preto

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

D978a Dutra, Denise Moreira.

A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais. [manuscrito] / Denise Moreira Dutra. - 2022.

88 f.: il.: color., tab., mapa.

Orientador: Prof. Dr. Aisllan Diego Assis.

Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

1. Assistência à saúde mental. 2. Saúde mental. 3. Estratégia saúde da família. 4. Cuidados integrais de saúde. I. Assis, Aisllan Diego. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.39

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE FAMÍLIA, SAÚDE
MENTAL E COLETIVA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Denise Moreira Dutra

A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 20 de junho de 2022.

Membros da banca

Dr. Aisllan Diego de Assis - Orientador - Universidade Federal de Ouro Preto
Dr.^a Alessandra Aniceto Ferreira de Figueiredo - Universidade Federal do Rio de Janeiro - *campus Macaé*
Dr. Ricardo Alexandre de Souza - Universidade Federal de Minas Gerais
Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi - Universidade Federal de Ouro Preto

Dr. Aisllan Diego de Assis, orientador do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito no Repositório Institucional da UFOP em 04/08/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Aisllan Diego de Assis, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 04/08/2022, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0373861** e o código CRC **240C7346**.

Aos trabalhadores e trabalhadoras da
Saúde da Família no SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu professor por excelência, sempre me guiando e me dando condições para seguir em frente.

Aos meus pais, Aniel e Efigênia, pelo amor, incentivo e apoio em todos os meus projetos de vida.

A todos os meus familiares e amigos que torcem por mim.

Ao meu orientador, Aisllan Diego de Assis, pela confiança, escuta, tempo dedicado e pelas orientações que foram tão importantes e fizeram toda a diferença!

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos que contribuíram para o meu aprendizado e construção desse projeto.

Aos colegas do mestrado, pelos compartilhamentos e apoio nesta caminhada.

À Prefeitura Municipal de Betim.

Aos colegas da UBS, Rosa Capuche, pela acolhida nesses anos todos de trabalho compartilhado, e em especial à equipe “azul”, que aceitou prontamente participar desse projeto e muito contribuiu para sua concretização.

O desafio está lançado, as tessituras de redes em franco processo de produção (não sem risco de desalinhos e retrocessos). Um processo em movimento de costuras, construção de laços que se produzem aqui e agora, a cada ponto, sem moldes prontos, com acabamentos delicados em uma construção sempre inacabada e em transformação.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; SILVA, Michelle Chanchetti, 2019, p.289.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem desempenhado papel cada vez mais importante na assistência às pessoas em sofrimento mental por ser prioritariamente a porta de entrada da rede de atenção à saúde. Porém, esse cuidado muitas vezes pode apresentar-se fragilizado, seja pelo estigma e preconceito que passam as pessoas em sofrimento mental, ou pelo aumento da demanda sem uma organização adequada, ou ainda pelo despreparo dos profissionais. Este estudo teve como objetivo compreender como se dá a construção do cuidado integral em saúde mental por uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais, apoiando a equipe quanto às ações necessárias para uma melhor assistência às pessoas em sofrimento mental. Trata-se de um estudo qualitativo com uma proposta de pesquisa-ação e coleta de dados por meio de rodas de conversa com a equipe da ESF e de entrevistas individuais com a equipe de apoio em saúde mental da Unidade Básica de Saúde. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo com categorização temática. A partir, na análise dos dados coletados, destacaram-se três categorias: 1. Os sentidos de saúde mental compartilhados pela equipe; 2. Como a equipe cuida da saúde mental; e 3. Ações necessárias para uma mudança no cuidado integral em saúde mental. Como resultados, observou-se que os participantes demonstraram consciência do trabalho que fazem e a disponibilidade para o cuidado, porém individualizado, limitado em sua instrumentalização e recursos, que se mostraram escassos, frágeis, com pouco tempo dedicado e pouco envolvimento em rede. O matriciamento apresentou-se como um ponto importante para o cuidado integral, podendo ser uma forma inicial de um cuidado compartilhado e de educação permanente. Percebem-se a necessidade de capacitação e fortalecimento da equipe da ESF nesse cuidado, promovendo instrumentalização e conhecimento, e também a importância do apoio da equipe de saúde mental nas práticas do cuidado pela saúde da família. As potencialidades da saúde da família no cuidado das pessoas em sofrimento mental ficam evidentes com a pesquisa e devem ser continuamente estudadas e incentivadas.

Palavras chaves: Assistência em saúde mental; Saúde mental; Estratégia saúde da família; cuidados integrais de saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy has played an increasingly important role in assisting people suffering from mental disorders as it is the primary doorway to the health care system. However, this role can often be weakened, either by the stigma and prejudice suffered by people with mental disorders, or by the lack of health care system proper organization to handle the increase demand for this sort of care, or even by the unprepared professionals. The purpose of this study is to understand the mental health care by the Family Health Strategy team working at a Primary Care Unit in the city of Betim, Minas Gerais, Brazil, to analyze how the team handles this care, intending to develop and propose improving actions for it. This qualitative research collects and analyses data through talk groups with the family health care team and individual interviews with the mental health support team. Regarding the data analysis, it was used the Content Analysis technique with thematic categorization. After taking into account that analysis, three categories stood out: 1. The meanings of mental health shared by the team, 2. How the team handles mental health care, and 3. Actions required to implement a comprehensive mental health care change. It was observed as a result that those interviewed people showed awareness of the work they do and their availability for mental health care. However, it is an individualized work as well as limited in their instrumentalization and resources, which proved to be scarce and fragile, with little dedicated time and little involvement from the health care system. The matrix support was presented as an important point for comprehensive mental health care, and it can be an initial form of shared mental health care and ongoing education. There is a need to train and strengthen the family health team in this role, promoting instrumentation and knowledge, as well as the importance of support from mental health team in the care practices by the Family Health Strategy. The potential of family health care to assist people suffering from mental disorders is evident from the research and should be continuously studied and encouraged.

Keywords: Mental health care; Mental health; Family health strategy; comprehensive health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Mapa da Regional Centro ou Sede.....	23
Mapa 2	Mapa do Território da UBS Rosa Capuche.....	24
Figura 1	Esquema das três rodas de conversa.....	40
Quadro 1-	Categorização.....	43
Quadro 2 -	Os sentidos da saúde mental compartilhados pelos participantes da pesquisa.....	47
Quadro 3 -	Como a equipe da saúde da família cuida das pessoas em sofrimento mental no território da UBS.....	61
Figura 2 -	Integração dos dados das rodas de conversa e entrevistas individuais em relação ao cuidado em saúde mental.....	63
Fotografia -	Caixa de ferramentas simbólica elaborada pela equipe da saúde da família na terceira roda de conversa.....	66
Quadro 4 -	Ações necessárias para o cuidado integral em saúde mental.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CERSAM	Centro de Referência à Saúde Mental
CERSAMI	Centro de Referência em Saúde Mental Infantil
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. A UBS E O TERRITÓRIO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA UBS ROSA CAPUCHE.....	17
3. O ENIGMA DO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
3.1 SAÚDE MENTAL: COMO ESTAMOS?	28
3.2 SAÚDE MENTAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
3.3 CUIDADO INTEGRAL: OS SENTIDOS E DESAFIOS PARA SUA CONSTRUÇÃO.....	32
4. PERCURSOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	35
4.1 A RODA DE CONVERSA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS...37	
4.2 AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS.....	40
4.3 ANÁLISE DE DADOS.....	41
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	44
5.1 “EU QUERO SABER DA SAÚDE MENTAL”: OS SENTIDOS DA SAÚDE MENTAL COMPARTILHADOS PELA EQUIPE.....	44
5.2 “A GENTE FAZ O QUE DÁ”: COMO A EQUIPE CUIDA DA SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO DA UBS.....	48
5.3 A JARDINAGEM DA SAÚDE MENTAL: O CULTIVO NECESSÁRIO PARA UMA MUDANÇA NO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL.....	63
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A.....	80
APÊNDICE B.....	82

APÊNDICE C.....	84
APÊNDICE D.....	85
APÊNDICE E.....	87
ANEXO.....	88

1. INTRODUÇÃO

A saúde da família desempenha importante papel no cuidado à saúde da população, em todas as fases da vida, promovendo recuperação, promoção, prevenção, com acompanhamento continuado e facilitando o acesso das pessoas aos demais serviços de saúde. Com a experiência de trabalho há dez anos em uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS), tenho tido a oportunidade de conhecer a população, entender as necessidades de saúde das pessoas e da comunidade e criar um vínculo que facilita o cuidado.

Na busca de aprimoramento do conhecimento, de aprendizados, de melhorias no trabalho, o Mestrado Profissional em Saúde da Família¹ trouxe a oportunidade de me aprofundar no universo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de toda a importância do trabalho em equipe, interprofissional, com reflexões e análises sobre aspectos como atenção integral à saúde, educação na saúde, planejamento e avaliação para um cuidado melhor das pessoas assistidas.

Com isso, um cuidado em especial, que já chamava a atenção nesses anos de trabalho na UBS Rosa Capuche, passou a ser mais evidente com o diagnóstico situacional realizado como tarefa do Mestrado: o cuidado em saúde mental pela equipe da saúde da família.

A saúde mental tem sido tema crescente de estudos relacionados ao seu cuidado pela Atenção Básica (AB), pois a ESF como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), deve ser a referência para o cuidado dessas pessoas e apresenta potencialidades para auxiliar na concretização do processo da reforma psiquiátrica (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

¹ O Mestrado Profissional em Saúde da Família é oferecido por uma rede nacional constituída de 26 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fiocruz, nas cinco regiões do país, em 17 estados da federação; é uma estratégia de formação que visa atender a expansão da graduação e pós-graduação no país, bem como a educação permanente de profissionais de saúde com base na consolidação de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde, à Gestão em Saúde e à Educação. (Fonte: <https://profsaude-abrasco.fiocruz.br>)

Porém, este cuidado ainda se apresenta fragilizado, seja pelo estigma e preconceito que sofrem as pessoas em sofrimento mental, ou pelo aumento da demanda sem organização do serviço, ou ainda pelo despreparo dos profissionais, e por uma rede de apoio ainda não efetiva, demonstrando o descompasso entre as diretrizes e a realidade dos serviços (SOUZA et al, 2012).

Apesar das melhorias conquistadas ao longo de muitos anos com o processo de reforma psiquiátrica brasileira, como o cuidado em liberdade, no território de vida das pessoas, ainda vemos a necessidade de avanços nesse cuidado, de forma integral, tanto às pessoas em sofrimento mental quanto a seus familiares. E esta necessidade foi observada também no cuidado realizado às pessoas em sofrimento mental atendidas na UBS Rosa Capuche.

O crescimento do número de pessoas em sofrimento mental atendidas na ESF tem se tornado propósito de pesquisas e debates, e com isso questionamentos de como tem se dado esse cuidado. As equipes de saúde da família devem estar preparadas para receber essa demanda em saúde mental, seja das famílias ou dos usuários e usuárias do serviço, levando em consideração os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reforma psiquiátrica brasileira, de forma a garantir um acesso à assistência equânime, integral e universal (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

Ao mesmo tempo, a saúde mental dos profissionais também pode se apresentar fragilizada nesse cuidado com o outro, pois o cuidado em saúde mental é uma condição reflexiva, no sentido que quando se ouve o problema do outro, pensa-se em seus próprios problemas, humanizando assim a relação. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), em especial, está frequentemente em contato com as pessoas do território, ouvindo suas demandas, com possibilidade de sobrecarga por causa da intensidade do vínculo com as pessoas que acompanha, principalmente em situações nas quais se sente impactado com o que ouve ou observa. Por isso, a saúde mental do trabalhador também deve ter atenção e cuidado (MOURA; SILVA, 2015).

Este trabalho traz a reflexão sobre o cuidado das pessoas em sofrimento mental por uma equipe da ESF da UBS Rosa Capuche no município de Betim, Minas

Gerais, tendo, portanto, como objeto de estudo, a construção do cuidado integral em saúde mental pela saúde da família.

O cuidado em saúde mental já era pensado como objeto de estudo bem antes do ingresso no mestrado, pois a rotina dos atendimentos da saúde da família na UBS, em vários momentos, mostrava a questão do sofrimento mental presente também em situações que inicialmente não eram identificadas como da saúde mental.

Um exemplo que vem à memória é o de uma pessoa que foi acolhida pela equipe de enfermagem devido a sua pressão arterial elevada, necessitando avaliação médica para tratamento e, durante a consulta médica, demonstrou toda sua angústia e expectativa vivenciadas nos últimos meses pela procura de emprego, não conseguindo dormir, preocupada com a situação financeira. Outra situação recordada, a de uma gestante iniciando seu acompanhamento pré-natal, gravidez indesejada, sem ajuda do parceiro e da família, triste, chorosa, necessitando de apoio e cuidado relacionados ao sofrimento pelo qual passava. Nesses dois exemplos, foi necessária a percepção pela equipe do sofrimento mental que essas pessoas estavam vivenciando, para além das questões físicas trazidas. Mas também, casos já considerados da saúde mental fazem parte da rotina de atenção e cuidado no nosso serviço, com atendimentos frequentes de pessoas que possuem algum diagnóstico de “transtorno mental”, que buscam o serviço para acompanhamento, ou por apresentar piora de seus sintomas, ou ainda para renovar uma receita de medicação de uso contínuo ou outra demanda relacionada a seu cuidado.

Portanto, em várias situações, durante consultas médicas, de enfermagem, de outros profissionais, as demandas da saúde mental aparecem de várias formas nas queixas diárias que chegam para as equipes de saúde da família. Com isso, observando a frequência de situações que trazem um sofrimento mental associado à outras questões de busca de cuidado à saúde de forma geral e também de situações específicas da saúde mental, passamos a entender a importância do cuidado integral, não só dos casos claramente considerados da saúde mental, mas sempre pensando na pessoa como um ser complexo, no qual predominam fatores físicos, emocionais, psicológicos e sociais, com as percepções da vida do sujeito, as considerações sobre questões pessoais, familiares e do território.

Assim foi se desenhando a proposta desta pesquisa, do cuidado em saúde mental pela saúde da família, que foi consolidada com o diagnóstico situacional durante a realização do mestrado.

Neste estudo, apresentaremos a UBS Rosa Capuche, seu território vivo, como se deu o diagnóstico situacional, refletindo sobre o enigma que é a saúde mental e o seu cuidado pela saúde da família, por sua complexidade e necessidade de revelá-la todos os dias, com os sentidos e desafios para a construção desse cuidado.

Apresentaremos também o percurso metodológico, a importância das rodas de conversa e das entrevistas individuais como coleta de dados, demonstrando, a partir daí, os resultados observados de como a equipe cuida e o que é necessário para uma mudança no cuidado integral em saúde mental.

Com isso, fica o convite à uma leitura reflexiva sobre os conhecimentos produzidos ao longo desse caminho de busca do entendimento do cuidado em saúde mental pela saúde da família, e as ferramentas necessárias para a construção desse cuidado integral.

2. A UBS E O TERRITÓRIO: O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA UBS ROSA CAPUCHE

Na realização do diagnóstico situacional do território de uma das equipes da UBS Rosa Capuche, dentre outras informações, observaram-se a fragilidade nesse cuidado à pessoa em sofrimento mental e o desafio de estruturar melhor as ações para um acompanhamento integral desses indivíduos, partindo da compreensão de como está se dando esse cuidado pela equipe.

O diagnóstico situacional é um método de identificação e análise de uma realidade, utilizado para a elaboração de propostas para a organização do serviço. Essas informações obtidas orientam “quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, assim como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento” (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1988, p.19).

Para a realização do diagnóstico, utilizou-se o método da Estimativa Rápida Participativa (ERP), escolhido pela simplicidade, baixo custo, rapidez e informações específicas de populações definidas. A ERP apoia-se em três princípios: coletar dados pertinentes e necessários, coletar informações que reflitam as condições locais e as situações específicas e envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1988).

O diagnóstico foi realizado em agosto e setembro de 2020, quando se vivenciava no país a segunda onda da pandemia da COVID-19², devido às adaptações, nesse período da pandemia e ao fato de muitos colegas estarem afastados ou terem sido remanejados a outros serviços, tornando-se, assim, difícil realizar reuniões na unidade com a participação de todos os profissionais. Por isso, para o processo do diagnóstico, foi solicitada ajuda das enfermeiras das quatro

² Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan e, em 07 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de Coronavírus que é responsável por causar a doença COVID-19. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. O termo pandemia descreve uma situação em que uma doença infecciosa ameaça simultaneamente muitas pessoas pelo mundo. O Ministério da Saúde confirmou, no dia 26 de fevereiro de 2020, o primeiro caso de COVID-19 no Brasil.

equipes da UBS, explicando o diagnóstico situacional do território e o método ERP, para que elas ajudassem a pensar e desenvolver as etapas. Na primeira semana foi feito um cronograma, listando informações necessárias para o diagnóstico e que essas fossem de fácil acesso por meio dos dados do e-SUS. Foi pensado também em informantes-chave para realizar entrevistas sobre o território. Pensamos em um líder comunitário, representantes religiosos da comunidade, e em moradores e ACS que fossem antigos no bairro, e por fim, elaboramos um questionário para direcionar durante as entrevistas dos informantes-chave.

Utilizamos também as perguntas do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que foi criado em 2011, com o objetivo de incentivar a melhoria da qualidade da AB e de seu acesso, e a saúde mental fez parte dessa avaliação do citado Programa. Alguns pontos da autoavaliação do PMAQ-AB nos auxiliaram, durante a elaboração do diagnóstico situacional, a discriminar a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental pela saúde da família. Um estudo feito analisando as respostas a esses itens identificou que os itens estratificação de risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações de prevenção e de promoção da saúde mental foram os fatores mais importantes na discriminação do nível de oferta do cuidado em saúde mental (ROCHA et al, 2018).

Respondendo às perguntas relacionadas à atenção integral da autoavaliação do PMAQ-AB, foi observada a deficiência no acompanhamento das pessoas com sofrimento mental. Não há atividades grupais com ações de promoção da saúde nem cuidado compartilhado efetivo com a equipe de apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), o aprazamento das consultas agendadas é de acordo com a percepção do médico sobre a necessidade do usuário, sem um critério definido, e o acolhimento é centrado no profissional médico, sendo que os demais membros da equipe se envolvem pouco nas ações voltadas aos usuários e usuárias da saúde mental.

A entrevista com os informantes-chave mostrou-se uma importante ferramenta para ouvir e saber a opinião das pessoas, o que pensam do território, suas necessidades, as impressões a respeito do serviço prestado pela UBS. A partir dessas

entrevistas, ao analisarmos cada uma, percebemos o quanto situações que influenciam diretamente a saúde das pessoas, como a falta de áreas de lazer para a comunidade, são deixadas de lado na rotina dos cuidados em saúde. Dos informantes-chave, alguns moram há mais de quarenta anos no bairro e vivenciaram as transformações pelas quais o território passou. Todos destacaram como mudanças observadas o crescimento populacional, do comércio e a urbanização. Mas relataram também a violência que surgiu com esse crescimento. Também queixaram a falta de atividades para as crianças e os jovens e relacionaram isso ao aumento do abuso de álcool e outras drogas na região.

Para além dos problemas observados em relação ao cuidado da saúde mental na saúde da família, com o diagnóstico situacional, foram evidenciadas outras dificuldades, como a falta de atividades comunitárias para a população, em especial para as crianças e os adolescentes; a falta de área de lazer e de ações entre a UBS e a comunidade. Também foi constatada que a questão do abuso de álcool e de outras drogas tem sido frequente na comunidade, inclusive com pessoas sendo atendidas nessas condições na UBS. Na análise do território e com os informantes-chave, também foi observado o problema de resíduos (entulhos) nas calçadas e em lotes vagos. Alguns informantes relataram esse como sendo um fator que tem afetado a saúde da população do território.

Porém, não somente situações problemáticas foram identificadas. Também foi destacado o empenho dos profissionais da UBS para manter o funcionamento do serviço durante o período da pandemia, esforçando-se nos atendimentos aos casos agudos, mas não deixando de assistir as condições crônicas e demais demandas que continuaram surgindo, com as devidas adaptações necessárias para a ocasião.

Desde a implantação da Estratégia Saúde da Família na UBS Rosa Capuche, ocorrida em 2012, observou-se um aumento na procura de atendimento dos usuários e usuárias em sofrimento mental, principalmente os casos sem diagnóstico psiquiátrico ou de difícil precisão diagnóstica ou considerados de menor gravidade. E também, alguns casos da saúde mental considerados mais graves, que faziam acompanhamento nos serviços de atenção especializada do SUS (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) passaram a ser acompanhados pela saúde da família das Unidades Básicas de Saúde, por meio de consultas no serviço e visitas domiciliares

pela equipe da ESF, seguindo as diretrizes da política de saúde mental, baseadas na reforma psiquiátrica brasileira, garantindo o cuidado em liberdade, no território de vida das pessoas, com participação ativa dos usuários, usuárias e familiares (BRASIL, 2001).

Soma-se a isso o notável impacto que a pandemia causada pela COVID-19 trouxe não somente à saúde física, mas também à saúde mental e ao bem-estar das pessoas, gerando ainda mais aumento da demanda por cuidados em saúde mental e mudança nos fluxos de assistência dos serviços de saúde. Situações vivenciadas nesse período, como isolamento social, restrições de movimentação, suspensão de atividades, desemprego, luto, medo de adoecer, mudanças na rotina, inadequação das informações, têm sido fatores estressores e de vulnerabilidade para o adoecimento mental (NABUCO; OLIVEIRA; AFONSO, 2020).

A equipe de saúde da família deve estar preparada para acolher de forma humanizada essas pessoas, seguindo os princípios e as diretrizes do SUS, conforme a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com acesso universal, integralidade e igualdade da assistência, autonomia das pessoas, direito à informação e à participação da comunidade.

Porém, o cuidado ainda está centrado nos atendimentos médicos, sem um trabalho interprofissional efetivo na atenção com as pessoas em sofrimento mental, com o envolvimento das agentes comunitárias de saúde, da equipe de enfermagem e de apoio. Percebe-se uma insegurança nos demais membros da equipe da saúde da família nesse cuidado. Mas, apesar dessa insegurança, a equipe demonstra vínculo com a comunidade, interesse no cuidado, tentando realizá-lo da maneira que consegue e utilizando as ferramentas que conhece.

Com isso, surgiu a questão de como a equipe da ESF da UBS Rosa Capuche está realizando o cuidado integral às pessoas com sofrimento mental no território. Como é possível produzir mudança nesse cenário, promovendo a construção do cuidado integral em saúde mental na ESF, com acolhimento, liberdade e participação.

A UBS em questão localiza-se na cidade de Betim, Minas Gerais, um município que possui uma população de 450.024 pessoas, segundo estimativa de 2021, do

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e que fica na região metropolitana de Belo Horizonte. O município possui atualmente 38 UBS.

Realizando uma busca por documentos referentes à assistência em saúde mental na Rede SUS de Betim, encontramos o Protocolo de Assistência em Saúde Mental do município de Betim³ (RAGAZZI; PEREIRA, 2006), que trata as diretrizes para a assistência em saúde mental na atenção básica, os critérios de encaminhamentos para as equipes de saúde mental, atendimentos das urgências e emergências e diretrizes para a abordagem da abstinência alcoólica e de outras drogas. O documento é apresentado como um protocolo destinado a orientar a assistência em saúde mental, no modelo que tem como diretrizes os princípios do SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Encontramos também uma Cartilha de Orientações sobre Saúde Mental aos profissionais da Atenção Básica e Agentes Comunitários de Saúde do município de Betim⁴, sem data (Anexo). A cartilha traz como objetivos orientar os profissionais da AB e ACS a identificarem, encaminharem e acompanharem o usuário que apresenta problemas emocionais, psicológicos e mentais para tratamento de acordo com a sua necessidade.

Betim foi um dos municípios pioneiros da Reforma Psiquiátrica no Brasil pela implantação, na década de 1990, de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, chegando a ter destaque nacional (FARIA et al, 2021).

Estão disponíveis os seguintes serviços de saúde mental na rede SUS Betim⁵: três Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), um Centro de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI), um Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), um Centro de Convivência (Estação dos Sonhos). Todos

³ Disponível em

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Protocolo%20de%20assist%C3%Aancia%20em%20sa%C3%BAde%20mental%20do%20munic%C3%ADpio%20de%20Betim/1030>

⁴ Disponível em <https://pt.scribd.com/document/50750506/cartilha-saude-mental-atencao-basica-0724340216-20081009-1>

⁵ Disponível em <https://www.betim.mg.gov.br/portal/secretarias-paginas/95/atendimento-especializado/>

esses serviços contam com profissionais especializados - psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros.

Em relação à UBS Rosa Capuche, a unidade foi inaugurada em 1990 e tem sede própria desde 2011, fazendo parte da Regional Administrativa Centro (Mapa 1). Tem como modelo assistencial a Estratégia Saúde da Família, implantada em 2012, sendo composta por quatro equipes da ESF (012, 029, 030 e 038), além de equipe de apoio técnico e administrativo, agentes de higienização, uma gerente e equipe do NASF-AB, que, no momento, conta com assistente social, educadora física, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, nutricionista, ginecologista e pediatra.

Atualmente, a UBS possui, em seu território, uma população cadastrada de 17.804 pessoas (E-SUS, 2022). A unidade oferece serviços de atendimento à demanda espontânea com classificação de risco dos casos agudos, atendimentos individuais por profissionais de nível superior, coleta de exames laboratoriais e citopatológicos, curativos, imunização, assistência domiciliar, dispensação de medicamentos, vigilância em saúde, agenda programada para condições crônicas.

As quatro equipes da ESF da UBS Rosa Capuche são divididas por cores (amarela, azul, verde e vermelho) para facilitar a identificação (Mapa 2), e o território de abrangência da equipe 038 (equipe azul) possui um total de 2.198 domicílios, 1.792 famílias e uma população cadastrada de 4.946 pessoas (E-SUS, 2022). É composto por dois bairros, sendo um mais antigo, o bairro Jardim Petrópolis, próximo à UBS, e outro mais novo, o bairro Monte Verde, com construções novas, em crescimento e mais afastado da unidade. O acesso à UBS de alguns pontos da comunidade pertencentes aos dois bairros é dificultado pela distância e por barreiras geográficas, como morros. Existem três linhas de ônibus que passam pela UBS, que se localiza próxima à BR 381. As condições de moradia da população são variáveis, com algumas áreas mais vulneráveis. O bairro mais antigo era inicialmente de área rural e houve um crescimento populacional intenso com a chegada de empresas e indústrias no território. Com isso, houve uma urbanização sem um planejamento adequado.

Mapa 1: Mapa da Regional Centro ou Sede



Fonte: http://www.dpurb.betim.mg.gov.br/atlas/mapas/regional/REGIONAL_1.pdf

Mapa 2: Mapa do território da UBS Rosa Capuche



Fonte: <https://www.google.com/maps/place/UBS+Jardim+Petr%C3%B3polis/@-19.9704197,-44.1716219,2947m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x0:0xe24f17fc3fb122e8!8m2!3d-19.9704253!4d-44.1716367> (Foi feito destaque em cores na imagem da área de cada equipe da ESF da UBS)

Uma situação comum, recorrente, é a de usuários e usuárias da saúde mental já conhecidos das equipes de saúde da família, procurarem atendimento por queixas variadas, em horários diversificados durante o funcionamento da UBS. José⁶ é um desses usuários e frequentemente busca atendimento na UBS. Um dia procurou atendimento devido a uma dor na coluna, e, quando a enfermeira terminava a triagem para encaminhá-lo à avaliação médica, José disse que as vozes em sua cabeça estavam muito agitadas e não o deixavam em paz. Na verdade, isso o incomodava mais do que a dor na coluna. A partir daí a enfermeira acolheu essa queixa, discutiu o caso com a médica da equipe de referência e entraram em contato com o CERSAM de referência que orientou encaminhá-lo para atendimento.

Esses casos considerados agudos que chegam à UBS são acolhidos, triados pelas enfermeiras e encaminhados para a avaliação médica. Se é identificado um risco que seja de integridade física da própria pessoa ou piora dos sintomas, ela é

⁶ Nome fictício para proteção da identidade.

então encaminhada ao CERSAM de referência, após contato por telefone com o serviço. Alguns casos são discutidos em reunião mensal de matriciamento com a equipe do NASF-AB e a equipe de apoio em saúde mental da UBS. Assim, esses usuários e usuárias fazem um acompanhamento por meio de uma agenda programada com consultas médicas, na maioria das vezes, e algumas de enfermagem, de forma regular e agendadas de acordo com a percepção médica sobre a necessidade do caso, e alguns também são acompanhados pela equipe do NASF-AB.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado no Brasil em 2008, por meio da Portaria n. 154, de 24 de janeiro⁷, passando por mudanças e adaptações ao longo dos anos, como o parâmetro de vinculação às equipes, custeio, aumento do número de categorias profissionais, e sua denominação foi alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Conforme a Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017⁸, o NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na AB. Em 2020, o Ministério da Saúde publicou uma Nota Técnica (nº 3 / 2020 – DESF / SAPS / MS)⁹, acabando com a obrigatoriedade de as equipes multidisciplinares estarem vinculadas ao modelo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, de forma que os gestores municipais possam compor essas equipes da forma que quiserem.

Em Betim, o NASF-AB foi implantado em 2008, e as equipes têm sido mantidas e complementadas até o momento, porém com falta de alguns profissionais em algumas equipes. O apoio matricial com a equipe do NASF-AB na UBS Rosa Capuche tem sido regular com reuniões mensais, quando são discutidos os casos considerados de maior risco, complexos ou de necessidade de um cuidado em equipe, trazendo suporte aos profissionais da saúde da família no cuidado às pessoas do território.

Em relação às fragilidades observadas na atenção à pessoa em sofrimento mental pela equipe, também são relatadas em outros serviços. Um estudo buscou analisar como se identifica o sofrimento mental e como se organiza o cuidado em

⁷ Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

⁸ Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

⁹ Disponível em <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>

saúde mental pela AB no estado de São Paulo. Foi identificada a alta frequência com que as demandas de saúde mental aparecem para as equipes de saúde da família, uma baixa proatividade na busca de demandas em saúde mental, o baixo planejamento do cuidado e também a perspectiva mais biomédica (PUPO et al, 2020).

A diversidade de cuidado da saúde mental pela atenção básica fica evidente, pois não há um fluxo efetivo. E, para além disso, existem as barreiras sociais, a marginalização, os preconceitos e estigmas, principalmente da população da saúde mental pertencente às minorias sociais, fazendo-se necessária a mudança para uma visão psicossocial. Apesar de a saúde da família identificar a necessidade da atenção e cuidado à saúde mental, não está ainda incorporada à prática de forma integral, com modelo ainda biomédico centrado, dificuldade de acesso à assistência e deficiência de articulação na rede (LUCCHESI et al, 2009).

A proposta do estudo foi a de realizar uma pesquisa-ação, para compreender como se dá o cuidado em saúde mental pela equipe da ESF, buscando elaborar propostas de ações necessárias à construção de um cuidado integral, e “a APS é um cenário privilegiado no acolhimento de demandas em saúde mental, uma vez que visa compreender e atuar com o conceito ampliado de saúde” (SCHUTEL; RODRIGUES; PERES, 2015, p.90). Assim, a pesquisa tem um potencial transformador, trazendo mudanças no trabalho da equipe e no cuidado às pessoas e fazendo diferença na UBS e no território.

A relevância de um projeto de pesquisa-ação, voltado para a reflexão do cuidado prestado às pessoas em sofrimento mental e o entendimento dos atores sociais envolvidos nessa assistência consiste na contribuição da busca de formas de melhorar o atendimento. Essa questão se dá por meio do conhecimento sobre as pessoas e o território, estreitando o vínculo, reorganizando a forma de acolher, de cuidar efetivamente em equipe, e também servindo como instrumento de transformação do cuidado de forma integral e humanizada, seguindo assim, as orientações do processo de reforma psiquiátrica brasileira e concretizando o direito à saúde e ao SUS como sistema de saúde integral.

3. O ENIGMA DO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O cuidado da saúde mental pela estratégia saúde da família pode ser pensado como um enigma, com os problemas e questões, as dúvidas e as demandas apresentadas, as interrogações e dificuldades, sendo necessário descobri-lo e desvendá-lo todos os dias. É um processo contínuo e complexo de cuidado. A equipe da saúde da família consegue perceber e acolher as pessoas em sofrimento mental, porém, nem sempre compreendem e decifram as possibilidades para um cuidado capaz de assistir essas pessoas e seus familiares de forma integral.

No volume 5 do Caderno Humaniza SUS sobre Saúde Mental, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), é citada a comparação que Franco; Mehry (2003) fazem do então Programa Saúde da Família (PSF) com o Enigma da Esfinge¹⁰, “decifra-me ou te devoro”. A equipe da saúde da família consegue enxergar que o problema do modelo assistencial (centrado nas ações e saberes médicos) está no processo de trabalho, mas não consegue decifrá-lo. Assim, eles são “engolidos” na produção de procedimentos médicos centrados, não conseguindo a produção do cuidado de forma compartilhada, integral, como a imagem da esfinge devorava aqueles que não conseguiam decifrar o enigma.

Trazendo essa reflexão para o enigma do cuidado em saúde mental, entendemos que diariamente, os “tebanos” (profissionais e usuários da saúde), enfrentam a “Esfinge” da saúde mental, com suas dificuldades, complexidades, tentando decifrar esse enigma do cuidado, e esse trabalho buscou contribuir para que essas pessoas possam “enxergar” como Édipo, decifrando dia a dia os segredos e incógnitas existem no caminho para o cuidado integral em saúde mental.

¹⁰ Conta a mitologia grega que a Esfinge tenha sido enviada por uma divindade para vingar, entre os tebanos, um crime impune do rei Laio. A Esfinge fixou-se nos arredores de Tebas, detendo e devorando os que passavam, quando não conseguiam decifrar seus enigmas. Édipo foi o primeiro a resolver o que lhe foi proposto: “Qual o animal que anda de quatro pés pela manhã, dois ao meio-dia e três à tarde?” Édipo respondeu: “O homem que engatinha na infância, caminha ereto na idade adulta e se apoia em um bastão na velhice”. Após a resposta, a Esfinge matou-se, libertando a população da punição que lhe foi imposta (FRANCO; MEHRY, 2003, p. 29)

3.1 SAÚDE MENTAL: COMO ESTAMOS?

Segundo OMS, definir saúde mental é quase impossível numa perspectiva transcultural, pois “os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto realização do potencial intelectual e emocional da pessoa” (OMS, 2001, p.32). O fato “é que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, e que existe sempre um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença” (SOALHEIRO; MARTINS, 2017, p.45).

Desse modo, as demandas da saúde mental não estão presentes apenas nos casos mais graves, mas também nas várias queixas diárias que chegam para as equipes de saúde da família. Nesse estudo, portanto, utilizamos os termos saúde mental e sofrimento mental como uma concepção de conceitos mais abrangentes, levando em consideração o sofrimento no qual predominam fatores emocionais, psicológicos e sociais, as percepções da vida do sujeito, as considerações sobre questões pessoais, familiares e do território. Não utilizamos classificação diagnóstica, considerando que “muitas vezes, são os processos de estigmatização e patologização que se impõem reduzindo o sujeito à situação de crise, desconsiderando, inclusive, a sua capacidade de superação” (GOULART, 2015, p. 196).

A saúde mental não deve ser abordada separadamente da saúde física ou biológica, como no dualismo corpo e mente, mas sim levando em conta o sofrimento de pessoas, o que não é reservado apenas aos que recebem algum diagnóstico específico, sendo presente na vida de todos e que poderá manifestar-se de maneiras particulares em cada um. “A experiência nos mostra que o cuidado focado no sofrimento de pessoas liberta os profissionais de aporias, de becos sem saída, e promove abertura a inúmeras possibilidades de cuidado, ao efetivar uma mudança de expectativas e objetivos do cuidado” (BRASIL, 2013a, p. 15).

O cuidado com as pessoas em sofrimento mental tem passado por processos de mudanças nos últimos anos, em especial, desde a reforma psiquiátrica no Brasil, iniciada na década de 1970, sendo garantida pela Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e

também a mudança de assistência a elas, saindo do foco hospitalar para uma atenção em liberdade e na comunidade onde vivem usuários, usuárias e familiares (BRASIL, 2001).

O início do processo da reforma psiquiátrica no Brasil na década de 1970 ocorreu num período quando também acontecia o movimento sanitário que buscava mudança nos modelos de atenção e gestão na saúde, com defesa da saúde coletiva, da equidade na oferta de serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de cuidado. Nessa época, surgiu o movimento de trabalhadores da saúde mental formado por profissionais integrantes desse movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria também foi inspiradora para o movimento.

A partir da década de 1980, com o II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, começaram a surgir as primeiras propostas e ações para reorientação da assistência. O primeiro CAPS no Brasil foi criado na cidade de São Paulo e foi iniciado um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico em Santos, devido a maus-tratos e mortes de pessoas internadas, implantando o NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e dando a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Outro marco importante foi a Constituição de 1988, com a criação do SUS, com a regulamentações de articulações entre as gestões federal, estadual e municipal. Além disso, um Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Esse projeto inspirou, na década de 1990, vários estados brasileiros a aprovarem leis determinando a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

A Lei Paulo Delgado somente foi sancionada em 2001¹¹, trazendo algumas modificações importantes como o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária. Nesse período também surgiu o programa “De Volta para Casa”, com o propósito do fortalecimento das ações para uma assistência em saúde mental no território de vida da pessoa.

Nesse sentido, o Programa Saúde da Família, criado na década de 1990, tornou-se um recurso estratégico no campo de atuação pelas equipes para o cuidado relacionado à saúde mental, por sua proximidade e relação com a comunidade, as pessoas e suas famílias. O conhecimento do território é orientador para a construção de uma rede de cuidados, que é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. O compartilhamento entre as equipes de saúde mental e da atenção básica é necessário para a construção coletiva de estratégias para a abordagem do cuidado integral em saúde mental, bem como a participação das pessoas em sofrimento mental, seus familiares e a comunidade na organização dessa rede (BRASIL, 2005).

3.2 SAÚDE MENTAL NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesse cenário de mudanças, a Estratégia Saúde da Família apresenta um importante papel como principal porta de entrada da RAS, sendo coordenadora do cuidado, conforme seus princípios e diretrizes, confirmadas por meio da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), tornando-se estratégia prioritária de organização da Atenção Primária.

Assim, as pessoas em sofrimento mental passaram a ter como referencial de acolhimento e acompanhamento as equipes de saúde da família, que devem atender a essas pessoas, mantendo o cuidado longitudinal, integral, coordenando de forma a ordenar o manejo no nível necessário de assistência da rede, auxiliada por meio de

¹¹ A Lei n. 10.216. de 2001, proposta pelo deputado federal Paulo Delgado, instituiu um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais no Brasil. A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e também sobre a mudança de assistência a esses indivíduos, saindo do foco hospitalar para uma atenção em liberdade e na comunidade onde vivem (BRASIL, 2001).

apoio matricial e equipe de referência, mas sempre mantendo o vínculo com o indivíduo (BRASIL, 2013b).

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), como a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a orientação familiar e comunitária e a competência cultural apontam para o cuidado do território e das pessoas que vivem nele, o que converge com as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira, que traz o cuidado em liberdade e no território da pessoa. Com isso, a busca pela melhoria do cuidado dos indivíduos em sofrimento mental acaba por também contribuir para uma melhor assistência, pois muitos deles são estigmatizados e sofrem preconceitos e discriminações, e também podem estar envolvidas questões sociais, familiares e do território, que contribuem para o agravamento do quadro de sofrimento mental. Com um acolhimento humanizado, sem preconceitos e correta identificação das necessidades, damos um acesso melhor, e conseguimos atender de forma integral e com melhor adesão ao tratamento (MARQUES et al, 2018; SILVA; MARCOLAN, 2018).

Conhecer o território e as pessoas que vivem nele é de grande importância para que as equipes da saúde da família entendam as necessidades e as realidades do território vivo. O cuidado em saúde mental na APS reforça a importância do território como espaço privilegiado para essa assistência. O território é o espaço e o percurso que compõem a vida das pessoas, sendo vivo e dinâmico, influenciando nas necessidades de cada um e facilitando ações de promoção à saúde pelas equipes que trabalham na perspectiva do território, pelo acesso facilitado, o conhecimento da comunidade e suas demandas (SOUZA, 2015).

A saúde mental apresenta-se no território da UBS por meio de várias situações ali vivenciadas pela comunidade, por cada pessoa e pelas famílias. Pessoas em situações de vulnerabilidade, violências, ou em abuso de álcool e outras drogas, buscam o serviço na rotina diária de atendimentos da UBS devido a algum sofrimento mental. Os Determinantes Sociais da Saúde, como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, influenciam a ocorrência de problemas de saúde mental e seus fatores de risco na população e devem ser conhecidos. Isso reforça a importância do conhecimento sobre o território vivo, as pessoas que habitam na comunidade e suas relações com o meio e com a UBS, pois

esse entendimento pode resultar em um acolhimento humanizado e com um cuidado adequado.

3.3 CUIDADO INTEGRAL: OS SENTIDOS E DESAFIOS PARA SUA CONCRETIZAÇÃO

O sentido do cuidado refere-se a uma conformação humanizada da assistência, numa atividade de relacionamento com o outro que traz uma escuta e diálogo com a construção de vínculos e uma relação de respeito e atenção entre profissionais, usuários, usuárias e familiares (SOUZA, 2015).

Cabe aqui também, uma explicação sobre o que se entende por cuidado, pois “quando se faz referência ao cuidado, atribui-se ao termo um sentido já consagrado no senso comum, como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um tratamento” (SANTOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2014, p.33).

Porém, o termo cuidado pode trazer vários significados, como precaver-se, zelar, preocupar-se, ter afeto, podendo ser de si mesmo ou do outro. Em algum momento da vida, uma pessoa prestará o cuidado ou necessitará dele. Por isso, é importante o entendimento da forma como a equipe cuida e promove a saúde mental, o sentido do cuidado que se busca oferecer a essas pessoas e a necessidade da reflexão sobre seus desafios:

Os cuidados, entendidos aqui como um conjunto de práticas e atitudes que envolvem, em diferentes graus, uma implicação quanto ao bem-estar do outro, seja de forma remunerada ou não, vêm sofrendo transformações que acompanham os contextos sociais e históricos em que são prestados. Dessa forma, a reflexão sobre os desafios para o cuidar na atualidade oferece oportunidades para discussão de valores não menos importantes, especialmente, o respeito à dignidade e à vida, a inclusão social e o reconhecimento aos direitos sociais de quem cuida e recebe cuidados. (GROISMAN, 2017, p 147)

O cuidado integral à pessoa em sofrimento mental deve levar em conta esse respeito à individualidade, à dignidade e à vida, buscando sua inclusão social,

cuidando e promovendo a saúde mental à luz dos princípios da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial do SUS. Com isso, deve-se promover o cuidado numa perspectiva psicossocial e integral, considerando a pessoa como um ser completo, com suas necessidades e problemas variados, evitando a dicotomia corpo e mente e uma assistência de forma fragmentada (ASSIS; SILVA, 2015).

Porém, o acompanhamento dessas pessoas ainda é um desafio para a consolidação desse cuidado integral pela saúde da família. Dois estudos que analisaram a produção científica nacional sobre as ações desenvolvidas no âmbito da ESF e a concepção dos profissionais da saúde da família sobre a atenção às pessoas em sofrimento mental identificaram como desafios a dificuldade de acesso aos serviços, a falta de uma rede estruturada e de diálogo entre os profissionais, a desqualificação da escuta e acolhimento, o estigma ainda existente, a formação profissional em saúde mental incipiente, sendo observada a necessidade de investimentos na formação do profissional da saúde e na educação permanente (ESLABÃO et al, 2019; CRUZ; SANTOS, 2019).

O trabalho em equipe fortalecido contribui para essa integralidade. Os ACS pouco têm participado desse processo e são profissionais de relevância para o sucesso do cuidado, devendo assumir seu protagonismo nesse trabalho em equipe. Uma compreensão sobre o entendimento desses profissionais em relação à saúde mental pode demonstrar quais ações são necessárias para uma aprendizagem significativa com atividades reflexivas, trazendo um olhar mais atento e acolhimento e atenção humanizados, de forma a dar segurança no cuidado dessas pessoas (PEREIRA et al, 2007; CORDEIRO; MENDES; LIBERMAN, 2020).

A forma de acolhimento a um usuário e usuária de saúde mental pela APS pode determinar um cuidado inadequado se não houver escuta qualificada, empatia, corresponsabilização, criação de vínculos e comprometimento dos profissionais envolvidos. O atendimento de forma humanizada e integral pode trazer uma vinculação melhor, facilitando a adesão ao tratamento. O cuidado centrado na pessoa deve ser objeto da atenção primária, avaliando de forma global, identificando riscos, facilitando o acesso e, conseqüentemente, a atenção às pessoas em sofrimento mental (SILVA et al, 2019).

Apesar das dificuldades observadas no cuidado pela equipe da UBS, devemos destacar o interesse de cada profissional em fazer o que entende ser o certo, ou que consegue e sabe fazer e até mesmo buscando compartilhar esse cuidado.

Um exemplo de caso que movimentou todos da equipe foi o de uma senhora, cega, idosa, que vive sozinha e cuida de si mesma da maneira que pode. Seu autocuidado parecia insuficiente, pois, durante visita domiciliar pela equipe da saúde da família, foi possível perceber as condições precárias de higiene, com fezes de gatos pela casa, muita poeira e, dentro da geladeira, comida aparentando estar estragada. A equipe da saúde da família mobilizou-se, buscando uma rede de apoio, com cuidados de saúde, chamando vizinhos que poderiam dar um suporte, a assistente social para ajudar nas vulnerabilidades sociais, contatando familiar que mora em um bairro vizinho, mas que se dispôs a auxiliar no cuidado. Hoje ela segue com um cuidado compartilhado, mesmo que morando sozinha (pois não deseja sair de casa) e continua com acompanhamento e suporte da rede de apoio criada pela equipe da saúde da família, equipe de apoio da UBS, em especial a assistente social, e de vizinhos e familiar.

O cuidado é um atributo que nos é dado tanto quando recebemos ou quando damos. Esse caso acima mostrou o quanto é gratificante quando conseguimos cuidar de forma adequada das pessoas. O empenho e o interesse de todos da equipe em cuidar demonstrou que a equipe é capaz, porém muitas vezes não possui as ferramentas adequadas ou o apoio necessário para o cuidado de forma integral. Esse é o cuidado que buscamos com este estudo e queremos continuamente ofertar: integral, compartilhado, em rede, percebendo as necessidades do território vivo, dando assistência humanizada e fortalecendo a equipe da saúde da família na coordenação desse cuidado.

Conhecer esses conceitos, como o entendimento de todo o processo que a saúde mental passou e ainda passa por meio da reforma psiquiátrica no Brasil, a importância da saúde da família no cuidado em saúde mental no território de vida das pessoas, e os sentidos e desafios para que esse cuidado torne-se integral, efetivo, foram fundamentais para a realização desta pesquisa e o desvendar do “enigma” desse cuidado em saúde mental pela saúde da família.

4. PERCURSOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Este estudo é do tipo descritivo e analítico com uma abordagem qualitativa, pois buscou compreender o contexto em que a atenção à saúde mental se dá por uma equipe da ESF da UBS Rosa Capuche, em Betim, Minas Gerais, “onde o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas”, procurando compreender os fenômenos na perspectiva dos participantes do estudo (TURATO, 2005, p. 510). Essa compreensão da forma como a equipe cuida e promove a saúde mental baseia-se nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica brasileira, que, dentre um de seus princípios, está a sua efetivação por meio da “ampliação e fortalecimento da rede de Atenção Psicossocial, priorizando os dispositivos de cuidados vinculados à Atenção Básica” (BRASIL, 2016, p. 24).

A proposta do estudo foi a de realizar uma pesquisa-ação, que se caracteriza como uma forma de investigação e ação com interação entre pesquisadores e atores sociais implicados na situação investigada, buscando transformações na prática do próprio pesquisador (TRIPP, 2005). A pesquisa-ação concretiza-se com o planejamento de uma ação destinada a enfrentar o problema que é objeto da investigação (GIL, 2002).

O estudo teve como participantes os oito componentes da equipe 038 da UBS Rosa Capuche, do município de Betim, Minas Gerais, que era composta no período da coleta de dados por uma médica, que é a pesquisadora do estudo, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e cinco agentes comunitárias de saúde, e que foram convidados mediante contato pessoal no serviço. O tempo médio de atuação dos componentes da equipe 038 na ocasião era de 14 anos na UBS, sendo sete pessoas do sexo feminino e um do sexo masculino, com idade média de 48 anos. Três participantes possuem ensino superior completo.

Este estudo também contou com a participação de três profissionais de apoio da UBS que compunham a equipe no período da coleta de dados, como a psicóloga da equipe de apoio em saúde mental, a psicóloga e a assistente social da equipe do NASF-AB e também a participação de uma médica generalista de outra equipe da ESF da UBS, como convidadas a participarem de uma entrevista individual. As

participantes das entrevistas tinham tempo médio de atuação de um ano e meio na UBS e idade média de 49 anos no momento das entrevistas. A participação dessas profissionais foi necessária para trazer à discussão a percepção dessas pessoas em relação ao sofrimento mental, seu cuidado pela saúde da família e a relação entre as equipes e a rede de assistência à saúde nesse cuidado.

A pesquisa foi conduzida pela pesquisadora e pelo orientador do estudo na referida UBS. A técnica de pesquisa foi a coleta de dados mediante a realização de três rodas de conversa com a equipe de saúde da família, 038, conduzidas pelo orientador da pesquisa e tendo como observadora e participante, a pesquisadora do estudo.

As entrevistas individuais foram conduzidas pela pesquisadora do estudo com as profissionais psicólogas da UBS, sendo uma da equipe de apoio em saúde mental e a outra da equipe do NASF-AB, uma outra profissional do NASF-AB (assistente social) e uma das médicas das outras equipes da ESF da UBS.

Os participantes das rodas de conversa e das entrevistas individuais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B). O consentimento dos participantes solicitado por meio do TCLE seguiu as normativas da Resolução n. 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

O projeto de pesquisa foi enviado aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do município onde foi realizado o estudo (Betim, MG) e da instituição proponente (Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP), sendo obedecidos todos os preceitos éticos para a realização de pesquisa com seres humanos, conforme Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional do Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. A pesquisa foi aprovada em 05/10/2021 pelo CEP UFOP (CAAE: 51291521.9.0000.5150) e em 13/10/2021 pelo CEP Betim (CAAE: 51291521.9.3001.5651).

Quanto ao sigilo, os dados dos participantes foram tratados de forma confidencial, respeitando a privacidade de cada um e nenhuma informação que os identifique será divulgada em publicações resultantes da pesquisa. Somente a

pesquisadora e o orientador da pesquisa têm acesso direto às informações relatadas, conforme Declaração de compromisso da pesquisadora responsável (Apêndice C).

A identidade dos participantes das rodas de conversa e das entrevistas individuais foram preservadas no texto pelo uso de siglas a partir da abreviação da palavra “participante”. Portanto, os doze participantes foram codificados por: PART1, PART2, PART3, PART4, PART5, PART6, PART7, PART8, PART9, PART10, PART11, PART12.

4.1 A RODA DE CONVERSA COMO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados da pesquisa, foram utilizadas rodas de conversa com a equipe 038 da ESF da UBS Rosa Capuche. As rodas de conversa foram planejadas para ocorrerem em três encontros presenciais com a equipe, no município de Betim-MG, sendo a primeira em 12 de novembro de 2021, a segunda em 19 de novembro de 2021 e a terceira em 26 de novembro de 2021. Os profissionais da equipe foram convidados a participar, após exposição da proposta da pesquisa, sendo aceito por todos. O local escolhido para os encontros foi em uma área fora da UBS, porém próxima, de fácil acesso a pé, sendo um local aberto para atividades grupais, dentro de um serviço de apoio à saúde do município. Cada roda de conversa teve duração de três horas sendo realizadas no horário da reunião semanal da equipe.

As rodas seguiram um roteiro norteador (Apêndice D), sendo conduzidas pelo orientador da pesquisa e foram registradas em um gravador de voz e de um diário de campo, pela pesquisadora.

Cada roda teve um tema principal a ser compartilhado, sendo construídos a partir de três momentos em cada uma delas, chamados de giros. Esses três momentos principais da roda podem ser divididos, conforme descrito por Warschauer (2017), em abertura, quando se tem a apresentação de cada participante, com a acolhida, buscando saber como está cada um, como estão chegando; o segundo momento, que é o do desenvolvimento, é quando o tema principal é tratado, mas não de forma mecânica ou burocrática, e sim com o compartilhamento dos pontos de vista

e saberes; e, por fim, o fechamento, com a reflexão do que foi conversado, uma dinâmica com o grupo e despedida.

Além de servirem como instrumento de coleta de dados, as rodas tiveram como objetivo a produção de conhecimento sobre como fazer o cuidado e a equipe sentir-se mais segura e preparada no atendimento em saúde mental. Nas rodas de conversa, os participantes também puderam ser acolhidos, pois as rodas devem servir e serem boas para quem participa. No trabalho em saúde mental, quando cuidamos do outro, por vezes acabamos nos relacionando com a nossa própria saúde mental. Os aspectos da saúde mental dizem respeito a todos nós. Por isso, para cuidar da saúde mental do outro é importante acolher a si mesmo e a roda traz essa possibilidade de acolhimento.

A roda de conversa é “uma forma de coleta de dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para a discussão” (MOURA; LIMA, 2014, p. 25). Segundo Mynaio; Costa (2019), a roda favorece a interação de opiniões de forma compartilhada sobre tema de interesse tanto do pesquisador, quanto dos participantes, proporcionando uma construção coletiva de conhecimento e potencializando a voz do grupo.

A sabedoria da roda de conversa foi apresentada pelo condutor das rodas aos participantes no início do primeiro encontro. O momento da construção da roda é revelador de como as pessoas estão chegando. Se estão animadas, desanimadas, interessadas ou não, felizes, tristes. O barulho da construção da roda revela a disponibilidade dos participantes para aquele momento. A roda tem a característica de colocar os participantes frente a frente, e o som do que é falado vai para o centro potencializando a voz das pessoas. Mesmo se uma pessoa não quiser falar, ela consegue ver e ouvir tudo o que está acontecendo na roda. Faz parte da técnica da roda que os participantes estejam sentados próximos, que consigam ver uns aos outros sem nenhum esforço, facilitando a circulação das emoções, histórias, sendo simbólico que não se deixe o que está aparecendo na roda, o que está vindo, vazar. São símbolos, são metáforas de como a roda precisa ser organizada para dar segurança, para estabelecer o vínculo entre as pessoas, para que todos consigam ver, escutar, alcançar. A roda favorece “o compartilhamento de ideias, conhecimentos

e experiências acerca do cuidado, da gestão e da realização do acolhimento às diferentes formas de sofrimento psíquico (ASSIS; PRADO, 2021, p.27).

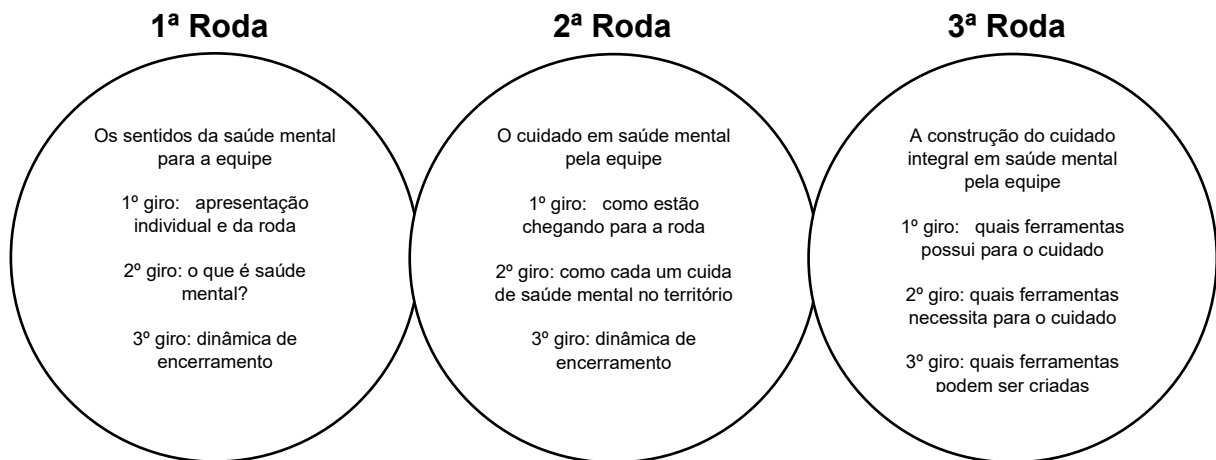
A primeira roda de conversa trouxe para discussão temas relacionados aos sentidos da saúde mental, sofrimento e transtornos mentais para a equipe, iniciando com o primeiro giro, quando cada um se apresentou, falou como estava chegando, como estava se sentindo e o que trazia para a roda. No segundo giro, foi discutido o que é saúde mental para cada um, quais os conceitos que cada um trazia, a dicotomia corpo/mente, os preconceitos e estigmas relacionados ao tema e a visão de saúde e não apenas da doença mental. E no terceiro giro, uma reflexão sobre o que foi conversado, quando cada um trouxe uma palavra ou sentimento a respeito da saúde mental naquele momento.

Na segunda roda, foi discutido como tema principal o cuidado em saúde mental pela equipe da ESF, oportunidade em que foi também falado sobre situações tidas pela equipe como emblemáticas, desafiadoras nesse cuidado e a relação com a equipe de apoio à ESF da UBS. O primeiro giro da roda começou com cada um dizendo com qual sentimento estava chegando para aquele momento e o que estava trazendo de pensamento ou reflexão para a roda. No segundo giro, foi conversado sobre como cada um faz para cuidar da saúde mental no território e quais os elementos utilizava. E no terceiro giro, finalizando a segunda roda de conversa com reflexões sobre como a equipe cuida das pessoas em sofrimento mental no território e com uma dinâmica com os participantes.

A terceira e última roda de conversa trouxe para discussão a construção do cuidado integral em saúde mental e o que é necessário para sua concretização. Para isso, foi realizada uma dinâmica da “construção de uma caixa de ferramentas coletiva para o cuidado da saúde mental”, quando primeiramente foram citadas as ferramentas que a equipe possuía para o cuidado em saúde mental. Em seguida, foram mencionadas quais as ferramentas eram necessárias para esse cuidado e que a equipe ainda não possuía. E, por fim, quais ferramentas a equipe poderia criar para concretizar a construção do cuidado em saúde mental.

A seguir, a figura 1 apresenta o esquema organizacional das três rodas de conversa, com os giros em cada roda e os temas discutidos.

Figura 1: Esquema das três rodas de conversa



Fonte: Elaboração própria.

4.2 AS ENTREVISTAS INDIVIDUAIS

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas para a coleta de dados em pesquisas qualitativas. É uma forma de interlocução entre duas pessoas ou mais, com objetivo de construir informações relacionadas a um tema investigado (MINAYO; COSTA, 2019).

Utilizamos a entrevista individual para esta pesquisa, devido à necessidade de participação de outros profissionais da UBS Rosa Capuche, a fim de trazer informações complementares sobre a relação da saúde da família com a equipe de apoio da UBS no cuidado em saúde mental. As participantes foram selecionadas a partir do surgimento do nome dessas profissionais durante as rodas de conversa, sendo mencionadas como apoio à equipe em momentos de necessidade de ajuda no cuidado em saúde mental. Foram elas as duas psicólogas (uma da equipe do NASF-AB e a outra da equipe de apoio em saúde mental) e a assistente social (também do NASF-AB). Uma médica generalista, de outra equipe da ESF da UBS, foi convidada a participar da entrevista como forma de obter informações sobre a visão desta categoria profissional, já que a profissional médica participante das rodas de conversa é a pesquisadora do estudo, e também pela falta do profissional psiquiatra no período

da coleta de dados na UBS. As entrevistadas foram convidadas por meio de contato pessoal no serviço, aceitando prontamente.

O tipo de entrevista individual utilizada foi a semiestruturada, permitindo um controle da entrevistadora sobre o tema a ser tratado, porém, com liberdade às entrevistadas para reflexões sobre tópicos relacionados. Esses procedimentos foram realizados na própria UBS, em uma sala reservada, de forma individual, conforme disponibilidade de cada participante. Foi seguido um roteiro norteador (Apêndice E), sendo conduzido pela pesquisadora do estudo, e registrado por meio de gravador de voz e diário de campo. Os temas abordados durante as entrevistas referiram-se a questões de como as participantes compreendem o sofrimento mental, de como são as atividades de cuidado e acolhimento dessas necessidades das pessoas em sofrimento mental na UBS e o contato com a equipe da ESF em relação à dedicação a essas pessoas. Discutiram também quais os recursos a equipe possui ou não para o cuidado em saúde mental e quais as suas maiores necessidades para desenvolver o cuidado em saúde mental com a ESF.

As duas técnicas de coleta de dados, rodas de conversa e entrevista individual têm grande contribuição na construção de conhecimento e obtenção de informações sobre os assuntos pesquisados. Produziram alguns conhecimentos semelhantes sobre como é feito o cuidado em saúde mental pela equipe e sobre as ações necessárias para uma mudança nesse cuidado, e algumas diferentes sobre os sentidos da saúde mental compartilhados pelos participantes, que serão apresentados nos resultados e discussões.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Para o estudo dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo na perspectiva de Bardin. A Análise de Conteúdo pode ser definida “como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (BARDIN, 1979, p. 38).

Os critérios de organização da análise de conteúdo, segundo Bardin (1979), incluem a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-

análise é feita a organização do material, com uma leitura flutuante, a escolha dos documentos que serão analisados, formulando hipóteses e objetivos e preparando o material. A exploração do material é a fase da descrição analítica com aprofundamento do estudo do material, com a finalidade de codificação e categorização. Na fase de tratamento dos resultados obtidos, são destacadas as informações para análise, com interpretações inferenciais, buscando significação, análise reflexiva e crítica (SOUSA; SANTOS, 2020).

Após a coleta de dados, realizada no mês de novembro de 2021 por meio das três rodas de conversa e das quatro entrevistas individuais, foi feita a transcrição dos áudios das gravações, e, a partir daí, iniciamos a fase da pré-análise, organizando o material, com uma leitura explorativa, identificando elementos relevantes para a etapa de codificação e categorização.

Na exploração do material, inicialmente elaboramos um quadro de análise para as rodas e outro para as entrevistas, onde colocamos em uma coluna os códigos com algumas falas dos participantes, em outra coluna as subcategorias e na última coluna, as categorias. Com o processo de análise das categorias e subcategorias, os quadros de análise das rodas e entrevistas foram unificados, oportunidade em que se encontraram semelhanças na categorização.

A partir da análise dos dados coletados, foram definidas três categorias das rodas de conversa e das entrevistas, sobre as quais este trabalho estabelece a sua discussão: 1. Os sentidos de saúde mental compartilhados pela equipe, 2. Como a equipe cuida da saúde mental no território da UBS e 3. Ações necessárias para uma mudança no cuidado integral em saúde mental.

O quadro 1 apresenta o processo final de categorização das rodas e entrevistas, demonstrando as subcategorias e destacando-se as três categorias a partir delas. Com isso, passamos ao aprofundamento da análise buscando significação, análise reflexiva e crítica, sucedendo à discussão dos resultados observados.

O quadro 1: Categorização

Subcategorias	Categorias
Uma prática reflexiva: auto cuidado / medo / sofrer junto / o vínculo / vontade de aprender	Os sentidos de saúde mental compartilhados pela equipe
O entendimento sobre o que é saúde mental	
O que temos (recursos para o cuidado)	Como a equipe cuida da saúde mental no território da UBS
Como cuidamos da saúde mental	
O cuidado da saúde mental durante a pandemia	
Dificuldades para o cuidado em saúde mental	Ações necessárias para uma mudança no cuidado em saúde mental
O que precisamos para cuidar	
O que podemos construir	

Fonte: Elaboração própria

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 “EU QUERO SABER DA SAÚDE MENTAL”: OS SENTIDOS DA SAÚDE MENTAL COMPARTILHADOS PELA EQUIPE

Durante a realização das rodas de conversas, os participantes tiveram um espaço de diálogo sobre os temas sugeridos e também liberdade para a reflexão de assuntos relacionados à saúde mental e o que os interessava naquele momento. A interação entre todos foi importante para a valorização dos diferentes pensamentos e opiniões, trazendo considerações sobre o cotidiano e a rotina do trabalho em saúde mental pela saúde da família.

A equipe participante das rodas demonstrou, desde o início das conversas, o desejo de aprender sobre saúde mental, com grande interesse nos significados dos diagnósticos psiquiátricos e nomes dados aos “problemas mentais”.

O que eu quero trazer, na expectativa de aprender [...] a gente entra nas casas e fica sabendo de muitos problemas e eu acho que a gente ajuda muito pouco essas famílias, a gente não sabe o que falar para eles, principalmente sobre a saúde mental. [...] Eu tenho muita vontade de aprender sobre a saúde mental. [...] Então, a minha expectativa é aprender muita coisa a respeito de problema mental. [...] Eu tenho muita vontade, principalmente de aprender os nomes das coisas, o que significam. (PART4)

Trouxeram à discussão o entendimento sobre saúde mental e seus significados. Referiram-se à saúde mental como algo que traz perturbação, medo, ligado à loucura, ao “doido”, e relacionada a aspectos patológicos, de “coisas mais graves” como a esquizofrenia e coisas “mais leves” como ansiedade e depressão. Alguns participantes mencionaram aspectos pessoais como explicação, de problema adquirido com o tempo, devido frustrações, ou não saber lidar com sentimentos e emoções, ou de um problema mental por pressão da família.

Essa questão da saúde mental é algo que me perturba. Quando eu pego os pacientes da saúde mental um pouco mais graves, eu tenho vontade de me esconder debaixo da mesa, para ser sincera. As ansiedades, as depressões, as tristezas. É algo que mexe muito comigo. Quando eu pego um paciente, eu não sei o que falar para ele [...] a cultura em que a gente vive liga a saúde mental a doido, louco. [...] Na hora em que você fala para a pessoa que é da saúde mental, "eu não sou da saúde mental, não". (PART6)

Todo mundo já tem esse preconceito. [...] Você não acha nem que pode ser só uma depressão ou alguma coisa leve, você fala que é da saúde mental já pensa em esquizofrenia, em coisas mais graves. [...] E não em uma depressão, em uma tristeza, alguma coisa mais leve. (PART4)

A gente tem que saber que aquele problema que ele adquiriu não foi de ontem para hoje, ele veio há mais tempo. [...] Você vê tanta pessoa linda, bem-vestida, maravilhosa, mas atrás dali, ela tem um problema mental, porque estudou muito, por pressão da família, e hoje em dia não está conseguindo seguir em frente. (PART4)

O entendimento da saúde mental como doença traz o medo, a dificuldade em lidar, estando ligada à loucura e a seus preconceitos. Esse valor dado ao diagnóstico dos sintomas relatados pela pessoa em sofrimento mental caracteriza-se como uma visão do paradigma biomédico e pode contribuir para a dificuldade no cuidado pelos profissionais. O paradigma biomédico dá ênfase nas causas orgânicas das doenças e traz uma concepção médico centrada, de tratamento hospitalocêntrico e de um cuidado fragmentado (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018). Em uma revisão da literatura que buscou analisar a concepção de demanda em saúde mental na APS, foi notória que essa procura foi descrita por categorias nosográficas e de diagnóstico psiquiátrico. Porém, os diagnósticos, as classificações e os termos não podem ser mais importantes do que a história de vida, o discurso e os desejos da pessoa em sofrimento (SCHUTEL; RODRIGUES; PERES, 2015).

A partir das conversas nas rodas, a reflexão sobre o entendimento do que é saúde mental trouxe a percepção pela equipe de não ver saúde mental apenas como uma doença, mas também como sentimentos, emoções, situações que podem levar a um sofrimento, e também como momentos bons, que podem trazer alegrias, prazer.

A paciente cujo caso eu trouxe hoje, o problema da angústia e do sofrimento estava ligado à família, à filha. (PART6)

Não era depressão, não era nada, era uma angústia que ele tinha na mente e ele não contava. (PART4)

Eu acho que tudo da saúde da mente é alegria, tristeza, positividade.
(PART7)

Esse entendimento aproxima-se do cuidado, sem os estigmas e preconceitos muitas vezes enraizados. Algumas concepções equivocadas em relação à pessoa em sofrimento mental podem ser resultantes de pouco conhecimento científico sobre o assunto e ter como consequência uma assistência realizada de forma empírica e sem a qualidade necessária (DRESCHER et al, 2016).

Já o entendimento do sofrimento mental pela equipe de apoio vem mais como uma dificuldade em lidar com emoções desencadeadas por situações vivenciadas, como conflitos, perdas, desemprego, pobreza, problemas familiares e também aspectos psicossociais, como condições de violência, abuso de álcool e outras drogas. Em alguns momentos citaram doença de base, congênito e transtorno mais específico.

Eu acho que é uma dificuldade que as pessoas têm de lidar com as emoções. É um, um descontrole emocional, que eu acho que é desencadeado por N fatores, conflitos, atritos, perdas, crises, é uma série de fatores que desencadeiam esse descontrole emocional e essa dificuldade de lidar com as emoções. São dificuldades, são descontroles emocionais que são, podem ser adquiridos no decorrer da vida, né? [...] Mas também congênitos, né? A gente tem muitos casos aí, esquizofrenia, alguns transtornos que tem a ver mesmo com a parte genética. (PART10)

A questão do sofrimento mental acho que todo mundo passa por alguma coisa que vai mexer no seu lado psicológico ou emocional que vai dar alguma alteração disso. Só que tem pessoas que tem um pouquinho mais de estrutura pra lidar com a situação, tem outras que não. É lógico que nos casos que são transtorno mesmo específicos, né? (PART11)

Hoje eu acho que tem vários contextos que vão aumentando essa questão do sofrimento mental, como a pobreza, né? A precariedade mesmo de ofertas financeiras, do trabalho, de renda, a questão do uso de álcool e de drogas, né? É um fator que tem contribuído muito pra que as famílias entrem nesse sofrimento e o próprio sofrimento mesmo, né? [...] . É também da doença base, né? De adoecimento mais, base mesmo, como a esquizofrenia, né? Outras doenças mais conhecidas aí. (PART12)

Percebe-se uma visão mais psicossocial das profissionais entrevistadas, levando-se em conta as situações vivenciadas pelas pessoas, contribuindo para o sofrimento mental conforme a capacidade de cada indivíduo para lidar com suas

emoções e sentimentos. Esse paradigma psicossocial traz uma perspectiva da reforma psiquiátrica com uma visão que se “caracteriza-se pelo trabalho em equipe interprofissional e pelo uso de diferentes recursos terapêuticos, enfatizando a reinserção social do indivíduo, investindo no trabalho com a família, com a comunidade e com o próprio sujeito” (SOUSA; MACIEL; MEDEIROS, 2018, p.885).

Quadro 2: Os sentidos da saúde mental compartilhados pelos participantes da pesquisa

Sentidos da saúde mental	Paradigma pertencente	Análise
<p><i>Perturbação, medo</i></p> <p><i>Loucura, Doido</i></p> <p><i>Ansiedade</i></p> <p><i>Depressão</i></p> <p><i>Esquizofrenia</i></p>	<p>Aspectos patológicos, biomédicos</p>	<p>Ênfase nas doenças</p> <p>Preconceitos</p> <p>Insegurança</p> <p>Dificuldade para o cuidado</p> <p>Cuidado fragmentado</p> <p>Centralidade no médico</p>
<p><i>Problema que adquiriu há mais tempo</i></p> <p><i>Dificuldade de lidar com as emoções.</i></p> <p><i>Descontrole emocional desencadeado por conflitos, atritos, perdas, crises</i></p> <p><i>Contextos que vão aumentando a questão do sofrimento mental. A precariedade de ofertas financeiras, do trabalho, de renda, a questão do uso de álcool e de drogas</i></p>	<p>Aspectos ambientais, psicossociais</p>	<p>Visão psicossocial</p> <p>Situações vivenciadas pelas pessoas, contexto familiar</p> <p>Perspectiva da reforma psiquiátrica</p> <p>Trabalho em equipe interprofissional</p> <p>Uso de diferentes recursos terapêuticos</p> <p>Ênfase na reinserção social do indivíduo</p>

O quadro 2 apresenta os sentidos da saúde mental compartilhados pelos participantes das rodas de conversa e pelas entrevistadas, sendo que, no primeiro grupo, é dada ênfase às causas orgânicas das doenças, demonstrando um paradigma mais patológico e biomédico. Isso traz uma concepção médico centrada, de tratamento hospitalocêntrico e de um cuidado fragmentado. O entendimento da saúde mental como doença traz o medo, a dificuldade em lidar, estando, assim, ligada à loucura e a seus preconceitos. Essa visão mais biomédica pode contribuir para a dificuldade no cuidado pelos profissionais. Já o segundo grupo traz uma visão mais relacionada aos aspectos psicossociais, levando em conta situações vivenciadas pelas pessoas, o território em que vive, o contexto familiar, e que podem estar contribuindo para o sofrimento mental. Esse entendimento aproxima mais do cuidado, sem os estigmas e preconceitos muitas vezes enraizados.

5.2 “A GENTE FAZ O QUE DÁ”: COMO A EQUIPE CUIDA DA SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO DA UBS

Na primeira roda de conversa, a equipe aponta para a disposição em aprender o autocuidado, o autoconhecimento, para, assim, sentir-se preparada para o cuidado do outro. Percebe-se uma necessidade em querer saber lidar com seus próprios sentimentos, para melhor saber ouvir e entender as necessidades e o sofrimento de cada indivíduo acolhido.

O que eu estou trazendo hoje é a vontade de aprender sobre a saúde mental, que eu acho muito importante, principalmente o autocuidado. (PART1)

Para lidar com a saúde mental do outro, você tem que cuidar da sua. Eu tive que fazer terapia para eu poder atender. (PART6)

E eu quero aprender a lidar com o meu sentimento, para eu ajudar melhor as pessoas, porque enquanto eu não cuidar de mim, enquanto eu não estiver pronta para escutar, eu não vou conseguir fazer um bom trabalho como profissional. (PART2)

Os participantes da roda trazem a angústia de sofrer junto com o outro, de absorver o sofrimento. O quanto trabalhar com a saúde mental, com o sofrimento das pessoas, mexe com o próprio profissional e da frustração em não poder ajudar.

Porque eu acho que esse momento que a gente vive traz muitas angústias. Você fica todo dia ouvindo os problemas e às vezes a gente leva isso muito para a vida pessoal, às vezes você carrega aquilo com você. Tudo o que o povo vai falando, eu fico absorvendo muito, coisa que eu não deveria fazer. Eles contam os sintomas e depois eu fico sentindo os sintomas. (PART1)

Saúde mental fala muito comigo, mexe muito comigo, porque eu tive vários pacientes com saúde mental. (PART3)

Porque as vezes você não tem a solução na hora e você busca outras formas de ajudar, então isso acaba dando uma frustração muito grande e você acaba adoecendo, você não tem a solução na rede que a pessoa procura, você tem outras formas de ajudar e as vezes você não consegue, então você acaba adoecendo com isso. (PART5)

O vínculo que se cria é uma aproximação intensa, capaz de provocar o sofrimento em quem cuida, inclusive de adoecê-lo. A dificuldade em compreender o sofrimento vivenciado pelo outro é intensificada pelo fato de a ACS residir na área, convivendo com as pessoas que assiste e com as situações de sofrimento (MOURA; SILVA, 2015).

Para evitar esse sofrimento e até mesmo adoecimento, tentam encontrar um meio termo em se aproximar e saber afastar, sem perder a sensibilidade e não atrapalhar o cuidado. Esse aproximar e saber afastar pode ser comparado ao conceito de “afastamento positivo”, criado por Ellen Corin e citado por Leal; Serra Jr; Muñoz (2007), quando tratam da disfunção social, experiência anômala de conexão com o mundo, por exemplo, da esquizofrenia, quando essas pessoas utilizam estratégias constitutivas de um afastamento positivo para reorganizar suas experiências de si e do mundo como uma forma de estar, ao mesmo tempo, com e a distância, reconstruindo uma postura pessoal em relação ao mundo. Esse também pode ser um recurso que o profissional busca para não adoecer enquanto cuida, o afastar positivo, sem perder a sensibilidade, o vínculo e a humanização. A saúde mental é uma categoria reflexiva, no sentido de que, quando se ouve o problema do outro, pensa-se em seus próprios problemas, humanizando assim a relação.

A equipe mostra o vínculo que tem com os usuários que acolhe e cuida, fazendo o cuidado em saúde mental, no dia a dia, por meio das visitas domiciliares, do acolhimento durante as conversas e do desejo de ajudar, demonstrando laços fortes. Mas alguns sentem que não conseguem ajudar muito ou não sabem como fazê-lo.

Aqui não, aqui a gente acolhe, aqui a gente ouve. (PART4)

Naquele momento, eu só posso escutar, abraçar e choro também. Choro muito e levo para a minha casa. Às vezes choro na minha casa sozinha. (PART3)

A gente conversa muito com eles, mas não sabemos para onde encaminhá-los, onde a gente vai buscar ajuda para eles. Eu acho que a gente ajuda pouco, com conversa e escuta. A gente tenta achar uma solução, mas não tem para onde. Eu queria aprender mais, apesar desses anos todos, um pouco sobre isso. (PART7)

Por outro lado, a equipe utiliza ferramentas importantes para o cuidado em saúde mental, como a escuta para entender o problema e buscar ajuda, o olhar e a observação, como recurso para percepção de que algo está errado com aquele indivíduo, o acolhimento em sua forma de atenção humanizada, mas também de encaminhamento, de busca de solução, de ajuda, de cuidado.

Eu primeiro escuto, deixo ela falar, de acordo com o que ela falar, eu tento trazer, mostrar as possibilidades ali, se é um caso com a médica, se é com a assistente social, se é com o psicólogo, e ofereço o que a unidade tem para ela, porque, além do mais é isso, você ouvir e depois na medida do que ela falar, você oferecer o serviço. (PART1)

[...] as vezes a gente vê muitas pessoas chegando lá, você observa as impressões e vê que a pessoa está com algum problema, ou ela está um pouco agitada, ansiosa, você vê alguns sinais com a mão, mexendo muito no cabelo. (PART7)

Eu acho que, basicamente, o que a gente mais tem é ouvir o paciente, acolher o paciente. (PART6)

A gente fica com essa expectativa, com essa esperança, com essa vontade de ver que o trabalho da gente ajudou em alguma coisa. (PART2)

O acolhimento citado algumas vezes nas rodas de conversa é referido tanto como o ato de acolher quanto também um processo de trabalho realizado na UBS de atendimento às demandas das pessoas que buscam o serviço. O acolhimento torna-

se um espaço de escuta qualificada que favorece o entendimento do sujeito e de suas necessidades, favorecendo o vínculo entre o usuário e o serviço e é “indispensável passo para atendimento correto e bem-sucedido” (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019, p. 113).

Outra ferramenta importante trazida pelas ACS é a visita domiciliar, que favorece a proximidade desses profissionais com as pessoas, seu ambiente familiar, e também permitindo um elo entre o território vivo e a UBS. A visita domiciliar “possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psico-afetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores” (CORREIA et al, 2011, p. 1503). A visita domiciliar também foi destacada por uma das entrevistadas como recurso para o cuidado compartilhado.

[...] em visita domiciliar, em atendimentos a gente vai fazendo as intervenções desse cuidado. É muitas intervenções são em atendimento compartilhados com outros profissionais, né? A equipe é muito aberta, né? Uma equipe bem disponível pros atendimentos e repasse e construção dos casos, todas as vezes que eu precisei da equipe pra ir comigo numa casa, uma visita a equipe esteve presente, né. A equipe se dispõe nos atendimentos compartilhados pra que eu não atenda sozinha um caso, né? (PART12)

Nas entrevistas individuais, ficou destacado como recursos os próprios profissionais e seu empenho, a APS como porta de entrada para este cuidado, devido à proximidade no território, o conhecimento sobre o indivíduo e sua família.

Então, assim, a gente faz o que pode, né? Que é o acolher, que é o ouvir, que é a escuta, [...]. Então, assim, as pessoas se envolvem muito, elas têm muita vontade em fazer as coisas acontecerem, em fazer com que as coisas se resolvam, sabe? (PART10)

Eu acredito que aqui seria o primeiro momento da acolhida da pessoa, de criar um vínculo, né? Da pessoa sentir que pode contar com o posto, que tem várias pessoas que tá ali prontas pra atender, pra ajudar, sabe? (PART11)

Eu acho que, é a atenção primária ela pode ser mais efetiva nessa vinculação e construção de confiança, de troca e de afinidade com o usuário e acho que a gente consegue atender ele melhor. (PART12)

Os interlocutores das rodas e entrevistas trouxeram o matriciamento como ponto de encontro de perspectivas diferentes de trabalho, podendo ser um ponto importante para o cuidado integral e compartilhado.

[...] a gente leva na nossa reunião de equipe, e da reunião de equipe a gente leva para essa atenção, matriciamento. (PART6)

[...] aí tem um matriciamento, né, que a gente discute os casos. (PART8)

Médicos, enfermeiros, agentes comunitárias, é os profissionais, né? Que participam da reunião de matriciamento, então, assim, eu acho que é bem, é bem interessante. [...] As reuniões de matriciamento eu acho que são muito interessantes pra discussão dos casos, né? [...] Então, assim, as pessoas se envolvem muito, elas têm muita vontade em fazer as coisas acontecerem, em fazer com que as coisas se resolvam, sabe? (PART10)

O matriciamento é uma forma de produzir saúde por duas equipes ou mais que constroem um cuidado compartilhado. Essa proposta visa transformar a forma vertical (hierárquica) dos sistemas de saúde, buscando ações horizontais, integrando os profissionais envolvidos e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Esse sistema horizontalizado reestrutura-se em duas equipes: a equipe de referência, que é a equipe da ESF, com sua responsabilidade sanitária e do cuidado longitudinal, e a equipe de apoio matricial, que, no caso da UBS Rosa Capuche, é composta pela equipe do NASF-AB e a equipe de apoio em saúde mental. “O matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população” (BRASIL, 2011, p. 14).

Porém, ainda se observam matriciamentos de forma dispersa e irregular, com transferência de responsabilidades no cuidado, não promovendo o compartilhamento e a construção conjunta de intervenções ou ações que tragam assistência integral e resolutiva (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019).

Alguns instrumentos que podem contribuir como recurso para o matriciamento em saúde mental são citados no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), como a elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), que pode ser individual, familiar ou até mesmo territorial. Esse é um recurso de clínica ampliada e de humanização em saúde; a interconsulta, como uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas; a consulta conjunta, que

busca responder demandas que necessitem no mesmo momento de profissionais de diferentes categorias; a visita domiciliar conjunta, que assim como a consulta conjunta também utiliza como ferramenta a especialidade de profissionais de diferentes categorias necessária para aquela demanda naquele momento; o contato à distância, com o uso de telefone e de outras tecnologias; e o GENOGRAMA¹² e ECOMAPA¹³.

Além das ferramentas acima expostas no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011), o documento também cita intervenções em saúde mental na atenção primária, como atividades em grupos, educação permanente, intervenções terapêuticas, uso de psicofármacos e abordagem familiar, que também contribuem como instrumentalização para que os profissionais tenham opções de recursos para um cuidado integral efetivo.

As profissionais entrevistadas mencionaram o Fórum em Saúde Mental de Betim, criado no ano de 2015, que ocorre mensalmente, e que dá possibilidade de encontro das diversas categorias e pontos da atenção em saúde mental do município, envolvendo todos os níveis de atenção à saúde, em especial da saúde mental e da assistência social e também aproximando esses pontos da rede de atenção, que elas consideram fragmentados. Mas trazem como dificuldade a pouca participação nesses encontros dos profissionais da saúde da família e até mesmo dos profissionais que fazem o apoio matricial na UBS.

As reuniões do Fórum são muito boas, eu acho que um momento muito interessante, porque como aqui tem a de matriciamento que surgem alguns casos, né? Além de saúde mental, mas surgem os casos de saúde mental, o fórum eu acho um momento de extrema importância pras discussões dos casos. É onde a gente tem aquele momento de as vezes até ter mais proximidade com os profissionais, psiquiatras, de outras unidades que no dia a dia a gente não tem. (PART10)

Referência contrarreferência, a gente não tem... agora o fórum diminui um pouco isso, o fórum ajuda a aproximar. (PART10)

Conforme o Caderno Humaniza SUS sobre Saúde Mental (BRASIL, 2015, p. 475), o cuidado em saúde deve ser descentralizado com a “criação de redes e

¹² Representação gráfica do sistema familiar, preferencialmente em três gerações, que utiliza símbolos padronizados para identificar os componentes da família e suas relações (BRASIL, 2011).

¹³ Representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais do meio onde habita ou convive, como por exemplo, trabalho, escola, UBS. (BRASIL, 2011).

saberes, onde o poder validador das ações encontra voz nas coletividades” e o fórum em saúde mental é entendido como uma metodologia de trabalho no qual há um “modo de fazer o cotidiano do trabalho que propõe a construção coletiva em espaços coletivos, que permitam ações efetivamente compartilhadas, livres de hierarquizações”.

A falta de psiquiatra de apoio¹⁴ foi referida como dificultador no cuidado, pois esse profissional dá apoio aos matriciamentos e, quando necessário, realiza atendimentos individuais, auxiliando também no tratamento medicamentoso. Essa queixa foi trazida em especial pelas profissionais entrevistadas que destacaram a importância do psiquiatra na UBS para o apoio na condução dos casos.

O profissional psiquiatra na rede que a gente não tem. [...]. A gente precisa muito desse suporte do profissional psiquiatra. Muito, porque tem muitos pacientes que chegam que a medicação não tá ajustada, que tá com problema de medicação, não tá tomando medicação porque tá sentindo mal. [...] Na falta do psiquiatra a gente pede que passa num acolhimento clínico. (PART10)

Até porque a gente tá sem psiquiatra e tá meio sem apoio, né? [...] Psiquiatra acaba que é muito importante também, mas só que ele, é, igual ele saiu, e é a gente que fica, né? Com o paciente, ele ajuda mais na medicação, nessas medicações [...], né? (PART9)

Então a queixa que eu tenho agora é com relação a questão do profissional psiquiatra [...] hoje eu tô reclamando que nós estamos sem psiquiatra. (PART2)

A presença do profissional psiquiatra é importante como apoio à assistência em saúde mental pela saúde da família, porém ainda se delimitam muito as ações de cuidado em saúde mental a um modelo biomédico curativista, centrado principalmente no profissional psiquiatra, com uma visão da necessidade da presença constante desse profissional na assistência e cuidado em saúde mental na saúde da família.

Não que a presença do psiquiatra seja menos importante, porém essa visão médica centrada pode demonstrar a desvalorização da assistência multiprofissional e também uma insegurança por parte desses profissionais. A falta de psiquiatra nas equipes de apoio em saúde mental parece ser uma realidade atual, sendo necessárias

¹⁴ No período da coleta de dados para esta pesquisa, a UBS Rosa Capuche estava sem psiquiatra na equipe de apoio em saúde mental.

ações que possibilitem e garantam a presença desse profissional apoiando as equipes e, com isso, capacitando-as, com discussões de casos, educação permanente, para que se sintam mais seguras no cuidado em saúde mental, quebrando a hegemonia do modelo médico centrado e favorecendo a assistência multiprofissional. Mais uma vez, o matriciamento mostra-se como uma oportunidade para esses momentos de aprendizagem e compartilhamento, pois “assegura a retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção em saúde mental” (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019, p. 114).

Também é citada pelos participantes a importância dos profissionais médicos das equipes da ESF como principal elemento no cuidado em saúde mental pela saúde da família, reforçando essa assistência ainda muito dependente da atuação médica e das ações mais individuais.

O psiquiatra ele é mais como um apoio, né? Mas quem eu acho que quem pega, quem recebe o paciente, né? Quem faz esse acompanhamento a longo prazo é a gente mesmo [...] (PART8)

Ela é o apoio de todos nós. Quando nós precisamos, é a ela a quem nós recorremos. (PART5)

O modelo hegemônico de assistência ainda está muito presente, com foco na assistência médica principalmente, com ações individuais, isoladas, e poucas ações em equipe e atividades em grupo (ANDRADE et al, 2013).

Outra dificuldade, a falta de entrosamento da UBS com a rede de atenção psicossocial, é relatada pelas entrevistadas, que alegam que os poucos retornos (contrarreferência) e discussão sobre atendimentos dificultam um acompanhamento continuado e integral dos usuários e usuárias no serviço.

[...] eu acho que ainda precisava ser mais próximo, eu tenho um pouco da minha opinião a respeito desse funcionamento e desse compartilhamento Unidade Básica e CERSAM [...] eu acho que tá um pouco fragmentada, sabe? As coisas acontecem como o CERSAM acontece, mas eu acho que fica muito naquele papel de encaminhar e devolver paciente, né? (PART10)

[...] eles tão à disposição, mas eu acho que eles precisavam ser mais presentes na atenção básica... assim... eles ficam muito lá e quando a gente precisa a gente que recorre assim, a gente que tem que ligar pra discutir um caso, sabe? [...] A gente que tem que ficar acionando a rede, a gente que tem

que buscar, perguntar se foi, como é que tá indo, porque eles mesmo, o próprio retorno deles, é muito mais lento e muito menor do que a busca que a gente faz, eu acho que poderia ser o contrário, sabe? [...] eu acho que eles poderiam ser mais presentes, mais eh... darem mais retorno pra gente. E ter mais troca com a gente do que o que a gente faz com eles mesmos, sabe? (PART12)

A rede de atenção psicossocial deve promover a integração entre os serviços oferecidos, para que, em cada ponto dessa rede, os indivíduos possam ter o suporte necessário para um cuidado de forma interligada entre esses setores, proporcionando um cuidado completo aos usuários e usuárias. O Fórum de Saúde Mental citado anteriormente pode ser um momento de estímulo ao entrosamento da rede de atenção à saúde, principalmente da saúde da família e da atenção em saúde mental, com compartilhamento do plano de cuidados às pessoas assistidas em comum por esses serviços, sendo importante o fortalecimento desses momentos, incentivando uma maior participação das equipes de saúde da família nos encontros. Uma prática compartilhada possibilita maior resolubilidade dos casos otimizando o trabalho em rede (ALMEIDA et al, 2020).

Um estudo que buscou identificar os desafios enfrentados pelos profissionais da atenção primária na resolução das ações à saúde mental observou que os profissionais consideram que as demandas em saúde mental são complexas e que não se sentem instrumentalizados para executá-las e também apontaram dificuldades na comunicação entre os serviços resultando em desencontro de informações e interferindo na condução do tratamento (ROTOLI et al, 2019).

As profissionais relataram também a situação da rotatividade dos profissionais de apoio, tanto do NASF-AB quanto da saúde mental, tendo que dar assistência em mais de uma unidade, acabando por reduzir o tempo em cada uma delas. Pouca carga horária das psicólogas para a grande demanda também é apontada como dificuldade para o cuidado, com pouco tempo e baixa frequência para os atendimentos individuais e para as atividades em grupos.

Eu acho que é o que falta é a equipe mais presente na unidade. Eu acho que colaboraria muito assim, por exemplo, o psiquiatra ele entra nesse rodízio, né? De rotatividade, os psicólogos, né? Eu acho que esses profissionais da saúde mental, eles deveriam ser mais fixos nas unidades, assim, eles não poderiam entrar nesse rodízio de unidades [...] E como eles entram nesse

rodízio, nesse distanciamento, acaba que o atendimento fica trinta dias, quarenta dias, né? Eu acho que isso é prejudicial [...] (PART12)

É porque a consulta do psicólogo geralmente não é uma consulta rápida muito específica [...] demanda então geralmente é cinquenta minutos [...] ficando até mais de uma hora dependendo do caso [...] Então, o problema é que a demanda é grande, o que que vai fazer? (PART11)

A gente não tem profissionais da saúde mental [...]. Então assim, é muito complicada a questão da agenda, a gente não consegue ter um atendimento com a periodicidade menor. (PART10)

Os participantes das rodas de conversa falaram muito do cuidado com o outro (com o usuário e sua família), e um “outro” que apareceu na fala dos participantes nas rodas foi a própria equipe da saúde da família. Os participantes apontaram-se como equipe, demonstrando ser um personagem grande, forte, ligado. Porém, não se apontaram, em nenhum momento, sobre quando essa equipe cuida das pessoas em sofrimento mental em equipe. Apesar de a equipe aparecer como um personagem forte na fala de todos, o cuidado no território apareceu mais de forma individual, onde cada um tenta fazer da forma que acha melhor, utilizando suas ferramentas, de escuta, olhar, observação, apoio e acolhimento, com encaminhamento final ao profissional médico ou à equipe de apoio, tanto da saúde mental, quanto do NASF-AB, e às vezes à rede de atenção psicossocial, como o CERSAM, CAPS e CRAS (Centro de Referência da Assistência Social).

[...] a gente é uma equipe (PART3)

Agradeço muito a Deus por essa equipe, por esse acolhimento que eu recebo. (PART2)

A minha sorte foi já cair aqui nessa equipe. A equipe é a mesma desde que eu comecei [...]. A gente tem uma relação muito boa, a gente se conhece muito bem. (PART8)

Eu primeiro escuto, deixo ela falar, de acordo com o que ela falar, eu tento trazer, mostrar as possibilidades ali, se é um caso com a médica, se é com a assistente social, se é com o psicólogo, e ofereço o que a unidade tem para ela, porque além do mais é isso, você ouvir e depois na medida do que ela falar, você oferecer o serviço. (PART1)

A unidade ela está ali, mas ela não oferece tudo o que o paciente precisa, então as vezes busca em outros lugares, geralmente tem o SEMAS, que ajuda bastante a comunidade. (PART5)

A equipe da saúde da família demonstra consciência do trabalho que faz, das limitações, e o que têm feito para vencer o que dificulta o cuidado, como buscar ajuda a outro profissional da UBS, ou em outro ponto de atenção da rede. Existe a disponibilidade da equipe para o cuidado, porém limitado em sua instrumentalização e recursos, que se mostram escassos, frágeis. Percebe-se um cuidado ainda fragmentado, individualizado, com ações isoladas, sem um trabalho interprofissional.

Já na opinião das entrevistadas, é destacado o cuidado compartilhado entre as equipes da ESF e apoio, com entrosamento, discussões de casos, mesmo que fora do matriciamento e a disponibilidade dos colegas uns para com os outros.

Eu sinto que tem um cuidado bem compartilhado aqui dentro da unidade básica. Eu acho que existe esse cuidado bem compartilhado eu não vejo aqui um serviço fragmentado não, pelo contrário, eu vejo um serviço bem compartilhado mesmo, sabe? E no dia a dia também não precisa esperar a reunião de matriciamento, um caso urgente, você conversa com um, conversa com outro, discute. [...] Mas assim, sempre que eu procuro alguém pra discutir um caso, a pessoa está sempre disponível assim como eu também sempre me disponho. Eu acho o relacionamento aqui e esse envolvimento da equipe é muito boa. (PART10)

Eu acho muito importante esse trabalho em grupo. Eu tô fazendo um tipo de acompanhamento, principalmente caso de criança, às vezes demanda que entra TO ou então outras vezes a própria educadora física [...] você vê que ela pode estar entrando com uma atividade física então eu entro em contato. Eu acho assim que o engajamento com a equipe é boa, porque as vezes mesmo assim né? Pelo corredor a gente conversa e passa. (PART11)

É muitas intervenções são em atendimento compartilhados com outros profissionais, né? a equipe é muito aberta, né? Uma equipe bem disponível pros atendimentos e repasse e construção dos casos, é todas as vezes que eu precisei da equipe pra ir comigo numa casa, uma visita a equipe esteve presente, né. A equipe se dispõe nos atendimentos compartilhados pra que eu não atenda sozinha um caso, né? O que a gente identifica um caso mais delicado, é eu acho que o trabalho [...] do NASF, com o trabalho da equipe da estratégia da família é um trabalho muito conjunto e bem articulado. (PART12)

Porém, na percepção da pesquisadora enquanto profissional da UBS é que não há um trabalho conjunto e sistemático em equipe, com envolvimento das agentes comunitárias de saúde, da equipe de enfermagem e médica, de forma interprofissional, no acolhimento e cuidado a essas pessoas, e também compartilhado com a equipe de apoio. O compartilhamento, na maioria das vezes, refere-se a repassar ao colega um caso para atendimento e não um atendimento realmente

conjunto. Em poucos momentos, são citadas algumas ferramentas e instrumentos apresentados no Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, demonstrando que a equipe apresenta um cuidado do tipo sensível, porém limitado, e ainda de forma muito individualizada.

Outra situação, da pandemia e seus desafios para continuidade do cuidado, foi relatada em alguns momentos tanto das rodas de conversa quanto das entrevistas, principalmente devido à interrupção de algumas atividades nesse período e também as adaptações necessárias para que não se interrompesse o cuidado.

E agora, com a pandemia, dificultou tudo. (PART4)

Desde que entrou a pandemia parou as nossas reuniões de equipe. (PART8)

Porque agora a gente está fazendo mais o essencial, então agora posso contar nos dedos as casas que eu entrei. (PART5)

Tinha o protocolo, você não podia mais entrar na casa, as agentes quando iam, não faziam mais as visitas, era de fora, na porta. (PART8)

A visita domiciliar, considerada ferramenta importante para o cuidado, por meio de uma escuta humanizada, observação no ambiente onde vivem as pessoas com suas famílias, passou por mudanças e adaptações durante a pandemia, o que restringiu um cuidado mais próximo pelas ACS.

[...] a gente perdeu pessoas conhecidas, a gente perdeu o direito de abraçar, de pegar na mão, de ter um contato mais direto com as pessoas, então isso acho que faz uma grande diferença até no psicológico da gente, [...] , você não podia, se você fosse, era muito de longe, você não podia tocar, você não podia abraçar, eu acho que isso faz a diferença, quando você dá um abraço na pessoa, [...]. (PART2)

As visitas também estão sendo mais rápidas, sentava, despejava em cima aquele monte de coisa em cima da gente, muito tempo, durava uma hora, agora não, hoje em dia, como eles estão bem receosos, eles falam o básico só, e pronto, do portão mesmo, as vezes nem chamam para entrar, já está diferenciado. (PART1)

Elas não têm mais o jeito de fazer aquele desabafo que antes fazia. (PART2)

Atividades em grupo também foram interrompidas para evitar aglomeração, atendimentos por alguns profissionais que se encontravam afastados foram cancelados, e a equipe ficou reduzida com o afastamento dos profissionais do grupo de risco.

Na pandemia, quando eu via aquele tanto de gente com esse uniforme e numa correria, eu falava: "gente, e eu aqui em casa?", mas não podia por conta da idade. (PART4)

Eu nessa pandemia fiquei afastada também. (PART5)

Ela estava no grupo de risco. (PART1)

Fiquei com duas agentes de saúde. (PART8)

[...] hoje por conta da pandemia eles não estão fazendo, mas eles têm as atividades de pintura, de artesanato, de desenho, sabe? (PART1)

Foram realizadas adaptações para que não se perdesse o cuidado, como reprogramação de consultas eletivas com espaçamento maior entre as consultas, contato por telefone em alguns casos, prescrições de uso contínuo com tempo estendido de validade. Quando era necessária uma visita por ACS, não podiam entrar na casa das pessoas, não podiam mais demorar nas visitas e somente do portão para fora, mantendo distanciamento.

Na verdade a gente já está mais orientado, agora se você for em uma visita, você vai ficar mais no ar livre, você não vai ficar com muita gente, a gente já mudou o comportamento de visita, mas eu senti falta das visitas sim, senti falta até das conversas, porque eu gostava de ir nas visitas, conversar, ficava mais tempo ali, mas se a gente fica mais tempo, a pessoa tem demanda, a pessoa está precisando, as vezes naquela conversa mais longa ali, você vai identificar o mau trato, você vai identificar muita coisa nessas visitas mais longas, as vezes a visita rápida a pessoa não vai te contar, você chega no portão da pessoa, a pessoa não vai contar ali no portão, como é que você vai saber? (PART2)

Um estudo que buscou, por meio de uma revisão da literatura, analisar o acolhimento em saúde mental na atenção primária no contexto da pandemia da COVID-19, identificou que a APS abordou estratégias de atuação na assistência à saúde mental no período da pandemia, porém alguns desses estudos analisados na revisão trouxeram limitações em relação ao acesso, baixa resolutividade, ausência de qualificação dos profissionais e falta de acesso à internet por parte dos usuários, dificultando a adesão à implementação de novas práticas, como o teleatendimento, por meio de vídeo chamadas e ligações (FIGUEIREDO; SOUSA; ALVES, 2021).

Essas mudanças na rotina e nos comportamentos das pessoas trouxeram a necessidade de ajustes nos fluxos e atendimentos, alterando o espaço para acolhida

e tempo para escuta. Mas esse período igualmente trouxe aprendizados, mobilização, pois o cuidado é feito também nas dificuldades, com conquistas aprendidas em momentos de adaptações e mudanças.

No quadro 3, a seguir, são apresentadas as ferramentas utilizadas pela equipe da saúde da família para o cuidado em saúde mental. A ferramenta mais citada por todos é a escuta, usada para ouvir a demanda e entender as necessidades das pessoas. O olhar, outra forma de cuidar, é trazida como um instrumento de observação e percepção das necessidades dos indivíduos. Esses recursos demonstram vínculo, sensibilidade, disposição da equipe e atenção para o cuidado. O acolhimento é citado como um processo de trabalho, que faz parte do fluxo de atendimento da UBS, mas também como uma atenção humanizada, de escuta e busca de solução para as demandas. A visita domiciliar é mencionada pelos participantes da roda como uma forma de conhecer a realidade das pessoas, das famílias, no local de vida delas. E, por fim, o matriciamento, que é referido como um momento de encontro entre a equipe da saúde da família e a equipe de apoio e do NASF-AB para as discussões de casos e planos terapêuticos.

Quadro 3: Como a equipe da saúde da família cuida das pessoas em sofrimento mental no território da UBS

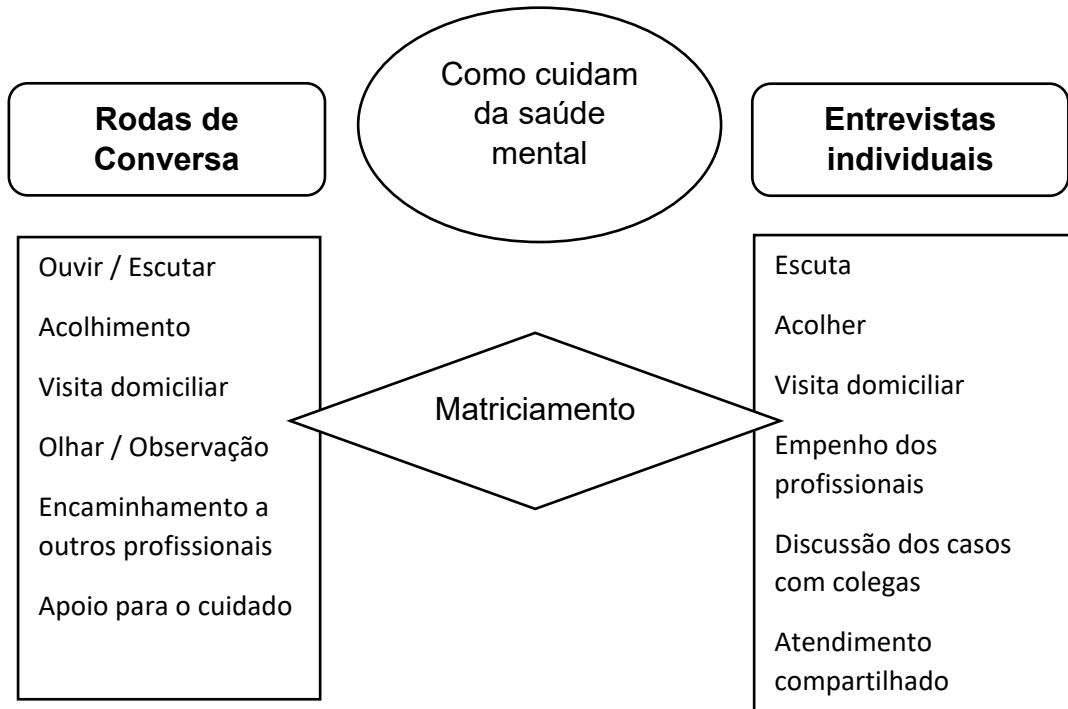
Como cuidam da saúde mental no território	Ferramentas do cuidado	Análise
<i>Escuto, deixo ela falar, Além do mais é isso, você ouvir e depois na medida do que ela falar, você oferecer o serviço.</i>	Escuta	Ouvir a demanda Entender as necessidades Demonstra vínculo e disposição da equipe para ouvir.
<i>Você observa as impressões Vê que a pessoa está com algum problema</i>	Olhar	Observação e percepção das necessidades dos indivíduos. Sensibilidade para o cuidado.

<i>O que a gente mais tem é ouvir o paciente, acolher o paciente.</i>	Acolhimento	Processo de trabalho Atenção humanizada
<i>Em visita domiciliar, em atendimentos a gente vai fazendo as intervenções desse cuidado.</i>	Visita domiciliar	Instrumento que permite conhecer a realidade das pessoas, das famílias, no local de vida delas. Possibilidade de cuidado compartilhado.
<i>A gente leva na nossa reunião de equipe, e da reunião de equipe a gente leva para essa atenção, matriciamento.</i>	Matriciamento	Ponto de encontro de perspectivas diferentes. Elo entre equipe e apoio Favorece o cuidado compartilhado.

Fonte: Elaboração própria

Na figura 2 a seguir, é apresentada a integração dos dados produzidos nas rodas de conversa e nas entrevistas individuais sobre como é feito o cuidado em saúde mental pela equipe da saúde da família e pela equipe de apoio, demonstrando ferramentas semelhantes para o cuidado, principalmente a escuta, o acolhimento, a visita domiciliar e o matriciamento, que aparecem como um elo entre as equipes, favorecendo o compartilhamento do cuidado.

Figura 2: Integração dos dados das rodas de conversas e entrevistas individuais em relação ao cuidado em saúde mental



Fonte: Elaboração própria

5.3 A JARDINAGEM DA SAÚDE MENTAL: O CULTIVO NECESSÁRIO PARA UMA MUDANÇA NO CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE MENTAL

Para uma boa atividade de jardinagem são necessários muito cuidado e dedicação, assim como ferramentas adequadas e bom conhecimento do solo e das plantas que serão cuidadas. O jardineiro precisa saber adubar corretamente, limpar os canteiros, retirar as ervas invasoras que possam prejudicar as plantas, saber regar sem afogá-las ou deixá-las secas demais. O cuidado em saúde mental assemelha-se ao processo da jardinagem. É importante conhecer o território e as pessoas as quais serão cuidadas, bem como ter ferramentas adequadas para esse cuidado. É necessário “oferecer o suporte na medida certa: uma medida que não torne o usuário dependente nem gere no profissional uma sobrecarga” (BRASIL, 2013c, p. 138).

Por isso, na terceira roda de conversa com a equipe, pensamos em ferramentas e ações necessárias para o “cultivo” nesse processo de jardinagem que traga um cuidado integral em saúde mental. Nessa última roda de conversa, discutiu-se essa construção do cuidado integral em saúde mental e o que é necessário para a sua concretização. Para isso, foi realizada uma dinâmica da “construção de uma caixa de ferramentas coletiva para o cuidado da saúde mental”, quando primeiramente foram mencionadas as ferramentas que a equipe possui para o cuidado em saúde mental das pessoas do território da UBS. Em seguida, foram pensadas quais as ferramentas são necessárias para esse cuidado e que a equipe ainda não possui. E por fim, quais as ferramentas a equipe pode criar para concretizar a construção do cuidado em saúde mental.

A equipe identificou algumas ferramentas que possui e utiliza para o cuidado, como a escuta, que foi citada por alguns participantes como a principal ferramenta para o cuidado, pois possibilita conhecer os problemas das pessoas por meio de suas falas, permitindo acolher suas demandas. O acolhimento, outra ferramenta citada mais de uma vez, foi explicado pelos participantes como uma forma de ouvir a demanda, mas também de dar resolubilidade para pessoa que busca atendimento.

A primeira coisa que a gente faz é a escuta. (PART5)

Eu acho que, basicamente, o que a gente mais tem é ouvir o paciente, acolher o paciente. O paciente, desde a hora que ele coloca o pé no posto, ele já é acolhido. E às vezes ele precisa só que a gente o ouça, quer conversar. (PART6)

Porque acolhimento não é só assim: você escutou. Você vai ter que dar uma resposta para aquela pessoa, mesmo que naquele momento você não consiga resolver, mas você vai tentar ajudar, vai tentar a partir daí começar um cuidado. Então tem que dar uma resposta. (PART8)

Outros participantes citaram também como ferramentas que utilizam: o carinho em forma de apoio e atenção, demonstrando um acolhimento humanizado, e o olhar, como forma de observação das pessoas que estão utilizando algum serviço na UBS, tentando identificar alguma demanda reprimida.

Com o paciente da saúde mental, porque as vezes ele quer ser acolhido, e ele está precisando ser ouvido, de apoio, de carinho, para sentar e ouvir ele. (PART4)

[...] você observa as impressões e vê que a pessoa está com algum problema. (PART7)

Em relação às ferramentas necessárias para o cuidado e que a equipe percebe ainda não possuir, foram citados: conhecimento, capacitar, ser ouvido, não absorver tanto o problema do outro, sabedoria e apoio.

Eu quero conhecer mais sobre o assunto, sobre o que eu posso fazer como pessoa para ajudar. Cursos, mais cursos na área da saúde mental mesmo, para eu poder ter mais domínio, quando eu chegar na casa de uma pessoa eu poder aplicar tudo aquilo que eu aprendi. (PART2)

Eu preciso de mais informações sobre saúde mental, que é um tema que a gente não trabalha. Temos lá na unidade [...], mas a gente não tem capacidade de entender, como lidar. É saber o que é a saúde mental. (PART4)

Nós estamos procurando conhecimento e ser ouvido [...]. Porque se não tiver essas condições, eu não vou poder desenvolver esse trabalho. Onde eu vou, a quem eu vou procurar? (PART7)

Então eu acho que a gente precisa ouvir, acolher, olhar, ter carinho com o paciente, mas também não sofrer tudo isso. Porque se a gente sofre, a gente adocece e a gente não consegue cuidar da maneira que o paciente precisa. (PART6)

Porque eu acho que na saúde mental, a gente nunca sabe o que você vai encontrar lá na frente [...]. Então eu tenho que ter muita sabedoria [...] (PART4)

Eu acho que para um cuidado, essa caixa de ferramenta tem que ter um apoio ali [...] eu não consigo fazer sozinha. (PART8)

Muitos profissionais sentem-se inseguros e despreparados para uma atenção adequada às pessoas em sofrimento mental, e que necessitam ser ouvidos quanto às suas dificuldades, com o objetivo de capacitá-los para atender de forma segura e acolhedora (ALMEIDA et al, 2020; SILVA et al, 2016). Percebe-se uma insegurança por parte da equipe. A forma de lidar com as pessoas em sofrimento mental parece advir mais de práticas cotidianas do que de um trabalho de busca de conhecimento e aprendizagem. Essas “dificuldades no plano técnico na abordagem de portadores de transtorno mental repercutem negativamente na autoconfiança das equipes” (SANTOS; SOUZA; VASCONCELOS, 2014, p.30).

Nas reflexões sobre ações necessárias para uma mudança e melhoria no cuidado, os participantes das rodas pensaram no que poderia ser construído pela equipe da saúde da família, como criação de atividades em grupo, rodas de saúde mental, rodas de conversa de troca de experiências, rodas da equipe, trabalho em equipe e construção de uma rede de apoio no cuidado.

Podemos construir grupos de atividades. [...] E eu acho que tinha que ter parceria com os lugares [...] (PART2)

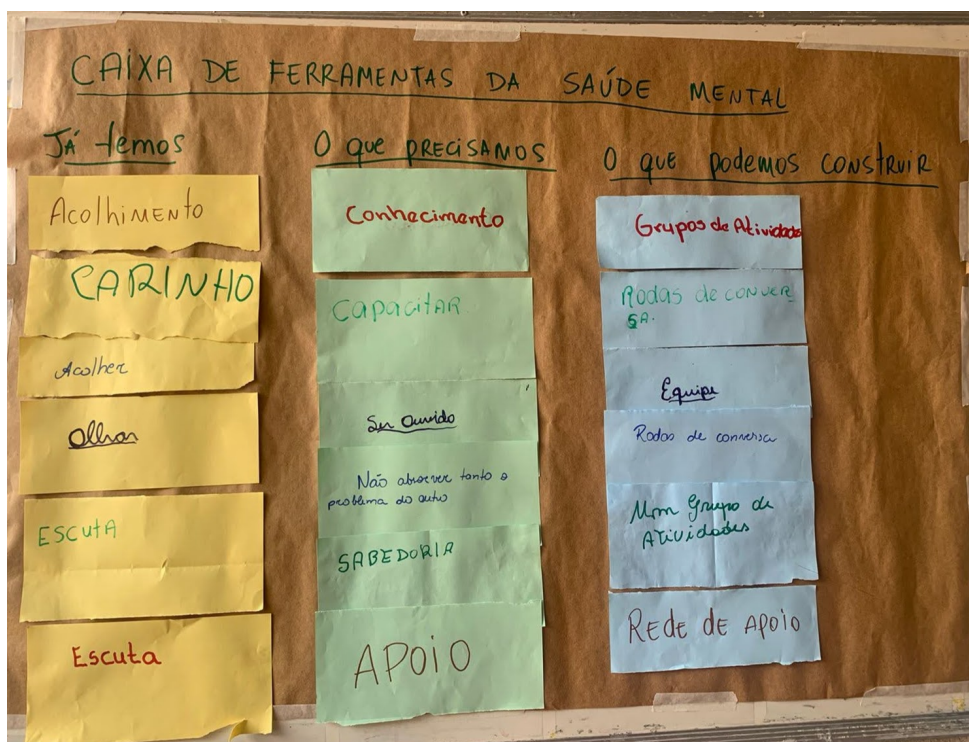
Fazer uma roda, cada pessoa fala dos seus problemas. [...] do que aflige, o que ela está sentindo. Isso ela pode achar que não, mas as vezes a outra pessoa sente o mesmo que ela está sentindo, não se sente sozinho. (PART4)

Equipe. [...] Igual eu vejo ali, nós já começamos, então a gente vai com o acolhimento, com o carinho, com o acolher, com o olhar e todas essas ferramentas para poder formar essa equipe, ter onde recorrer, que é o ser ouvido. (PART7)

Na minha mente, veio um grupo de atividade para as mães, para os parentes. (PART4)

Eu pensei de a gente construir uma rede de apoio. (PART8)

Fotografia - Caixa de ferramentas simbólica elaborada pela equipe da saúde da família na terceira roda de conversa



Com a experiência das três rodas de conversa, a equipe despertou interesse em incorporar as práticas grupais no trabalho, com desejo de utilizá-las como uma das ações para a construção de um melhor cuidado integral em saúde mental.

As profissionais de apoio também sugeriram atividades em grupo como estratégias para um melhor cuidado em saúde mental e, além disso, manifestaram a necessidade de melhorar o compartilhamento do cuidado com a rede de apoio.

Eu acho que esse aumentar a oferta do serviço, né? Como esses grupos, é um centro de convivência, o lugares pra onde o paciente tenha aonde recorrer [...] Então, acho que falta isso, falta mais oferta do tratamento, né? Não só do médico, mas de toda essa rede, né? (PART9)

Pra mim é esse envolvimento, a reunião do fórum ajuda muito, tem que continuar, mas assim, precisa ter um entrosamento melhor, com o CERSAM, com os profissionais. (PART10)

As práticas grupais, muito citadas pelos participantes da pesquisa como ferramentas para o cuidado das pessoas em sofrimento mental, parecem apresentar-se como uma possibilidade de construção de um cuidado integral, compartilhado e em equipe. O trabalho com grupos é um recurso importante para as práticas de atenção em saúde na APS.

As atividades em grupo em saúde mental na saúde da família têm inúmeras possibilidades de realização, seja em forma de rodas de conversa, pequenos grupos, grupos maiores ou atividades com temáticas específicas, mas devem ser, além de educativos, reflexivos e de compartilhamento e construção de saberes, proporcionando uma mudança de atitude passiva para ativa dos participantes. Por vezes ainda são realizadas práticas grupais quando se utiliza o modelo tradicional de transmissão de informações, o que dificulta a adesão das pessoas, tornando-as menos participativas e não se corresponsabilizando no processo de construção do cuidado da saúde. A participação de profissionais da saúde mental com a equipe da saúde da família nos grupos pode facilitar “o aprendizado desses últimos quanto ao manejo dos aspectos subjetivos do processo grupal, perante os quais eles muitas vezes se sentem inseguros” (BRASIL, 2011, p. 54).

As práticas grupais, devem ser bem pensadas em sua finalidade, estrutura e manejo, possibilitando, assim, uma troca de experiências e transformações subjetivas

por sua pluralidade dos sujeitos participantes, e é uma ação em saúde mental que dialoga com o conceito ampliado de saúde e com a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013a).

Foi relatado pelas entrevistadas algumas dificuldades para a realização de atividades em grupo, como espaço físico inadequado – a UBS não possui sala de atividades em grupos –, e a grande demanda na agenda dos profissionais com atendimentos individuais, dificultando horários disponíveis para atividades extra consultório.

[...] nós vamos ter que estudar um tempo e um espaço para a gente poder fazer isso no nosso dia a dia [...] (PART6)

la ser bom se a gente tivesse um espaço, né? Assim, adequado pra fazer atividades. (PART11)

Eu acho que essa questão da agenda muito apertada aqui de um profissional de saúde mental pra atender três unidades eu acho muito pesado. (PART10)

Em relação à dificuldade do espaço físico, os participantes sugeriram parcerias na comunidade para utilização de espaços fora da UBS para realização das atividades.

Então é essa caixa de ferramentas de possibilidades, que a gente tem como buscar e a gente não está pensando nisso. A gente pode acionar outros colegas ou outras instituições, seja o CRAS, seja o NASF, essa parceria para nos ajudar também. (PART2)

E eu acho que tinha que ter parceria com os lugares, tipo aqui mesmo, aqui tem espaço bom, que poderia trabalhar muitas coisas. (PART2)

A busca de uma integração entre os diversos serviços e equipamentos do território deve ser promovida e sustentada, devido às possibilidades de compartilhamento de olhares em rede das necessidades e demandas das pessoas em sofrimento mental, na construção comum de um cuidado integral (BRASIL, 2013a).

Abaixo, o quadro 4 apresenta, de forma resumida, a caixa de ferramentas para o cuidado em saúde mental construída pela equipe na terceira roda, mostrando as ferramentas que a equipe possui e as que entende necessitar para o cuidado das

peessoas. Muitos profissionais sentem-se inseguros e despreparados para uma atenção adequada às pessoas em sofrimento mental e necessitam ser ouvidos quanto às suas dificuldades, com o objetivo de capacitá-los para atender de forma segura e acolhedora. O apoio da rede de atenção à saúde e também outros recursos e meios da mesma forma são necessários para auxiliar a equipe nesse cuidado.

Quadro 4: Ações necessárias para a construção do cuidado integral em saúde mental

Fala dos participantes	Caixa de ferramentas para o cuidado em saúde mental	Análise
<p><i>A primeira coisa que a gente faz é a escuta</i></p> <p><i>O que a gente mais tem é ouvir o paciente, acolher o paciente.</i></p> <p><i>Porque acolhimento não é só assim: você escutou. Você vai ter que dar uma resposta para aquela pessoa</i></p> <p><i>Ele está precisando ser ouvido, de apoio, de carinho</i></p> <p><i>Você observa as impressões e vê que a pessoa está com algum problema</i></p>	<p><u>Ferramentas que a equipe possui:</u></p> <p>Escuta</p> <p>Acolhimento / acolher</p> <p>Carinho</p> <p>Olhar</p>	<p>Escuta: conhecer os problemas</p> <p>Acolhimento: meio de ouvir a demanda, mas também dar resolubilidade quem busca atendimento.</p> <p>Carinho: em forma de apoio e atenção, demonstra um acolhimento humanizado</p> <p>Olhar: observação das pessoas, tentando identificar alguma demanda reprimida.</p>
<p><i>Eu quero conhecer mais sobre o assunto</i></p> <p><i>Mais cursos na área da saúde mental mesmo</i></p> <p><i>Nós estamos procurando conhecimento e ser ouvido</i></p> <p><i>Então eu acho que a gente precisa ouvir, acolher, olhar, ter carinho com o paciente, mas também não sofrer tudo isso.</i></p> <p><i>Eu tenho que ter muita sabedoria</i></p> <p><i>Tem que ter um apoio ali. Eu não consigo fazer sozinha.</i></p>	<p><u>Ferramentas que são necessárias para a equipe:</u></p> <p>Conhecimento</p> <p>Capacitar</p> <p>Ser ouvido</p> <p>Não absorver tanto o problema do outro</p> <p>Sabedoria</p> <p>Apoio</p>	<p>Insegurança e despreparo</p> <p>Necessidade serem ouvidos quanto às suas dificuldades</p> <p>Capacitação</p> <p>O apoio da rede de atenção e também de outros recursos</p>
<p><i>Podemos construir grupos de atividades.</i></p> <p><i>E eu acho que tinha que ter parceria com os lugares</i></p>	<p><u>Ferramentas que podem ser criadas:</u></p> <p>Grupo de atividades</p>	<p>Interesse em incorporar as práticas grupais no trabalho.</p>

<p><i>Fazer uma roda, cada pessoa fala dos seus problemas.</i></p> <p><i>Equipe. [...] formar essa equipe, ter onde recorrer, que é o ser ouvido</i></p> <p><i>Um grupo de atividade para as mães, para os parentes.</i></p> <p><i>Construir uma rede de apoio.</i></p>	<p>Rodas de conversa</p> <p>Equipe</p> <p>Rede de apoio</p>	<p>Recurso importante para as práticas de atenção em saúde na APS</p> <p>Parece se apresentar como uma possibilidade de construção de um cuidado integral, compartilhado e em equipe.</p>
---	---	---

Fonte: Elaboração própria

Com a pesquisa, percebemos o desejo de a equipe aprender sobre saúde mental e de se capacitar para esse cuidado. Demonstraram insegurança, porém com interesse em vencer os obstáculos que trazem medo e dificuldade em lidar com o cuidado em saúde mental.

No início, referiam-se à saúde mental mais como doença, diagnósticos, como depressão, ansiedade, esquizofrenia, mas trouxeram também os aspectos emocionais, de vivência de situações que podem contribuir para o sofrimento mental. Ao mesmo tempo que se percebe uma visão com o paradigma biomédico, com foco nas doenças e centralidade no cuidado médico, há também uma perspectiva psicossocial, trazida pelas participantes entrevistadas e que favorece a aproximação de um cuidado compartilhado.

A equipe da saúde da família demonstra a necessidade de aprender sobre o autocuidado para, assim, sentir-se mais preparada para o cuidado do outro. Trabalhar com saúde mental mexe com o próprio profissional, havendo necessidade de atenção a esses trabalhadores, em serem ouvidos, capacitados, estimulando o trabalho em equipe que favorece o apoio e compartilhamento, dando maior segurança para o cuidado.

Os participantes da pesquisa apontam para um vínculo com o território da UBS e utilizam ferramentas importantes como a escuta, a observação, o acolhimento, o matriciamento, porém limitadas em sua instrumentalização e recursos, com um cuidado ainda individualizado, sem compartilhamento, muito dependente do profissional médico. Têm consciência do trabalho que fazem e das dificuldades e das limitações que enfrentam, como a fragmentação do cuidado na rede de atenção

psicossocial, a falta de profissionais de apoio ou a pouca carga horária disponível por eles na UBS, grande demanda em saúde mental, espaço físico inadequado para atividades em grupo, e até mesmo as dificuldades durante a pandemia.

Por fim, trazem as ferramentas que entendem ser necessárias para a construção de um cuidado integral em saúde mental, como a demanda de capacitação, conhecimento, atenção e apoio, e manifestam o interesse da incorporação de práticas grupais no trabalho, demonstrando disposição para um cuidado compartilhado e em equipe.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi iniciado pelo interesse em conhecer como a saúde mental é cuidada por uma equipe da saúde da família. Por meio das rodas de conversa e das entrevistas individuais realizadas, os participantes demonstraram consciência do trabalho que fazem e disponibilidade da equipe para o cuidado, porém limitado em sua instrumentalização e recursos, que se mostraram escassos, frágeis, com pouco tempo dedicado, pouco envolvimento em rede. O cuidado ainda é fragmentado, individualizado, sem um compartilhamento efetivo.

O matriciamento apresentou-se como um momento importante para o cuidado integral, como um elo entre a saúde da família e a equipe de apoio, sendo um ponto de encontro de perspectivas diferentes de trabalho, podendo ser uma forma inicial de um cuidado conjunto. Também se mostra como uma possibilidade de educação permanente para a equipe, com compartilhamento de saberes entre os profissionais e também aprendizado e capacitação, dando maior segurança à equipe para a atenção às pessoas em sofrimento mental.

Com isso, essa pesquisa nos dá uma expectativa e motivação de continuidade das ações voltadas para a construção do cuidado em saúde mental pela equipe da estratégia saúde da família, colocando em prática propostas levantadas pela equipe como práticas necessárias para um cuidado integral e compartilhado em saúde mental.

Tanto para mim, enquanto pesquisadora e integrante da equipe, como para toda a equipe, ficou evidente o despertar e o encorajamento para efetivação dessas ações propostas para trazerem mudanças na rotina e na prática dos profissionais da equipe, fortalecendo a construção de novos saberes, interações interpessoais e com mudanças na assistência às pessoas em sofrimento mental. O interesse da equipe por práticas grupais demonstra a percepção do cuidado ainda individualizado e que necessita de uma atenção em equipe, com um trabalho compartilhado, além de capacitação e conhecimento para segurança da realização dessas práticas.

O estudo também permitiu entender a relação de cuidado entre a saúde da família e a equipe de apoio e também a relação de cuidado com a rede de atenção

psicossocial, evidenciando uma fragmentação e a necessidade de melhorar a comunicação e o compartilhamento do cuidado das pessoas que utilizam os serviços que atendem indivíduos em sofrimento mental, para que esse percurso dentro da rede possa ser feito em conjunto, atendendo às necessidades das pessoas de forma integral.

Durante o período de análise e fechamento da escrita desta pesquisa, a UBS encontrava-se sem profissionais de apoio da saúde mental (psiquiatra e psicólogo). A ausência desses profissionais é um fator limitante para esse cuidado compartilhado e apoio à equipe da saúde da família na capacitação, condução e cuidado dos casos de saúde mental.

O período crítico da pandemia da COVID-19 também foi um fator limitante para o cuidado em saúde mental, porém o que se tem de expectativa, com a melhora atual do cenário da situação pandêmica, é a de um horizonte de retorno às atividades suspensas e retomada de um cuidado mais próximo e contínuo.

As potencialidades da saúde da família no cuidado das pessoas em sofrimento mental ficam evidentes com a pesquisa e devem ser continuamente estudadas e incentivadas. Percebe-se a necessidade de capacitação e fortalecimento da equipe da ESF nesse cuidado, promovendo instrumentalização e conhecimento, e também a importância do apoio da equipe de saúde mental nas práticas do cuidado pela saúde da família.

Porém, algumas situações não dependem apenas da boa vontade e interesse dos profissionais e vão além da capacidade do serviço prestado pela UBS. Dependem de fatores organizacionais dos processos de trabalho, institucionais e políticos. Com isso, é necessária a busca de diálogo com os gestores responsáveis, para acertos das limitações encontradas no cuidado pela atenção primária e rede de apoio e atenção.

Nessa perspectiva, vislumbram-se possibilidades da construção do cuidado da saúde mental pela saúde da família, por meio de busca de conhecimento, capacitação, parcerias, apoio e comunicação com todas as partes envolvidas e que devem ser acionadas para melhorar esse cuidado.

E fica aqui o desejo de um cuidado em saúde mental, tanto para o território da UBS Rosa Capuche como também para todos os trabalhadores dela, com potencial transformador e que faça a diferença, com um cuidado por meio do conhecimento sobre as pessoas, o território, estreitando os vínculos, reorganizando a forma de acolher, de cuidar efetivamente em equipe, e também servindo como instrumento de transformação do cuidado de forma integral e humanizada, seguindo assim, as orientações do processo de reforma psiquiátrica brasileira e concretizando o direito à saúde e o SUS como sistema de saúde integral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Danielle Rodrigues et al. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na Atenção Primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. **Rev. online de pesq**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 420-425, jan./dez. 2020.

ANDRADE, João Marcus Oliveira et al. Atenção Multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. **R. pesq.: cuid. Fundam. Online**, v. 5, n. 2, p. 3549-3557, abr/jun, 2013.

ASSIS, Aisllan Diego; PRADO, Isabel. A grande roda da saúde coletiva: cuidado, acolhimento e saúde mental em Ouro Preto/MG. **Alemur**, v.6, n. 1, p. 23-43, 2021.

ASSIS, Aisllan Diego; SILVA, Martinho. Trajetos e passagens de Manu: busca ou fuga do cuidado? In: PINHEIRO, Roseni et al. **Cultura do Cuidado e Cuidado na Cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/CEPESC/CAPPIS/ABRASCO, 1ª edição, p. 95-105, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial**. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS**. Volume 5. Saúde Mental. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. **Caminhos do Cuidado: caderno**

do tutor. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica. Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. CHIAVERINI, Dulce Helena (Organizadora). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei no. 10.216 de 3 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, 2001.

CORDEIRO, Priscilla Regina; MENDES, Rosilda; LIBERMAN, Flávia. Educação permanente em saúde: experiências inovadoras em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 210-222, out. 2020.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, 2011.

CRUZ, Elaine Lima da; SANTOS, Rose Manuela Marta. Atenção à Saúde da pessoa em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em redes**, v. 5, n. 1, p. 127-144, 2019.

DRESCHER, Alanna et al. Concepções e intervenções em saúde mental na ótica de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev enferm UFPE online**, Recife, 10 (Supl. 4), p. 3548-59, set, 2016.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina Helena; SILVA, Michelle Chanchetti. O papel da enfermagem de saúde mental: costurando possibilidades em rede. In: EMERICH, Bruno Ferrari; ONOCKO-CAMPOS, Rosana (Org). **SaúdeLoucura 10** Tessituras da Clínica: Itinerários da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Hucitec, 2019.

ESLABÃO, Adriane Domingues *et al.* Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. **J. nurs. Health**, v. 9, n. 1, e199101, 2019.

FARIA, Dirley Lellis dos Santos *et al.* Educação Permanente em Saúde: narrativa dos trabalhadores de Saúde Mental de Betim/Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310202, 2021.

FRANCO, Tulio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família, PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FIGUEIREDO, Thamires Pereira; SOUSA, Milena Nunes Alves de; ALVES, Hirisleide Bezerra. Acolhimento em saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e49610716848, 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 4. ed, 2002.

GOULART, Maria Stella Brandão. A política de saúde mental mineira: rumo à consolidação. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 194-213, Edição especial, dez. 2015.

GROISMAN, Daniel. O problema dos cuidados no Brasil que envelhece: corresponsabilidade e questões para a saúde mental. In: SOALHEIRO, Nina (Org). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 143-161, 2017.

JUNIOR, Mauri Gonçalves; TOBIAS, Gabriela Camargo; TEIXEIRA, Cristiane Chagas. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 60, p. 101-116, abr./jun., 2019.

LEAL, Maria Erotildes; SERPAS JR, Octavio Domont de; MUÑOZ, Nuria Malajovich. A clínica da disfunção social: contribuições da psicopatologia do senso comum. In: COUTO, Maria Cristina Ventura; MARTINEZ, Renata Gomes. (orgs.). **Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica**, NUPPSAM / IPUB / UFRJ. Rio de Janeiro, p. 73-103, 2007.

LUCCHESI, Roselma *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2033-2042, set. 2009.

MARQUES, Dionasson Altivo *et al.* Assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico: Percepção das equipes multiprofissionais. **Rev. Enferm.** UFPE on line, Recife, v. 12, n. 2, p. 407-5, fev. 2018.

MINAYO Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. **Técnicas que fazem o uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa qualitativa em ação**. 1. ed. Aveiro/São Paulo: Ludomedia/Hucitec, 2019.

MOURA, Raul Franklin Sarabando; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 199-210, 2015.

MOURA, Adriana Borges Ferro; LIMA, Maria da Glória Soares Barbosa. A reinvenção da roda: roda de conversa, um instrumento metodológico possível. **Interfaces da Educação**, Paranaíba, v.5, n. 15, p. 24-35, 2014.

NABUCO, Guilherme; OLIVEIRA, Maria Helena Pereira Pires; AFONSO, Marcelo Pellizzaro Dias. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 42, p. 25-32, jan./dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas *et al.* Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 41, n. 4, p. 567-72, 2007.

PUPPO, Ligia Rivero *et al.* Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 107-127, out. 2020.

RAGAZZI, Ana Maria; PEREIRA, Alexandre de Araújo. Prefeitura Municipal de Betim. **Protocolo de assistência em saúde mental do município de Betim**. Betim, 2006.

ROCHA, Hugo André da *et al.* Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 17, p. 1-12, 2018.

ROTOLI *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, Pelotas, v. 23, n. 2, e20180303, 2019.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SOUZA, Rozemere Cardoso de; VASCONCELLOS, Erika Antunes. Concepções de Saúde Mental de Equipes de Saúde da Família. In: SOUZA, Rozemere Cardoso de; SANTOS, Josenaide Engracia dos. **Construção social da aprendizagem em saúde mental e saúde da família**. Ilhéus, BA: Editora da UESC Editus, p. 27-52, 2014.

SCHUTEL, Tamara Alexandra Arias; RODRIGUES, Jeferson; PERES, Girlane Mayara. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência&Saúde**, v. 8, n. 2, p. 85-93, mai./ago. 2015.

SILVA, Geslaney Reis da *et al.* Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da Equipe de Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p. 01-08, abr./jan. 2016.

SILVA, Priscilla Maria de Castro *et al.* Saúde mental na atenção básica: possibilidades de fragilidades do acolhimento. **Rev Cuid**, v.10, n.1, jan. /abr., e617, 2019.

SILVA, Talita Cristina Marques Franco. MARCOLAN, João Fernando. Preconceitos aos indivíduos com transtorno mental como agravado do sofrimento. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 12, n. 8, p. 2089-98, ago. 2018.

SOALHEIRO, Nina; MARTINS, Desiane. Atenção Psicossocial e a (Des) institucionalização como Eixo do Cuidado. In: SOALHEIRO, Nina (Org). **Saúde Mental para a Atenção Básica**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 33-55, 2017.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora: UFJF, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul. /dez. 2020.

SOUSA, Patrícia Fonseca; MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katrucy Tenório. Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancora das as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 883-895, jun. 2018.

SOUZA, Luiz Gustavo Silva *et al.* Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, 2012.

SOUZA, Ândrea Cardoso. **Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés**. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 2015.

TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. Fazendo um Diagnóstico da Situação de Saúde da População e dos Serviços de Saúde. In: _____. **Planejamento em Saúde, volume 2**. (Série Saúde & Cidadania). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, p. 19-26, 1998.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez., 2005.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

WARSCHAUER, Cecília. **Entre na Roda: A formação humana nas escolas e nas organizações**. 1. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2017.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais que participarão das rodas de conversa

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa sobre “A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais”, que está sendo desenvolvido por Denise Moreira Dutra, do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), sob a orientação do Prof. Dr. Aisllan Diego de Assis.

O objetivo do estudo é o de compreender como se dá a construção do cuidado integral em saúde mental por uma equipe da UBS Rosa Capuche, em Betim, Minas Gerais, apoiando a equipe quanto às ações necessárias para uma melhor assistência às pessoas em sofrimento mental. A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria no atendimento e no cuidado às pessoas em sofrimento mental acompanhada pela equipe, portanto, tendo como benefício a contribuição para o conhecimento e melhorias no cuidado integral em saúde mental pela equipe da saúde da família.

Solicitamos a sua colaboração para participar de três rodas de conversa sobre o tema do cuidado integral em saúde mental pela saúde da família, com tempo médio previsto de até três horas cada uma, sendo uma por semana ao longo de um mês, no horário da reunião de equipe. Pedimos ainda a sua autorização para procedermos à gravação de voz e registro por escrito das rodas e também a apresentação dos resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que, como risco na participação, ao relatar experiências durante as rodas de conversa, algum desconforto emocional poderá ser gerado. Caso isso ocorra, você poderá interromper a participação a qualquer momento. E, para minimizar desconfortos, serão garantidos local reservado e liberdade para não

responder às questões que causem desconforto, como também acolhimento, atenção e escuta pela pesquisadora.

Esclarecemos que a sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir da participação no projeto, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Demais informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas por contato com a pesquisadora responsável Denise Moreira Dutra por meio de telefone (31-997460819), ou diretamente na UBS Rosa Capuche, localizada à rua Caldas da Rainha, n. 69, bairro São João, Betim, MG, e também no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Betim-MG, localizado à rua Pará de Minas, n. 640, bairro Brasília, Betim, MG.

(Pesquisadora responsável)

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se você concordar em participar da pesquisa, solicitamos que preencha o campo a seguir:

Nome: _____ Contato: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Sexo: _____ Nacionalidade: _____

Local, Data, Participante

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os profissionais que participarão da entrevista individual

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a),

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa sobre “A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais”, que está sendo desenvolvido por Denise Moreira Dutra, do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), sob a orientação do Prof. Dr. Aisllan Diego de Assis.

O objetivo do estudo é o de compreender como se dá a construção do cuidado integral em saúde mental por uma equipe da UBS Rosa Capuche, em Betim, Minas Gerais, apoiando a equipe quanto às ações necessárias para uma melhor assistência às pessoas em sofrimento mental. A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria no atendimento e no cuidado às pessoas em sofrimento mental atendidas pela equipe, portanto, tendo como benefício a contribuição para o conhecimento e as melhorias no cuidado integral em saúde mental pela equipe da saúde da família.

Solicitamos a sua colaboração para participar de uma entrevista sobre o tema do cuidado integral em saúde mental pela saúde da família e a equipe de apoio em saúde mental da UBS, com tempo médio previsto de uma hora de duração, na UBS Rosa Capuche, em horário conforme a sua disponibilidade. Solicitamos ainda a sua autorização para procedermos à gravação de sua voz e registro por escrito da entrevista e também a apresentação dos resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicação em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que como risco na participação, ao relatar experiências durante a entrevista, algum desconforto emocional poderá ser gerado. Caso isso ocorra, você poderá interromper a participação a qualquer momento. E para minimizar desconfortos, serão garantidos

local reservado e liberdade para não responder questões que causem desconforto, como também acolhimento, atenção e escuta pela pesquisadora.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver, a qualquer momento, desistir de colaborar, não sofrerá nenhum dano. A pesquisadora estará à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Demais informações sobre a pesquisa poderão ser obtidas por contato com a pesquisadora responsável Denise Moreira Dutra por meio de telefone (31-997460819), ou diretamente na UBS Rosa Capuche, localizada à rua Caldas da Rainha, n. 69, bairro São João, Betim, MG, e também no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Betim-MG, localizado à rua Pará de Minas, n. 640, bairro Brasília, Betim, MG.

(Pesquisadora responsável)

Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se você concordar em participar da pesquisa, solicitamos que preencha o campo a seguir:

Nome: _____ Contato: _____

Data de Nascimento: ___ / ___ / _____ Sexo: _____ Nacionalidade: _____

Local, Data, Participante

APÊNDICE C - Declaração de Compromisso da Pesquisadora Responsável

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Betim-MG.

Eu, Denise Moreira Dutra, responsável pela pesquisa que se intitula "A construção do cuidado integral em saúde mental em uma equipe da Estratégia Saúde da Família do município de Betim, Minas Gerais", declaro que:

- Assumo o compromisso de cumprir os Termos da Resolução n. 466/2012 e n. 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde e demais Resoluções a elas complementares;
- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento desta pesquisa serão utilizados apenas para atingir os objetivos previstos neste estudo e não serão utilizados para outros fins sem o devido consentimento dos voluntários;
- Os materiais e os dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Denise Moreira Dutra, que também se responsabilizará pelo descarte dos materiais e dados, caso esses não sejam estocados ao final da pesquisa;
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de publicações em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos participantes da pesquisa;
- O CEP-Betim será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão ou do encerramento da pesquisa com a devida justificativa;
- O CEP-Betim será imediatamente comunicado se ocorrerem efeitos adversos resultantes desta pesquisa com os participantes;
- Esta pesquisa ainda não foi iniciada, ficando os pesquisadores cientes de que a coleta de dados só será iniciada mediante parecer de aprovação pelo CEP/Betim.

Betim, ____ de _____ de 2021

Pesquisadora responsável (nome, rubrica e CPF)

APÊNDICE D – Roteiro norteador das Rodas de conversa com a equipe da ESF

1ª Roda de Conversa – Os sentidos da saúde mental, do sofrimento e transtornos mentais para a equipe:

- Como vocês definem saúde mental?
- Como vocês compreendem o sofrimento e transtorno mental?
- Quem são as pessoas consideradas em sofrimento mental na área de abrangência da ESF?
- Como é o seu contato e o da equipe da ESF com essas pessoas?
- Essas pessoas são atendidas pela equipe da ESF?

2ª Roda de Conversa – O cuidado em saúde mental pela equipe e a relação com a equipe de apoio em saúde mental da UBS:

- Como vocês cuidam das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental aqui na UBS?
- Como vocês agem ao identificar uma pessoa em sofrimento ou com transtorno mental?
- Na opinião da equipe, qual é o local e o tipo do cuidado que devem ser oferecidos às pessoas da saúde mental?
- Quem deve ser o responsável pelo cuidado dessas pessoas?
- Quais recursos utilizam?
- Vocês conhecem a rede de serviços de saúde mental do município? Falem um pouco sobre ela.
- Como tem se dado o trabalho com os especialistas e apoiadores do cuidado em saúde mental na UBS?
- Poderiam narrar uma história do cuidado a pessoa em sofrimento ou com transtorno mental?

- Quais os problemas para cuidar das pessoas em sofrimento ou com transtorno mental aqui no território e UBS?

3ª Roda de Conversa – Construindo o cuidado integral em saúde mental pela equipe:

Desencadear reflexões sobre os saberes constituídos e o resultado das discussões realizada:

- Quais são os recursos que a equipe possui e quais recursos não possui para o cuidado em saúde mental?
- O que eu tenho? O que preciso ter? O que posso construir?
- Quais as possibilidades de cuidado?
- Identificar e elaborar coletivamente estratégias
- Debater as propostas elaboradas na perspectiva da construção de possibilidades que apontem para um cuidado integral em saúde mental pela equipe

APÊNDICE E – Roteiro da entrevista com profissionais de apoio da saúde mental da UBS Rosa Capuche

- 1- Como vocês compreendem o sofrimento e transtorno mental?
- 2- Como são as atividades que cuidam e acolhem as necessidades das pessoas em sofrimento ou transtorno mental?
- 3- Como é o contato de vocês com a equipe da ESF em relação ao cuidado a essas pessoas?
- 4- Na opinião de vocês, qual é o local e o tipo do cuidado que devem ser oferecidos às pessoas em sofrimento mental?
- 5- Como as pessoas devem participar desse cuidado?
- 6- Como os profissionais veem os serviços de saúde mental?
- 7- Quais são os recursos que a equipe possui e quais não possuem para o cuidado em saúde mental?
- 8- Como vocês contribuem para o cuidado integral em saúde mental?
- 9- Quais a maior necessidade de vocês para desenvolver o cuidado?
- 10- Se pudessem mudar ou criar processos, serviços ou ações, quais fariam?

ANEXO – Cartilha de Orientações sobre Saúde Mental aos profissionais da Atenção Básica e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Betim



Fonte: Prefeitura Municipal de Betim

http://www.betim.mg.gov.br/ARQUIVOS_ANEXO/cartilha_saude_mental_atencao_basica;0724340216;20081009.pdf