

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO CLÍNICA

ISABELLA DE FATIMA BATISTA

**O cuidado em saúde mental na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde
no Município de Votorantim-SP**

SÃO CARLOS – SP

2023

ISABELLA DE FATIMA BATISTA

**O cuidado em saúde mental na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde
no Município de Votorantim-SP**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica no curso de Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito para o Exame de Banca de Defesa.

Orientadora: Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi.

SÃO CARLOS - SP

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Isabella de Fatima Batista, realizada em 27/11/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Alana de Paiva Nogueira Fomereto Gozzi (UFSCar)

Profa. Dra. Heloisa Cristina Figueiredo Frizzo (UFTM)

Prof. Dr. Rodrigo Alves dos Santos Silva (UFS)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

RESUMO

Desde a reforma psiquiátrica, pesquisas estão sendo desenvolvidas para estudar os desafios da realização do cuidado em saúde mental territorial e na atenção primária, bem como as novas maneiras desse cuidado se efetivar. Contudo, para além de mapear essas práticas, faz-se necessário promover espaços de diálogo entre trabalhadores para que elas se concretizem, assim como compreender os desafios encontrados nessa implementação. Nesse sentido, essa pesquisa da abordagem qualitativa e de caráter participativo e exploratório buscou compreender o cuidado em saúde mental realizado na Atenção Primária à Saúde de Votorantim a partir do olhar dos próprios profissionais de saúde do município com o objetivo específico de sensibilizar esses profissionais para novas ofertas de cuidado em saúde mental. Para tanto, a coleta de dados foi realizada através de um roteiro semi-estruturado e entrevistas individuais com os profissionais interessados pela temática em quatro unidades básicas de saúde do município, sendo essas informações coletadas analisadas posteriormente a partir da técnica da análise de conteúdo. Os resultados apontaram para diversas práticas que são realizadas no município, porém muitas vezes não são nomeadas ou valorizadas como cuidado em saúde mental como, por exemplo, o acolhimento e a orientação para uma boa saúde. Contudo, a falta dessa valorização parece também estar relacionada a diversos desafios existentes na efetivação desse cuidado como a falta de capacitação, falta de profissionais e a dificuldade de compreensão por parte da gestão sobre esse cuidado. Portanto, a partir desses resultados, foi realizado um material educativo que espera-se que seja uma importante contribuição para a efetivação do cuidado em saúde mental da Atenção Primária do Município através do fortalecimento das equipes, bem como possa contribuir para estudos futuros em educação permanente em saúde, considerando que todo e qualquer cuidado em saúde mental deve iniciar neste nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Integralidade em Saúde. Humanização da Assistência. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Since the psychiatric reform, research has been developed to study the challenges of providing mental health care in a territorial context and within primary health care, as well as the new ways in which this care can be implemented. However, beyond mapping these practices, it is necessary to promote spaces for dialogue among workers so that they can be realized, as well as to understand the challenges encountered in this implementation. In this regard, this qualitative and participatory exploratory research sought to understand the mental health care provided in Primary Health Care in the city of Votorantim located in the state of São Paulo in Brazil from the perspective of the municipality's health professionals, specifically sensitizing these professionals to new mental health care offerings. To this end, data collection was carried out through a semi-structured script and individual interviews with professionals interested in the topic in four basic health units of the municipality, with this information subsequently analyzed using content analysis techniques. The results pointed to several practices that are carried out in the municipality, but are often not named or valued as mental health care, such as reception and guidance for good health. However, the lack of recognition also seems to be related to several challenges in implementing this care, such as lack of training, lack of professionals, and the difficulty of understanding on the part of management regarding this care. Therefore, based on these results, an educational material was developed that is expected to be an important contribution to the implementation of mental health care in the Primary Care of the Municipality through the strengthening of teams, as well as to contribute to future studies in permanent health education, considering that all mental health care should start at this level of care.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Health Integral. Humanization of Care. Unified Health System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

FIGURA 01 - Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial	21
--	----

TABELAS

TABELA 01 - Identificação das Unidades Participantes da Pesquisa	27
TABELA 02 - Comparação entre o nº de funcionários cadastrados no CNES em Março/2022 e a quantidade de participantes na pesquisa por Unidade.	36
TABELA 03 - Identificação dos participantes e tempo de atuação na unidade	45

GRÁFICOS

GRÁFICO 01 - Faixa Etária dos Participantes	37
GRÁFICO 02 - Tempo de Atuação do Participante na Atual Unidade	37
GRÁFICO 03 - Ocupação Profissional dos Participantes	38
GRÁFICO 04 - Ofertas de cuidado realizadas	41
GRÁFICO 05 - Profissionais que realizam o cuidado em saúde mental no território	43
GRÁFICO 06 - Mapeamento dos desafios existentes	44

QUADROS

QUADRO 01 - Comparação entre os discursos e as práticas descritas em bibliografia	52
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas e Técnicas
AMSM	Apoio Matricial em Saúde Mental
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II (adulto)
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia e Saúde da Família
FLAMAS	Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MP	Ministério Público
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
PICS	Práticas Integrativas Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SM	Saúde Mental
SRT	Serviço Residencial Terapêutico (Residência Terapêutica)
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. AGRADECIMENTOS	09
2. APRESENTAÇÃO E IMPLICAÇÃO PESSOAL	09
3. INTRODUÇÃO	11
3.1 Políticas de Saúde Mental no Brasil: construções e desafios	11
3.2 A produção de cuidado em saúde mental na APS e seus desafios	16
3.3 Justificativas	22
3.3 Objetivo de Pesquisa	23
3.3.1 Objetivos Gerais	23
3.3.2 Objetivos Específicos	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 Caracterização do campo de estudo e do problema de pesquisa	25
4.2 Participantes da Pesquisa	27
4.3 Aspectos Éticos da Pesquisa	29
4.4 Instrumentos	31
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados	32
4.6 Procedimentos para Análise dos dados	34
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA	35
5.1 Caracterização dos Participantes	36
5.2 Identificação e Mapeamento das Atividades de SM Desenvolvidas	40
5.3 Considerações Individuais sobre a Temática	44
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA	54
6.1 Compreensão sobre a produção do cuidado em SM na APS	56
6.2 Estratégias de Cuidado percebidas e almejadas	61
6.3 Compreensão da Gestão sobre o Cuidado	67
6.4 Produto Técnico	70
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

09. APÊNDICES E ANEXOS	78
APÊNDICE 01 - FORMULÁRIO ELETRÔNICO	78
APÊNDICE 02 - CONVITE PARA PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA	82
APÊNDICE 03 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	83
APÊNDICE 04 - PRODUTO TÉCNICO DESSA PESQUISA	84
ANEXO 1 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO	88
ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO	89
ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA 1	91
ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA 2	94

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria muito de agradecer à Deus, à minha família e à todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, de alguma forma, para a realização deste trabalho, desde os mais íntimos que me deram força e incentivo para iniciar esse grande desafio, aos colegas de classe que adquiri ao longo dessa jornada e que me mantiveram motivada e ativa durante essa jornada, até os professores que caminharam junto comigo e que tenho grande carinho e admiração.

Em especial, gostaria de agradecer à minha orientadora Prof^a Dr^a Alana Fornereto que considero uma grande bússola em minha jornada, que não apenas me norteou os caminhos mas também me motivou quando eu sentia que não estava conseguindo caminhar longos passos e me acalmou quando estava a flor da pele pelos desafios que via a frente. Sem sombra de dúvidas eu não teria chegado até aqui se eu não tivesse uma parceria tão incrível quanto essa!

Além disso, gostaria muito de agradecer aos Professores Convidados, externos e internos da UFSCar, à minha Banca de Qualificação, Prof^o Dr^o Rodrigo Silva e Prof^a Dr^a Giovana Garcia Morato, que me auxiliaram com muito carinho a aperfeiçoar a organização desta pesquisa.

Por fim, agradeço à minha Banca de Defesa, Prof^o Dr^o Rodrigo Silva (novamente) e Prof^a Dr^a Heloísa C. F. Frizzo, pelo tempo despendido na leitura da minha pesquisa e pelas contribuições que com certeza farão para o meu aprendizado.

APRESENTAÇÃO E IMPLICAÇÕES PESSOAIS

Olá, me chamo Isabella de Fátima Batista, sou psicóloga (CRP 06/129341) desde 2016, psicopedagoga institucional (2018), ambos pela Universidade Paulista, e especialista em Terapia Cognitiva Comportamental (2020), pela Faculdade de Conchas (Pólo CETCC). Estou atuando há 5 anos no serviço público através do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS IJ) e no apoio matricial na atenção básica do Município de Votorantim, pertencente ao DRS XVI – Sorocaba, interior de São Paulo.

Desde o início de minha atuação no SUS tenho observado grandes desafios no cuidado do paciente em saúde mental tanto na atenção especializada quanto na atenção básica e sempre tenho encontrado nesses desafios incômodos pessoais com as justificativas de que “o sistema sempre foi assim”, motivo pelo qual ingressei no Programa de Mestrado em Gestão da Clínica da UFSCar para realizar essa pesquisa.

Eu sou uma pessoa que sempre se incomodou com as coisas que “não acontecem como deveriam”. Embora suponha que ninguém gosta de injustiças, corrupções e gambiarras, é muito comum ouvirmos justificativas como “sempre foi assim” ou “esse é o jeitinho brasileiro mesmo” como se estivéssemos em uma zona de conforto que, para mim, nunca foi confortável.

Desse modo, por me indignar com as coisas, estou sempre em busca de respostas e novos caminhos, seja em minha vida pessoal ou profissional. Ainda que saiba que não exista a utopia de um mundo perfeito, eu sinto a necessidade que as coisas façam sentido para mim. E, assim, surge o meu projeto de pesquisa em uma tentativa de “ser a mudança que quero ver no mundo” como diria Dalai Lama.

Assim como quando olhamos para a literatura e para a prática da construção das políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), enxergamos um grande distanciamento provocado por corrupções, políticas de desmonte, gestão pública ineficiente e outros fatores. Observo que a área onde atuo poderia ser rica de discussões multifacetadas, de construções coletivas e individuais positivas, de aproximação das equipes multis com a população, mas que, na prática, não acontece como poderia.

Nesse projeto busco compreender esses desafios entre a teoria e a prática, buscando sensibilizar os profissionais envolvidos para essa aproximação, resgatando o sentido da prática e construindo uma nova forma de trabalho. Sei que quando olho para esse objetivo, um pouco ambicioso, parece ser muito distante da realidade, mas acredito que com paciência e dedicação é possível.

Por fim, deixo um poema de Bráulio Bessa que traduz um pouco de como me sinto em relação a esse projeto:

“Seja sempre inquieto e vez por outra paciente

Parece contraditório, soa meio diferente

Às vezes pisar no freio

Também é andar para frente”

Assim, inquieta pela problematização desse projeto, espero que ser paciente e pisar no freio para refletir sobre nossa prática dentro do SUS nos traga bons frutos para compartilhar com a nossa população que merece muito mais do que o “sempre foi assim”. O território agradece.

INTRODUÇÃO

Políticas de Saúde Mental no Brasil: construções e desafios

Antes de falarmos sobre o tema dessa pesquisa e o recorte realizado para torná-la possível, cabe explicar alguns aspectos e marcos importantes da história da saúde mental do nosso país e as mudanças realizadas no cuidado nesse cenário ao longo dos anos. Obviamente essa retomada se faz necessária para que sejam compreensíveis os objetivos da pesquisa, a delimitação do tema e do contexto no qual estamos falando, mas está longe de abarcar toda a complexidade da história da saúde mental no país. Por esse motivo, fizemos uma escolha por trazer alguns marcos importantes para tal aproximação.

Quando olhamos para esse histórico, nos deparamos com um período de hospitalização e enclausuramento no qual as pessoas em sofrimento psíquico eram excluídas e isoladas em manicômios como forma de “tratamento”. Contudo, essas pessoas sofriam com violação explícita de sua integridade física, moral e psíquica até esse modelo hospitalocêntrico e medicalizante começar a ser fortemente criticado após a Segunda Guerra Mundial por movimentos dos trabalhadores dos serviços de saúde mental na França e nos Estados Unidos (IGLESIAS e AVELLAR, 2014; KANTORSKI et al, 2021).

No entanto, segundo Kantorski et al (2021), as experiências da psiquiatria democrática de Franco Basaglia e dos movimentos sociais e políticos na Itália, são os principais aspectos que influenciaram, fortemente, as transformações nas práticas e na política de atenção à saúde mental no Brasil, uma vez que o Parlamento Italiano aprovou, em 1978, uma transformação no sistema psiquiátrico que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por serviços territoriais, impulsionando vários outros países a desencadear processos desinstitucionalizantes semelhantes.

Embora os processos de reforma psiquiátrica italiana e brasileira tenham ocorrido em contextos históricos e culturais distintos, os impactos das transformações ocorridas na Itália são até hoje observadas no contexto da atenção em saúde mental brasileira através da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, que já conseguiu reduzir significativamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos e vêm tentando direcionar a assistência psiquiátrica no país para um cuidado mais amplo e social em saúde mental (KANTORSKI et al, 2021).

Segundo Amarante e Nunes (2018), os primeiros movimentos críticos nessa perspectiva surgiram nos anos 1970, quando profissionais recém-formados passaram a denunciar ao Ministério Público diversas violências e descasos presenciados dentro dos hospitais psiquiátricos. Essas denúncias acarretaram na demissão de centenas de profissionais do

Ministério da Saúde em 1978, sendo esse episódio considerado a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que propiciou a organização dos profissionais no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) como primeiro sujeito coletivo com o objetivo de reformular a assistência psiquiátrica.

A partir do MTSM e da crise do DINSAM, diversos congressos e simpósios foram sendo desenvolvidos no país fomentando as discussões sobre a reforma psiquiátrica (AMARANTES e NUNES, 2018). Entre eles, o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no Rio de Janeiro em 1979, o qual Basaglia participou e provocou polêmicas com a exposição de suas ideias de uma psiquiatria democrática e com o fechamento do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, na Itália, ainda em 1976 (KANTORSKI et al, 2021).

Nessa mesma perspectiva, o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, realizado em 1979, representou possibilidades concretas de transformações a partir do Hospital-Colônia de Barbacena, no estado de Minas Gerais, que teve diminuição de mortalidade hospitalar devido às mudanças relativas à humanização dentro da instituição psiquiátrica (KANTORSKI et al, 2021).

Por outro lado, segundo Amarante e Nunes (2018), no início dos anos 1980, surgiram diversas propostas de reformulação da saúde e da assistência médica, que ocasionou na convocação da emblemática 8ª Conferência Nacional de Saúde, conhecida como oitava, onde foi decidido convocar conferências específicas, dentre as quais a de Saúde Mental.

Nesse sentido, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro em 1987, evidenciava o impasse do modelo assistencial hospitalocêntrico, considerado ineficaz e oneroso para usuários e sociedade por violar os direitos humanos fundamentais dos usuários, destacando a necessidade de superação desse modelo para a constituição de uma assistência extra hospitalar e comunitário, como as experiências exitosas de humanização e fechamento dos hospitais da época.

Segundo Kantorski et al (2021, p. 11),

Após a I Conferência Nacional de Saúde Mental três portarias foram emitidas, a 189, 224 e 407 e tratam de fundamentalmente de criar as condições para que uma outra prática se estabeleça regulamentando o funcionamento e financiamento de ações e serviços comunitários fora do hospital psiquiátrico e definindo exigências mínimas para funcionamento dos mesmos.

Já em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, formalizou-se pela primeira vez um esboço de um novo modelo assistencial com a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, aprofundando a crítica ao

asilamento psiquiátrico através da participação expressiva - pela primeira vez na história brasileira - dos usuários e seus familiares, expressando características, qualificação e protagonismo dessa população na reforma psiquiátrica brasileira (KANTORSKI et al, 2021).

Esse II Encontro enfatiza a proposta “por uma sociedade sem manicômios” (AMARANTE e NUNES, 2018), que deixa de ser um coletivo apenas de profissionais reivindicando melhorias do sistema de saúde mental para se tornar um movimento social associado a extinção das instituições e concepções manicomialistas, denominado Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).

Desse cenário, surge a Lei nº 10.216 de 6 de Abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental para reabilitação psicossocial desses pacientes (BRASIL, 2001). E surge, também, a Lei 10.708 de 31 de Julho de 2003, conhecida como “Lei do Programa de Volta para Casa” que estabelece a concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra hospitalares de atenção em saúde mental aos pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, impulsionando a desinstitucionalização no país (BRASIL, 2003)

Segundo Kantorski et al (2021, p. 13),

No período são aprovadas 33 portarias (251, 77, 336, 189, 626, 628, 816, 817, 305, 1.467, 1.635, 728, 1.001, 2.391, 457, 150, 1.455, 1.946, 1.947, 2.077, 2.078, 52, 53, 1.035, 442, 384, 396, 678, 204, 18, 154, 837, 1.190) e tratam de ampliar significativamente o escopo sob o qual a saúde mental deve focar suas ações. Neste sentido, as portarias vão regulamentar a supervisão, avaliação, financiamento e acompanhamento de hospitais psiquiátricos mantendo o eixo da redução de leitos, regulamentam o Programa de volta para casa, a criação de programas e serviços para enfrentamento do abuso de álcool e outras drogas, a ampliação do acesso ao tratamento do tabagismo na atenção básica, a inclusão de ações voltadas a deficiência e autismo, a criação de um plano estratégico voltado para atenção de crianças, a definição de procedimentos em oficinas terapêuticas, a regulamentação e financiamento dos serviços territoriais de atenção psicossocial, o estabelecimento de um plano para assistência em saúde mental nas penitenciárias.

Destacando-se, entre elas, as portarias 336, 189, 816, 817, 626 de 2002 por estabelecer, definir e financiar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como novo modelo assistencial para atender na comunidade pessoas adultas, crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos graves e abuso de álcool e outras drogas (KANTORSKI et al, 2021).

Apesar das principais portarias do CAPS terem surgido nessa época, anteriormente já existiam legislações que regulamentavam os Núcleos de Atenção Psicossocial. Contudo, podemos observar que entre 1980 e 1988, existiam apenas 6 desses serviços. Entre 1990 e 2000 eram 220. Em 2002 - 424 e em 2010, houve um crescimento mais expressivo de 1620 CAPS no Brasil (KANTORSKI et al, 2021).

Já em 2011, após a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, foi expedido o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei 8.080 de 1990, fundamentando toda a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) do país (BRASIL, 2011).

Segundo Kantorski et al (2021, p. 16, grifo próprio),

Neste período [de 2010 à 2012] 20 portarias foram expedidas (2.841, 4.279, 122, 1.473, 2.026, 2.338, 2.648, 3.088, 3.089, 3.090, 121, 123, 130, 131, 132, 148, 349, 1.306, 857, 3.124) que regulamentaram os componentes da rede de atenção psicossocial no que se refere a assistência hospitalar, aos Centros de Atenção Psicossocial, inclusive os de álcool e drogas 24 horas, a urgência, os consultórios de rua, as unidades de acolhimento, os serviços residenciais terapêuticos, núcleos de atenção à saúde da família com uma ênfase ao crack

Ainda, além desse histórico da luta antimanicomial, os transtornos mentais são um desafio crescente dos sistemas de saúde, afetando até 25% das pessoas ao longo da vida, sendo o acesso a tratamentos efetivos um problema na maioria dos países devido gastos públicos inadequados em saúde mental, baixa detecção e escassez de cuidados especializados, segundo Saraiva, Zepeda e Liria (2020).

Cabe salientar que as portarias normatizam a rede, mas as pessoas têm o papel de operacionalizá-la, havendo divergências entre o formal e o prático que serão melhor retratados ao longo deste trabalho.

Diante desse cenário, principalmente após a criação da Portaria 3.088 de 2011, houve a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) sem incluir o hospital psiquiátrico e reconhecendo outros componentes como também promotores de cuidado em saúde mental como a atenção básica, os serviços de urgência e emergência, entre outros (KANTORSKI et al, 2021).

Dessa forma, a partir das Portarias acima citadas, a RAPS foi concebida como um modelo de atenção articulado e humanizado, sendo de responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde “[...] desenvolver ações de promoção de saúde mental (...) sempre que necessário, com os demais pontos da rede” (BRASIL, 2011), enquanto é de responsabilidade dos CAPS “[...]”

supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou o módulo assistencial” (BRASIL, 2002) na atenção do paciente em saúde mental.

Assim, a Unidade de Saúde (UBS/ESF), como espaço mais próximo à comunidade local, onde as pessoas em sofrimento vivem e devem estar inseridas socialmente, torna-se imprescindível que se articule com a Saúde Mental nesse novo modelo assistencial, uma vez que se configura em porta de entrada do setor e que existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudável (IGLESIAS; AVELLAR, 2014).

Infelizmente em 2017 portarias e resoluções (Resolução CIT 32, Portarias GM/MS 3588 e 2663, Portaria Interministerial n.2, Portarias de consolidação n. 3 e 6) apontaram para um retrocesso nessa reforma psiquiátrica ao considerar os hospitais psiquiátricos como parte constitutiva da RAPS, reafirmando essa instituição e fortalecendo seu financiamento com recursos público através da Portaria GM/MS 2434, que reajusta o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias (KANTORSKI et al, 2021).

Segundo Kantorski et al (2021, p. 16),

No início de 2019 a Nota Técnica nº 11 do Ministério da Saúde explicita contradições da reforma psiquiátrica brasileira e indica uma posição ideológica de gestores públicos que consideram o hospital psiquiátrico, como um serviço da rede de atenção psicossocial, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza.

Ao incluir o hospital psiquiátrico na RAPS, incluir o financiamento de equipamentos de eletroconvulsoterapia, e sustentar o financiamento de serviços das comunidades terapêuticas de cunho religioso, sem equipe técnica multidisciplinar, se recicla a velha política do manicômio, evidenciando um processo de desmonte e de fragilização da rede de atenção psicossocial (KANTORSKI et al, 2021). Recentemente, desde início de 2023, tem sido possível observar retomada de políticas com incentivo para componente estratégico e psicossocial da política nacional de saúde mental.

Com isso, ao fazer esse recorte histórico da saúde mental no Brasil, não poderíamos deixar de considerar que essa pesquisa também é uma tentativa de reconhecer e fortalecer as práticas integradoras de uma luta emblemática contra o manicômio e os retrocessos no direito à cidadania e na violência com os pacientes com transtorno mental.

Esse panorama aqui apresentado sinaliza uma intencionalidade importante do cuidado em Saúde Mental no Brasil: aquele que ocorra a partir das necessidades dos sujeitos, territorial, a partir da inserção social e com pontos da rede que, articulados, possam cuidar das pessoas nos diferentes contextos de vivência do adoecimento. Um caminho necessário então é discutir como essa efetivação possa ocorrer, e na Atenção Primária à Saúde como componente a ser sensibilizado para a questão.

A produção de cuidado em saúde mental na Atenção Primária à Saúde e seus desafios

Inicialmente essa pesquisa se ateve aos cuidados de aprofundar os conhecimentos sobre o apoio matricial, uma vez que é uma prática reconhecida pelos profissionais no município de Votorantim. Contudo, posteriormente se fez necessário entender melhor a produção de cuidado em saúde mental no território através de outras práticas.

Diante de todo esse contexto histórico da saúde mental no Brasil apresentado e dentre algumas estratégias de operacionalização deste cuidado em saúde mental de forma territorial, surge o apoio matricial, inicialmente descrito como proposta de intervenção por Campos (1999) como um arranjo organizacional para o trabalho em saúde mental, sendo implantado em alguns serviços de Campinas na ocasião. Segundo Avellar (2014, p.02) essa proposta tinha o objetivo de “[...] contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental nos espaços onde circula, por meio de uma construção coletiva de saberes junto às equipes de saúde da família”.

Posteriormente, como proposta do Ministério da Saúde em 2003, para articulação entre a rede de saúde mental e as unidades de saúde, foi considerado um novo modelo de produzir saúde, onde uma equipe de referência (UBS-ESF) e uma equipe de apoio matricial (saúde mental), num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção e cuidado em saúde mental dentro da atenção primária. Nesse sentido, caberia à Equipe de Referência conduzir o caso e à Equipe de Apoio assegurar suporte e assistência técnico-pedagógica (FIGUEIREDO, SOUSA E ALVES, 2021 e CAMPOS, 2009).

Em outras palavras, o apoio matricial em saúde mental tem a função de dar suporte, intervir conjuntamente e capacitar os profissionais da Unidade de Saúde no cuidado à saúde mental, promovendo a corresponsabilização dos casos existentes e aumentando a capacidade resolutive das equipes de referência no manejo com esses usuários (IGLESIAS e AVELLAR, 2014). Contudo, além do apoio matricial, existem outras formas de se produzir cuidado no território que serão melhor elucidadas ao longo desse trabalho como as Práticas Integrativas Comunitárias e as Tecnologias Leves, por exemplo, que serão melhor elucidadas adiante.

Quando realizado levantamento na literatura existente sobre a temática, podem ser localizadas produções de revisão de literatura, mas também muitos textos que abordam experiências de trabalho, assim como detalhamento sobre os desafios e potencialidades no exercício de sua prática em diferentes contextos. Por isso, como forma de contextualizar essa pesquisa, abaixo encontram-se algumas dessas produções.

O **apoio matricial ou matriciamento** deve ter como princípios: as noções de interdisciplinaridade; a relação de longitudinalidade que propicia o vínculo; o tempo para a escuta; o sigilo; o respeito; a não dissociação saúde física e mental, a sensibilidade para identificar o sofrimento; a demanda da pessoa; a forma de ajuda; a unificação da linguagem e o intercâmbio entre os profissionais; a integralidade da atenção; resolutividade e acessibilidade (HIRDES, 2015).

Em relação aos desafios encontrados na implantação do apoio matricial, alguns autores (IGLESIAS e AVELLAR, 2014, 2019; HIRDES, 2015; CHAZAN et al, 2019; SARAIVA, ZAPEDA e LIRIA, 2020; CARNEIRO DOS SANTOS e MAGALHÃES BOSI, 2021) evidenciam dificuldades em três aspectos principais que serão melhor elucidados a seguir, sendo eles: **problemas relacionados aos serviços e profissionais envolvidos, aos usuários dos serviços e a gestão.**

Em relação aos **problemas relacionados aos serviços e aos profissionais**, achados referem que os serviços ainda apresentam concepções congruentes com um projeto de institucionalização e medicalização, apresentando dificuldade no confronto dos modelos biomédicos e da ampliação da clínica (CARNEIRO DOS SANTOS e MAGALHÃES BOSI, 2021; HIRDES, 2015). Contudo, parte desses desafios foram associados a dificuldade de encontrar formações acadêmicas que abordam o tema de saúde mental mais a fundo, dependendo da disponibilidade de cada profissional em buscar formações complementares (IGLESIAS e AVELLAR, 2014).

Devido a dependência da disponibilidade e perfil de cada profissional, Hirdes (2015, p.10) propõe uma reflexão a respeito das características pessoais necessárias para que o apoiador (matriciador) desenvolva um bom trabalho: “[...] gostar da APS, socializar o conhecimento, ter humildade e disponibilidade para considerar posições diferentes, circular em diferentes territórios, além de ser receptivo ao inusitado”. Portanto, nem todo profissional encontra facilidade em realizar esse trabalho, pois há um aspecto relacional no nesse apoio matricial que precisa ser desenvolvido.

Nesse sentido, Saraiva, Zapeda e Liria (2020) definem quatro componentes indispensáveis do apoio matricial, sendo eles: **o suporte educacional** (técnico-pedagógico),

suporte assistencial (atendimentos especializados), **a regulação** (organização dos fluxos, vagas e discussões através da priorização de casos), **e a cogestão** (transversal e de comum acordo entre as equipes).

Entretanto, quando falamos desse aspecto relacional, foram observadas confusões quanto a proposta e as responsabilidades compartilhadas em algumas pesquisas (IGLESIAS e AVELLAR, 2014; CHAZAN et al, 2019), sendo possível apreender “[...] certa aspereza nas relações entre profissionais em um movimento de nomeação de culpados em relação a um caso, por exemplo, entendido por alguns com malsucedido” (IGLESIAS e AVELLAR, 2019, p.07).

Em relação aos usuários dos serviços, essas pesquisas trazem poucos resultados a respeito de sua compreensão, porém, segundo Hirdes (2015), esses resultados trazem um evidente desconforto dos usuários em expor suas vidas para diversos profissionais no atendimento compartilhado devido à falta de vínculo.

Já **a respeito da Gestão**, as pesquisas apontam para falta de investimento no preparo e capacitação dos profissionais para transformação dos processos das práticas, e para falta de acolhimento desses profissionais, que acabam desenvolvendo burnout e se afastando dos serviços, aumentando assim a rotatividade desses profissionais (HIRDES, 2015; CHAZAN et al, 2019).

Além disso, foram observados pelos mesmos autores supracitados, dificuldade de encaminhamento dos usuários para o CAPS e para internação quando necessário, devido os arranjos organizacionais diferentes em cada instituição, havendo um hiato nos dispositivos de assistência, conforme descrevem:

Os pacientes graves com intenso sofrimento são acompanhados nos CAPS, os que possuem transtornos mentais comuns ou outros menos graves são acompanhados pelas ESF com o apoio matricial. Porém, os de gravidade intermediária, que se beneficiariam de psicoterapia, por exemplo, ficam em situação difícil ou são atendidos pelos matriciadores, o que deveria ser excepcional e não rotina” (CHIAVERINI et al., 2011; RIO DE JANEIRO, 2016 apud CHAZAN et al, 2019, p.11).

Iglesias e Avellar (2019, p.03) ainda destacam pouco envolvimento da gestão nesses processos, como se o matriciamento fosse “[...] unicamente responsabilidade dos matriciadores dos CAPS e necessário apenas às equipes da Atenção Básica”.

Por outro lado, a respeito das potencialidades do apoio matricial, os autores apontam para potencialização das equipes da atenção primária no cuidado em saúde mental através das trocas compartilhadas de saberes, experiências e angústias, propiciando a corresponsabilidade no cuidado, ampliação da escuta qualificada e maior resolutividade dos casos, e diminuindo os

encaminhamentos sem critérios (IGLESIAS e AVELLAR, 2014; HIRDES, 2015; BELOTTI e LAVRADOR, 2016; CHAZAN et al, 2019; SARAIVA, ZAPEDA e LIRIA, 2020).

Nesse caminho, Belotti e Lavrador (2016) apontam que o **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) se configurou como um grande aliado na construção de decisões e tarefas definidas de modo compartilhado, favorecendo o envolvimento e a responsabilização de todos no cuidado do sujeito com sofrimento psíquico.

Para além dos aspectos mencionados, Fagundes, Campos e Fortes (2021) abordaram a qualificação do cuidado em saúde mental na atenção básica de maneira quantitativa através das ações de Apoio Matricial em Saúde Mental (AMSM) com base nos dados do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), levantando os dados a seguir mencionados.

Levando em consideração que aproximadamente 80% da população terá, pelo menos, um atendimento com seu médico de família durante um ano e, ainda, os transtornos mentais mais comuns (depressão e ansiedade) atingem até 35% de adultos e 51-64% destes encontram-se na atenção primária sem tratamento efetivo (SARAIVA, ZEPEDA, LIRIA, 2020), a atenção básica se mostra um lugar privilegiado para identificar as necessidades de tratamento, sendo o apoio matricial considerado fundamental na qualificação desse cuidado (FAGUNDES, CAMPOS e FORTES, 2021). Contudo, veremos a seguir que outras ações de cuidado podem ser realizadas nesses serviços para além desse dispositivo.

Segundo Fagundes, Campos e Fortes (2021), em 2012 participaram do PMAQ-AB 15.120 ESF e destes 9.057 informaram realizar ações de AMSM, destacando-se as ações de discussão de caso, consultas conjuntas e construção dos PTS. Contudo, dentre essas equipes que realizam o apoio matricial, a ação 1 “consultas clínicas” é a mais frequentemente realizada (85% dos resultados), enquanto a ação 6 “discussão sobre o processo de trabalho” é a menos frequente (representando apenas 24,5%).

Produções sobre saúde mental e APS revelam que, além da intervenção pedagógico-terapêutica do apoio matricial (ALMEIDA et al, 2020; GOUVEIA et al, 2021), podemos observar diversas formas de promover saúde mental na atenção primária, para além do apoio matricial, por intermédio das **tecnologias leves** como **acolhimento, humanização, escuta ativa e vínculo** (SILVA FILHO e BEZERRA, 2018, SILVA, P. et al, 2019; CAMINHA et al, 2021), sendo essas tecnologias consideradas potentes para uma assistência pautada na integralidade do cuidado do indivíduo (SILVA FILHO e BEZERRA, 2018).

Ao falar de tecnologias leves, Merhy et al (2016), define que ela está ligada às relações trabalhador-usuário que, mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos e de

confiança, resultam em processos singulares e micropolíticos onde há abertura para a produção de cuidado.

Dentro dessa perspectiva, as tecnologias leves possibilitam:

Captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico dos trabalhadores de saúde e sua abertura para a existência do outro em sua singularidade [...] É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação com o “paciente” adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo em ato do médico, por exemplo, nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar (MERHY et al, 2016, p. 64).

Nesse cenário, algumas ações terapêuticas comuns que podem ser realizadas por todos os profissionais da atenção primária são: proporcionar ao usuário um momento de reflexão, reconhecendo seu modelo de entendimento; exercer uma boa comunicação através da empatia e da escuta ativa; e acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, oferecendo suporte na medida certa (CHIAVERINI, 2011 apud BRASIL, 2013).

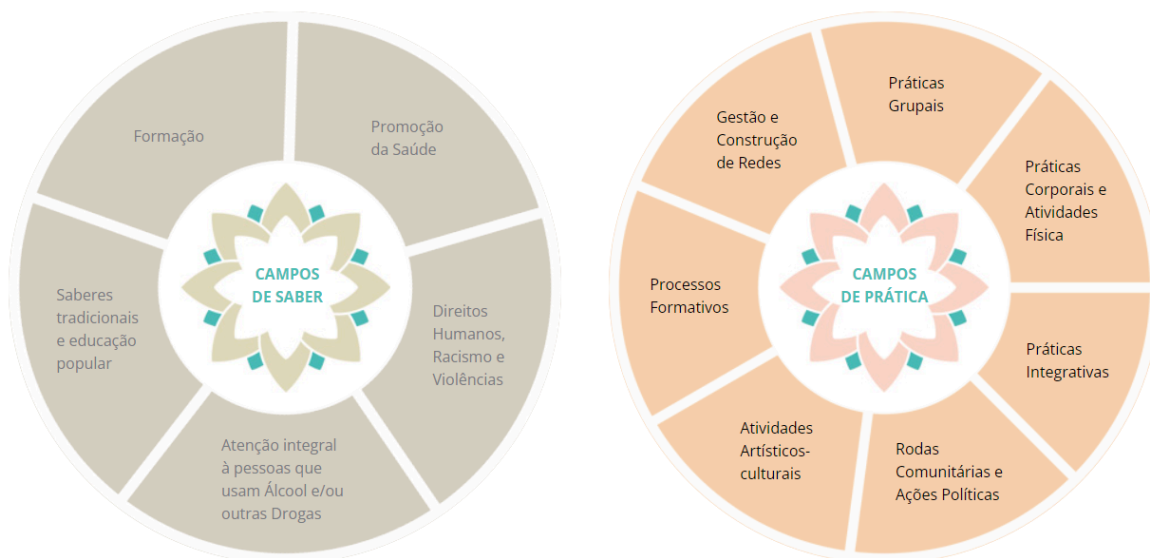
Ainda as pesquisas identificaram instrumentos como a consulta de enfermagem **pré-consulta médica**, **oficinas terapêuticas**, **rodas de conversa**, **interdisciplinaridade**, consultas médicas e fornecimento de medicamentos, **visitas domiciliares**, monitoramento de indicadores, Práticas Integrativas Complementares (PIC's) e **educação permanente em saúde** (ALVAREZ, VIEIRA e FAYLLANE, 2019; SILVA, L et al, 2020; OLIVEIRA et al, 2020; ALMEIDA et al, 2020; BERNIERI et al, 2021; LAMB et al, 2021; TONIN et al, 2021; SALGADO e FORTES, 2021).

Em relação às PICs, elas são práticas que “contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde” (BRASIL, 2013). Nesse sentido, são práticas que ampliam a visão do processo saúde-doença e das possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cuidado do paciente através de ações transversais reconhecidas pelo Ministério da Saúde através da **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)** no SUS (Portaria MS/GM nº 971, de 3 de Maio de 2006), trazendo diretrizes para inserção de ações, serviços e produtos da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, entre outros (BRASIL, 2013).

Além desses achados expostos, uma pesquisa realizada pelo PMA/VPPCB/Fiocruz intitulada “*Desafios para a saúde mental na atenção básica: construindo estratégias colaborativas, redes de cuidado e abordagens psicossociais na Estratégia de Saúde da Família*” desenvolveu dois instrumentos pedagógicos interconectados: O Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial e o Roteiro de Apoio e Facilitação de Processos Formativos em Saúde Mental para a Atenção Básica. E ainda trouxe uma concepção do cuidado

relacionadas ao campo de saber, abarcando os aspectos técnico-pedagógicos do cuidado, e ao campo da prática, abarcando as ações práticas de cuidado, conforme esquema a seguir:

FIGURA 01 - Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial



Fonte: Página do Projeto Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial Disponível em: <<http://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/>>. Acesso 14 de Fevereiro de 2022.

Em contrapartida, no período de pandemia do Covid19, muitas dessas práticas não puderam ser realizadas ou, se puderam, foram realizadas de maneira remota. Contudo, outros instrumentos também foram sendo elaborados para o cuidado à distância, como **aplicativos de autoajuda** relacionados à saúde mental, sendo já comprovados a eficácia desses novos métodos (Sterling et al, 2021; Duarte et al, 2021).

Segundo Sanine e Silva (2021) – utilizando-se dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) coletados em 2018 – ter um ambiente que propicie dispensação de medicamentos e privacidade de consulta, existência de médicos especialistas e reuniões semanais/quinzenais apresentam maior qualidade das práticas de atenção ao cuidado das pessoas de maneira geral, não apenas relacionados exclusivamente às práticas de cuidado em saúde mental.

Além do matriciamento existem diversas práticas em saúde mental que podem ser realizadas no território da atenção primária, assim, ressignificando os referenciais e ações que temos para o enfrentamento ao cuidado patologizante e curativista (TONIN et al, 2021).

Vale ressaltar (mesmo não sendo foco deste estudo) as recentes modificações na Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2436 de 21 de Setembro de 2017) e Programa Previne Brasil (Portaria nº 2979 de 12 de Novembro de 2019), que trouxeram a lógica pautada no

quantitativo para cenário da Atenção Primária, aspecto este que infringe fortemente na diretriz do vínculo, abordagem familiar e relacional.

Ainda sobre essas modificações nas políticas, cabe dizer que tais alterações trouxeram mudanças significativas para o NASF - equipamento importante no exercício do apoio matricial na APS que possibilitou a ampliação dos atendimentos de saúde mental pelas equipes da atenção básica - definido pela portaria nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008, uma vez que esse equipamento sofreu supressão do custeio específico para sua manutenção a partir das políticas citadas de 2017 e 2019, o que resultou no encerramento dos seus trabalhos optados por muitos municípios.

Felizmente, com a Portaria nº 635/2023 que instituiu programa de incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde essa perspectiva foi retomada. Um suspiro de esperança para consolidação de aspectos aqui discutidos e da possibilidade de manter a APS qualificada e ampliando suas possibilidades de ação nos diferentes territórios, inclusive no que diz respeito à saúde mental.

Ainda que haja diversas maneiras de realizar o cuidado em saúde mental e que vários achados estejam apontando para reflexões dessas práticas, ainda há muitos desafios enfrentados nessa prática como o estigma com o paciente, a superação do modelo biomédico, as pressões e desmontes que as RAPS estão vivenciando, a interação fragilizada entre equipes e até a capacitação de profissionais para lidar com essa temática. Daí, surge então, a motivação para essa pesquisa, considerando que existem diferentes formas relatadas de incorporação deste fazer nas práticas das equipes de APS e saúde mental, buscamos compreender, na perspectiva dos profissionais, como a saúde mental acontece na atenção primária em Votorantim.

Justificativa

Considerando que os assuntos relacionados à saúde mental estão cada vez mais difundidos pela população e que o paciente em saúde mental também é acometido muitas vezes por outras doenças, se torna cada vez mais necessário uma rede articulada para atender essas demandas baseando-se nos princípios do SUS, principalmente no quesito da integralidade. Assim, essa pesquisa se mostra importante como uma investigação minuciosa de maneiras de se promover cuidado em saúde mental na APS.

Considerando também o cenário atual de desmontes e retrocessos da RAPS, essa pesquisa se mostra importante para demonstrar a relevância desse tema para os usuários do SUS que necessitam de cuidados em saúde mental, uma vez que as diversas formas de cuidado

aqui estudadas apontam para uma maior efetividade do que o sistema hospitalocêntrico, que invade os direitos da população acometida com transtornos mentais.

Assim, observando o momento exploratório deste trabalho, no qual foram encontradas diversas pesquisas apontando as dificuldades e potencialidades do matriciamento, e as diversas maneiras de se promover cuidado em saúde mental na atenção primária, podemos compreender que essa pesquisa se mostra relevante para acompanhar a implementação e desenvolvimento dessas práticas de cuidado, de maneira que auxilie na reflexão e no fornecimento de subsídios para construção e reformulação de políticas públicas para um cuidado mais integrado, fortalecendo assim o sistema único de saúde.

Além disso, considerando as multifacetadas culturais, históricas e territoriais, bem como as estruturas dos equipamentos do Sistema Único de Saúde de cada região, essa pesquisa se mostra muito relevante para o município de Votorantim e para a região de Sorocaba, no sentido de fornecer subsídios para resolução dos problemas práticos do cotidiano que foram mencionados anteriormente, uma vez que não foram encontrados outros estudos no município que corroborem para essa resolutividade. Principalmente por se tratar de um município com uma cultura manicomial e hospitalocêntrica presente na vida e nas práticas de saúde existentes.

De tal modo, essa pesquisa também se mostra necessária para que possamos refletir sobre nossa prática profissional dentro do SUS, bem como para construir um olhar crítico sobre os problemas emergentes dos desafios no cuidado em saúde mental na atenção primária, uma vez que os problemas nessa área são multifatoriais e de alta complexidade, envolvendo diversos profissionais e setores.

Objetivos

Objetivo Geral:

Identificar e Analisar o cuidado em saúde mental realizado na APS de Votorantim a partir da perspectiva de profissionais desse nível de atenção à saúde.

Objetivos Específicos:

- Compreender como se dá a responsabilidade de cada equipamento da rede no cuidado em saúde mental;
- Mapear as práticas de cuidado em saúde mental na APS que já são realizadas no município por esses profissionais.

- Sensibilizar os profissionais envolvidos para novas ofertas de cuidado em saúde mental na APS em Votorantim aos munícipes.

METODOLOGIA

Sendo esse estudo baseado em um conjunto de sentidos que se complementam como a experiência, a vivência, o senso comum e a ação, compreendemos que ela é considerada uma pesquisa de caráter exploratório, da abordagem qualitativa. E, dessa forma, segundo Minayo (2012), o movimento das pesquisas e análises dessa abordagem se baseia em: compreender, interpretar e dialetizar.

Nesse sentido, cabe salientar que o termo experiência diz respeito a compreensão coletiva expressada pela linguagem, enquanto a vivência é um produto da reflexão pessoal sobre a experiência, ou seja, embora várias pessoas possam viver a mesma experiência, cada uma a elabora de uma maneira diferente. Assim, o senso comum trata-se de um corpo de conhecimentos provenientes das experiências e vivências, constituindo-se de opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir. E a ação está relacionada ao exercício do indivíduo e da comunidade para construir suas vidas a partir das condições da realidade (MINAYO, 2019).

Para tanto, como estudo da abordagem qualitativa percorrerá três etapas importantes, propostas por Minayo (2019):

1. **Fase Exploratória:** Onde foi realizado um levantamento bibliográfico com delimitação do objeto de estudo, e escolha do espaço e amostragem da pesquisa
2. **Trabalho de Campo:** Onde se buscou compreender a realidade empírica do objeto de estudo através da coleta de dados individuais e coletivas
3. **Análise e Tratamento do Material:** Que teve o objetivo de unir os dados obtidos através da fase exploratória com o cenário da pesquisa, fazendo uma interpretação contextualizadora e reflexiva.

Cabe salientar que enquanto uma pesquisa no qual o campo de estudo é também o campo de atuação da pesquisadora, não podemos deixar de considerar o papel político da pesquisa e o papel de participação do pesquisador enquanto **sujeito implicado**. Segundo Merhy (2004), todo pesquisador, além de sujeito epistêmico, é um sujeito ideológico, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras. Segundo o autor (p.03, 2004),

O desafio, então, fica pela possibilidade de operar a produção de saberes que são verdades militantes, que fazem sentido para certos coletivos e não outros (para agrupamentos que também estão instituídos mas não no território oficial do científico), mas que permitem aos sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos.

Caracterização do campo de estudo e do problema de pesquisa

Se faz necessário nessa pesquisa contextualizar o problema considerando o recorte realizado dentro do **Município de Votorantim/SP**, discorrendo sobre o histórico de saúde mental e apoio matricial nesse local de estudo. Dessa maneira, o município localiza-se na região metropolitana de Sorocaba e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2021, conta com **124.468 habitantes**.

Segundo dados do Ministério Público (MP), do Departamento Regional de Saúde XVI (DRS) e do Fórum da Luta Antimanicomial (FLAMAS) da Região de Sorocaba, a região metropolitana já foi considerada o maior polo manicomial do país, contando com sete hospitais psiquiátricos particulares em sua região, sendo 4 destes na cidade de Sorocaba. Ao todo, essas instituições tinham mais de 2,7 mil pacientes em condições sub-humanas de “tratamento”, tendo recebido diversas denúncias de movimentos sociais no MP (GARCIA, 2012; SURJUS, RAGGIO e ROSA, 2016).

Nesse sentido, segundo os autores supracitados, o MP Federal, a União, o Estado e os municípios de Sorocaba e região assinaram um Termo de Ajustamento de Conduta em 2012 para o enfrentamento desses problemas, com o objetivo de fortalecer e consolidar uma rede protetiva aos pacientes e garantir tratamento eficaz e humano aos mesmos, sendo este o primeiro TAC tripartite na área de saúde mental envolvendo todas as esferas do governo, o que culminou no fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção das RAPS da região.

A partir desse TAC, Votorantim passou a construir sua RAPS atrelada à Rede de Atenção à Saúde, configurando-se da seguinte forma: 1 CAPS II, 1 CAPS AD e 1 CAPS IJ; 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 5 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 2 Residência Terapêuticas (SRT), 1 Unidade Pronto Atendimento (UPA), 1 Hospital Municipal (com quatro leitos psiquiátricos). Além do Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Especialidades, SAMU, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

Os serviços de atenção psicossocial (CAPS II, CAPS AD e CAPS IJ) foram inaugurados após as portarias e acordos já descritos anteriormente – sendo suas inaugurações em 2004, 2012 e 2016, respectivamente – e a partir de um Ambulatório de Saúde Mental que tinha como

prática habitual um vínculo aproximado e de encaminhamentos aos hospitais psiquiátricos, ou seja, a prática dos profissionais alocados nesses serviços era anteriormente relacionada à lógica manicomial.

Da mesma maneira, o apoio matricial surgiu no município em 2016 para adequação às portarias e diretrizes do Governo - principalmente no âmbito da Clínica Ampliada proposto pela Política Nacional de Humanização - sendo orientado pelo “*Caderno de Atenção Básica n° 34*” (BRASIL, 2013) e pelo “*Guia prático de matriciamento em saúde mental*” (CHIAVERINI, et al, 2011).

Assim, inicialmente o exercício do apoio matricial em saúde mental do município contava com 3 psicólogas e 3 psiquiatras, que pertenciam ao antigo ambulatório de saúde mental do município, divididas entre as UBS/ESF de maneira randômica em duplas (uma psiquiatra e uma psicóloga por unidade), e 1 psiquiatra (do CAPS IJ) acompanhava os leitos de saúde mental do Hospital.

Hoje em dia, com a nova gestão, o apoio psiquiátrico continua contando com 4 profissionais e as equipes continuam sendo divididas em duplas, reduzindo cenários de prática. Contudo, o apoio psicológico passou a contar com 5 profissionais que se dividem entre os CAPS no qual estão alocadas e as unidades da APS (antigamente as 3 profissionais que realizavam o apoio matricial, dedicavam-se integralmente ao matriciamento). Outra alteração importante no apoio matricial com a nova gestão é de que os serviços foram divididos por eixos: Central, Nordeste, Oeste e Sul, e outros serviços foram incluídos nessa assistência, como os Programas Melhor em Casa, Planejamento Familiar, Serviço de Atendimento Especializado (SAE) ao diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, etc. Dessa forma, nessa pesquisa, optamos por realizar um recorte em uma das regiões em questão, que possui 1 ESF e 3 UBS, totalizando 4 equipamentos de atenção primária que foram estudados.

Destaca-se que nesta categorização dos profissionais e serviços, o apoio matricial foi apontado propositalmente como “apoio psiquiátrico” e “apoio psicológico”, pois essa divisão de terminologia é realizada na prática dentro do município também.

Segundo dados coletados em Março/2022 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os quatro equipamentos escolhidos para essa pesquisa somam **105 profissionais**. Tal escolha ocorreu por dois motivos principais: o primeiro é que são unidades as quais a pesquisadora deste projeto também atua como profissional do apoio matricial; o segundo é que acredita-se que devido às particularidades (tipo de estabelecimento, quantidade de profissionais e territórios os quais estão inseridas) dessas quatro unidades esse recorte é o

suficiente para caracterizar o Município de Votorantim, conforme a descrição abaixo dessas unidades.

TABELA 01 - Identificação das Unidades participantes da pesquisa

Unidade de Saúde	Tipo de Estabelecimento	Nº de Profissionais
Unidade A	Unidade Básica de Saúde	41
Unidade B	Unidade Básica de Saúde	27
Unidade C	Unidade Básica de Saúde	25
Unidade D	Estratégia e Saúde da Família	12

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em: Março de 2022

Além disso, em buscas realizadas no intuito de compreender se haviam estudos sobre essa temática no município, foi encontrado um projeto de pesquisa de Arone (2014) que tinha o objetivo de acompanhar a criação de um NASF através do acompanhamento do resultado de alguns indicadores (antes e após a implementação do NASF). Contudo, não foram encontrados dados sobre o andamento dessa pesquisa ou seus resultados e, analisando o território, acredita-se que não tenha se efetivado, uma vez que o município não conta com essa equipe NASF.

Diante desse contexto, podemos analisar que muitas dificuldades observadas no município de Votorantim também são encontradas nos estudos anteriormente citados como: alta rotatividade dos funcionários, dificuldade de entendimento sobre o papel de cada equipe no matriciamento, verticalização dos conhecimentos, falta de capacitação para lidar com o sofrimento humano, falta de espaços construídos para discussão de casos, encaminhamentos feitos de maneira indiscriminada para atendimento individual com os matriciadores, entre outros. Contudo, buscamos mapear nessa pesquisa, dentro desse campo, as práticas que são realizadas de cuidado em saúde mental e quais as potencialidades para outras formas de cuidado.

Participantes da Pesquisa

Todos os profissionais cadastrados nas unidades de saúde definidas como participantes dessa pesquisa foram convidados a participar da primeira etapa que foi realizada através de formulário eletrônico, independentemente do nível de escolaridade, sendo os únicos critérios:

- Serem profissionais alocados em uma dessas quatro Unidades de Saúde da atenção primária da Região Central;
- Não estarem afastados do trabalho no período da coleta de dados;
- Aceitarem o convite para participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme ANEXO 3.

Dos profissionais mapeados, 44 deles não foram abordados diretamente pela pesquisadora, pois – segundo relato dos demais profissionais – alguns estavam de licença médica e outros foram transferidos de Unidade, não aderindo aos critérios acima propostos. Dessa forma, 61 foram abordados pessoalmente (58% de 105 dos cadastrados no CNES) e, destes, 18 responderam ao questionário.

Já para a segunda etapa, que foi realizada de maneira individual através de entrevistas individuais, foram selecionados, de maneira intencional, um profissional por unidade para que fossem aprofundadas as reflexões sobre a temática. Para tanto, os profissionais foram escolhidos conforme os seguintes critérios:

- Aceitarem o convite para participar e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme ANEXO 4;
- Tenham preenchido o formulário eletrônico (APÊNDICE 1);
- Estarem alocados em uma das quatro Unidades da região central, conforme delineamento realizado anteriormente;
- Estejam atuando diretamente no cuidado em saúde mental há pelo menos 1 ano;
- Demonstrem interesse pelo tema pertinente à essa pesquisa, conforme demonstrado na primeira etapa com o preenchimento dos formulários eletrônicos.

Segundo Minayo (2019), a entrevista é a técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo empírico, podendo aportar informações de duas naturezas: sobre fatos e sobre o que se refere diretamente ao indivíduo em relação à realidade que vivencia, sobre sua própria situação.

Cabe esclarecer que nessa configuração de entrevista não há um critério mínimo e máximo de participantes. Contudo, foram entrevistados um participante de cada serviço com o objetivo de se obter representações da realidade desses espaços uma vez que as opiniões, ideias, comportamentos e ações expressadas através do modo de pensar, sentir e agir por parte dessas pessoas têm uma base sociocultural (Minayo, 2019).

Nesse sentido, a entrevista se deu de maneira aberta, onde a pesquisadora fez perguntas de um roteiro semi-estruturado e, a partir das respostas dos participantes, buscou-se dar cada vez mais profundidade à reflexão, não fugindo do escopo da pesquisa.

Cabe esclarecer que o critério de demonstração de interesse pelo tema a partir das respostas ao formulário eletrônico foi uma tentativa de selecionar profissionais que tenham envolvimento com as temáticas relacionadas a esse trabalho, viabilizando a produção de reflexões e questionamentos sobre a sua prática.

Além disso, importante justificar que o critério de não delimitar os profissionais participantes no sentido da formação profissional (ensino superior ou ensino técnico) foi construída devido aos diferentes formatos das Unidades de Saúde que foram selecionadas para participar, envolvendo equipes de ESF e unidades tradicionais.

Os profissionais que não cumpriram os critérios de inclusão mencionados acima e os profissionais que preencheram o questionário semiestruturado, porém não compareceram à entrevista individual após serem convidados foram excluídos da pesquisa.

Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) após assinatura da Secretária de Saúde de Votorantim ao Termo de Autorização de Pesquisa no Município (ANEXO 1) e, somente após aprovação do CEP (nº do Parecer aprovado: 6.108.811), conforme ANEXO 2, se deu início ao desenvolvimento da coleta de dados com o consentimento dos participantes.

Os entrevistados foram orientados em relação ao objetivo desta pesquisa, a forma como ela seria conduzida e os riscos pertinentes a ela. Após esclarecimentos, eles assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido que lhes foi apresentado anteriormente, o qual resguarda o direito de sigilo de sua identidade, podendo encerrar a sua participação a qualquer momento se achar necessário. Além disso, os participantes não serão identificados pelos seus nomes reais, sendo omitida qualquer informação capaz de propiciar a identificação dos mesmos, visando sua proteção e segurança.

Cabe salientar que sendo parte da pesquisa realizada em ambiente virtual (questionários enviados eletronicamente), ela respeitou as *“Orientações para Procedimentos em Pesquisa com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual”* da Comissão de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (2021) e as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde – CNS – nº 466 de 2012 e a de nº 510

de 2016, sendo de primordial esclarecimento os riscos relacionados à pesquisa virtual como dificuldade de assegurar total confidencialidade e risco de sua violação.

Nesse sentido, o formulário eletrônico (APÊNDICE 1) foi estruturado no Google Forms com o TCLE (ANEXO 3) descrito no início da pesquisa para aceite do entrevistado, onde foi ressaltado também a importância do participante guardar cópia de suas respostas, sendo sua assinatura realizada através de dois checks escritos: 1. “Li e aceito os termos do TCLE”; 2. “Compreendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento apenas informando para a pesquisadora meu e-mail”. Posteriormente, ao aceitar os dois checks, o usuário teve acesso às perguntas para livre resposta.

O convite para participação nessa etapa da pesquisa foi realizado através do link e QR Code do formulário, que foi entregue presencialmente, por meio de um panfleto (APÊNDICE 2), e por equipamento eletrônico, utilizando o próprio grupo de mensagens de cada Unidade.

Já na segunda etapa desta pesquisa, considerando que os dados seriam expostos de maneira geral em entrevista individual sem identificação dos sujeitos, foi importante realizar algumas ressalvas éticas em relação à própria dinâmica da entrevista presencial como possibilidade de inibição dos sujeitos frente a essa exposição à pesquisadora.

Considerando essa segunda etapa com riscos um pouco diferentes da primeira, foi decidido realizar dois tipos de Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo o primeiro voltado para etapa do formulário eletrônico (ANEXO 3) e o segundo para a etapa da entrevista individual (ANEXO 4).

Por outro lado, também como ressalva ética, foi importante ressaltar o papel da pesquisadora deste projeto, enquanto profissional implicada que também faz parte desse apoio matricial do município e está inserida como parte do grupo.

Segundo Minayo “[...] a pesquisa qualitativa empírica só pode ser eficiente se o pesquisador se integrar no universo (fenômeno, grupo, instituição) que estuda” (2019, p. 22). Portanto, como participante-total dessa pesquisa (GOLD, 1958 apud MINAYO, 2019) a pesquisadora também teve a pretensão de contribuir com suas vivências profissionais na área, integrando-se ao grupo. Contudo, para minimizar os riscos de perder a perspectiva crítica e a capacidade de estranhamento, e manter a postura mais imparcial possível em relação aos opiniões e respostas coletadas dos colegas, a pesquisadora levou as reflexões e coletas de dado para supervisão de sua orientadora no intuito de aconselhar-se com uma profissional de fora e mais experiente, assim tentando limitar-se aos fatos e reflexões coletados acerca do tema.

Contudo, embora haja os riscos expostos anteriormente, essa pesquisa demonstra risco mínimo e limitado no campo da bioética, sendo seus possíveis benefícios o fortalecimento do trabalho e colaboração em equipe, bem como a possibilidade de reflexão e efetivação do cuidado em saúde mental, pois a partir da compreensão das práticas de cuidado em saúde mental realizadas no território se torna possível aperfeiçoar esse modelo de assistência para um cuidado mais efetivo.

Por fim, considerando a situação de pandemia do COVID19, cabe salientar que essa pesquisa foi prevista com uma etapa online e outra presencial, sendo sua aplicação realizada apenas após aceitação do Comitê de Ética e respeitando tanto o cronograma de atividades presenciais da instituição de ensino, quanto às condições epidemiológicas do momento da coleta (que felizmente estavam favoráveis para ações presenciais no decorrer de sua operacionalização).

Instrumentos

A partir da literatura utilizada e experiências da própria pesquisadora, foram elaborados dois instrumentos de pesquisa: 1) questionário semi-estruturado e 2) roteiro para entrevistas individuais.

O primeiro deles foi **questionário semi-estruturado** (APÊNDICE 1) que teve o objetivo de caracterizar os profissionais participantes e coletar dados de suas vivências individuais, sendo estruturado por meio de perguntas abertas e fechadas, simples e específicas, sobre o perfil desse profissional (nome, idade, formação, tempo de formação, tempo de serviço) e percepções individuais sobre cuidado em saúde mental e práticas de saúde mental desenvolvidas na Unidade de Saúde que atua. Estas perguntas foram adaptadas para o formulário eletrônico, de modo a estimular a participação de maior número de profissionais e não ser um instrumento cansativo para responder.

Pensando no contexto pandêmico vivido, nos aspectos ambientais (de economia de papéis) e na maior facilidade de coletar informações através de formulários online, esse questionário semi-estruturado foi enviado aos profissionais que preencheram os critérios de inclusão, por meio de recursos tecnológicos, após o esclarecimentos éticos sobre a pesquisa, sendo fornecido um prazo para seu preenchimento.

Contudo, para não correr o risco de não ouvir, de maneira livre, as relevâncias que os profissionais gostariam de expressar (MINAYO, 2019), foram realizadas **entrevistas individuais**

com alguns participantes selecionados intencionalmente com o objetivo de abarcar também suas experiências individuais, contribuindo para novas construções de saberes através da reflexão.

Para possibilitar essa reflexão, a entrevista individual foi realizada em sessão única com duração de aproximadamente uma hora com um roteiro prévio (APÊNDICE 3) com um participante de cada serviço, considerando este um número suficiente de sessões e de tempo de duração.

Por fim, tais instrumentos foram previamente testados e respondidos por pessoas com perfil semelhante em formato de projeto piloto, de diferentes faixas etárias e formações, para garantir que os objetivos e questionamentos da pesquisa estivessem claros e concisos. Posteriormente a essa revisão e aprovação pelo Comitê de Ética, se deu início a produção dos dados a partir desses instrumentos, conforme já descrito.

Procedimentos para Coleta de Dados

Essa pesquisa seguiu os procedimentos elencados a seguir:

Etapa 1: Apresentação da Pesquisa às Unidades selecionadas e convite à participação por meio do preenchimento do Formulário Eletrônico:

Foi realizado um encontro com os profissionais das Unidades de Saúde selecionadas no mês de Julho/2022, dentro da própria reunião mensal da Unidade, com toda a equipe para explicar os objetivos dessa pesquisa e seu desenvolvimento, de maneira a fornecer informações importantes para tomada de decisão em relação a sua participação na pesquisa. Posteriormente, os profissionais foram abordados individualmente durante o mês de Agosto/2022 para entrega de um panfleto (APÊNDICE 2) com as informações pertinentes da pesquisa e o link/QR Code para acesso ao formulário eletrônico.

Com relação ao preenchimento do questionário, cabe ressaltar que anteriormente os profissionais foram orientados a respeito do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), bem como os objetivos e a estruturação desse projeto, para que fosse possível a coleta de dados de forma fidedigna, ética e segura. Além disso, foram tomados alguns cuidados para que o participante se sentisse à vontade para colaborar com a pesquisa, não prejudgando sua postura ou opinião acerca do tema e respeitando sua livre forma de expressão.

Nessa etapa da pesquisa, foi fornecido um prazo de um mês para que os funcionários participassem (de Agosto à Setembro de 2022) e toda semana esses profissionais foram

incentivados a participarem através de mensagens por aplicativo eletrônico (WhatsApp) com o objetivo de aumentar a participação e o engajamento destes.

Após organização dos dados produzidos nesta etapa, foi possível identificar alguns profissionais com proximidade e interesse na temática para serem convidados a participar da continuidade do projeto.

Etapa 2: Entrevistas Individuais com profissionais

Após o preenchimento dos formulários, os profissionais foram selecionados de maneira intencional durante o período de Outubro à Dezembro de 2022 (um por unidade de saúde) conforme interesse pelo assunto para uma entrevista individual que seria realizada fora da unidade de saúde a princípio. Foi preciso, para cumprimento desta etapa, negociações com gestores para viabilizar participação dos profissionais, o que foi realizado pela pesquisadora.

Dessa forma, as entrevistas individuais foram iniciadas em Fevereiro de 2023 e finalizadas em Junho de 2023, sendo uma delas realizada de maneira presencial em local que não a unidade de saúde e três delas realizadas por meio eletrônico via Google Meet a pedido dos participantes.

Essas entrevistas tiveram duração de uma hora aproximadamente e seguiram roteiro previamente estruturado (APÊNDICE 3), voltado para explorar as perspectivas individuais desses profissionais em relação ao cuidado em saúde mental na atenção primária do município e para aprofundar as discussões através da validação dos achados nos formulários eletrônicos. Esses encontros foram conduzidos pela pesquisadora e foram realizados registros por meio de equipamento de gravação de voz, para posterior transcrição pela pesquisadora.

Cabe salientar que nessa entrevista também foram inicialmente esclarecidos: 1. a rotina da reunião e sua duração; 2. o porquê da escolha dos participantes; 3. a forma de registro do trabalho que seria por meio de equipamento de áudio para posterior transcrição pela pesquisadora; 4. a garantia do sigilo de seus registros e preservação de seus nomes; 5. a anuência dos participantes.

Etapa 3: Elaboração do Produto Técnico

Pretende-se, posteriormente à essa pesquisa, realizar um encontro com a Secretaria Municipal de Saúde e os gerentes das Unidades de Saúde para uma devolutiva sobre os resultados dessa pesquisa com o objetivo de agregar conhecimento e reflexões para as rotinas de trabalho. Desse modo, como etapa dessa pesquisa foi construído um produto técnico advindo da execução desse estudo como forma de material educativo (APÊNDICE 4).

Este material foi elaborado a partir da literatura encontrada sobre o tema e dos achados dessa pesquisa. Ao indicar potências e lacunas ainda existentes sobre assunto estudado, forneceu subsídios para este produto técnico que poderá ser utilizado em diferentes situações no município em questão.

Procedimentos para análise dos dados

Na pesquisa qualitativa podemos encontrar muitas contingências e condições entre as informações coletadas que dificultam a análise dos dados de maneira válida e suficiente, sendo importante compreender e internalizar os termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a nossa investigação (MINAYO, 2019).

Nesse sentido, Minayo (2019) descreve algumas etapas imprescindíveis e sucessivas no trabalho de análise em pesquisa qualitativa que foram seguidos neste estudo da seguinte maneira:

1. **Ordenação e Organização do Material**, a partir do qual o pesquisador vai se impregnando das informações e observações de campo e de seu sentido, através de leituras horizontais.
2. **Categorização**, como busca das unidades de sentido a partir da elaboração transversal do conjunto (ou subconjunto) do material empírico
3. **Contextualização** dos Conjuntos, como maneira de mostrar os pontos principais que os interlocutores quiseram conferir relevância
4. **Interpretação de segunda ordem**, como novo processo de problematização para colocar o material classificado no contexto das questões teoricamente atualizadas

Segundo Minayo (2019, p. 29), a conclusão dessa análise deve “[...] apresentar um texto capaz de transmitir informações concisas, coerentes e, o mais possível, fidedignas”. Contudo, ele não deve ser um trabalho meramente descritivo dos resultados, mas também deve explicitar as condições e dificuldades do campo, de análise e de interpretação, bem como devem promover subsídios para reflexões e construções de sentido.

A partir dessa delimitação e diante de todo o exposto até o momento, a metodologia aqui adotada é a análise temática, que pode ser definida como uma busca minuciosa e sistemática por núcleos de sentido que compõem os dados coletados e que permitem inferência de conhecimentos relativos a esses dados.

Segundo Minayo (2019, p.316), a análise temática é operacionalizada a partir de três etapas que também já foram descritas brevemente anteriormente, a saber:

1. **Pré-Análise:** consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa.
2. **Exploração do Material:** consiste na busca por categorias do conteúdo
3. **Tratamento dos Resultados e Interpretação:** consiste nas inferências e interpretações baseadas nos dados brutos obtidos, inter-relacionando-os com o quadro teórico desenhado inicialmente.

Dessa maneira, os dados produzidos a partir deste estudo advindos das respostas ao formulário e entrevistas compuseram um mural de informações, que, juntos, serão apresentados e analisados a partir de núcleos de sentido semelhantes a seguir.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA

Dos 105 profissionais identificados nas 4 unidades de estudo no CNES, 61 foram abordados pessoalmente pela pesquisadora, o que caracteriza 58% dos trabalhadores cadastrados. Enquanto que 44 funcionários não foram localizados ou abordados diretamente pela pesquisadora, não sendo possível convidá-los para participação por diversos motivos, inclusive transferência de unidade de saúde. Vale ressaltar que é de responsabilidade de cada município o cadastro e atualização desses dados no CNES, mantendo as informações de cada equipe de saúde atualizada no sistema.

Dos 61 profissionais abordados, **18 responderam ao formulário**, representando 29,5% de participantes efetivos. Contudo, cabe destacar que, embora quantificar não seja tão relevante para uma pesquisa qualitativa, pois o importante é a qualidade dessa amostragem e a saturação dos assuntos abordados (FONTANELLA et al, 2011), essa porcentagem de participação vêm se mostrando também em outras pesquisas sobre essa temática.

Em relação às respostas obtidas nos formulários eletrônicos coletados de maneira individual, podemos descrever 3 grupos de resultados:

- a) Caracterização dos Participantes;
- b) Identificação e Mapeamento das atividades de saúde mental desenvolvidas no município, quem faz isso acontecer e os desafios enfrentados nos equipamentos da atenção primária;
- c) Considerações individuais sobre a temática que foram desenvolvidas em respostas às questões abertas.

Caracterização dos Participantes

Podemos observar que dos 18 funcionários que responderam ao formulário de maneira proporcional entre as quatro unidades, 16 eram do gênero feminino e 2 do gênero masculino, com idades entre 18 e mais de 50 anos, com menos de 1 até mais de 16 anos de atuação na unidade de saúde pesquisada, com formação de nível médio (bolsista), técnico (auxiliar/técnico em enfermagem e assistente administrativo) e superior (médico, enfermeiro e dentista).

A respeito das unidades participantes, cabe dizer que embora a única Estratégia de Saúde da Família (ESF) seja a que menos tem funcionários abordados (n=12), acaba por se equiparar às demais em número de participação (TABELA 01). Segundo Moro (2017), isso pode ocorrer devido ao modelo de atenção desse serviço, que influencia no interesse pelo cuidado em saúde mental, pois a ESF é tida como um modelo reorientador da atenção e do processo de trabalho do SUS (Santos RC, Bosi MLM 2021).

TABELA 02 - Comparação entre o nº de funcionários cadastrados no CNES em Março/2022 e a quantidade de participantes na pesquisa por Unidade.

Unidade de Saúde (Tipo de Estabelecimento)	Quantidade de Funcionários (CNES)	Quantidade de Participantes na Pesquisa	Percentual de Participação por Unidade
Unidade A (UBS)	41	4	10%
Unidade B (UBS)	27	4	15%
Unidade C (UBS)	25	6	24%
Unidade D (ESF)	12	4	34%

Fonte: Elaborado pela autora.

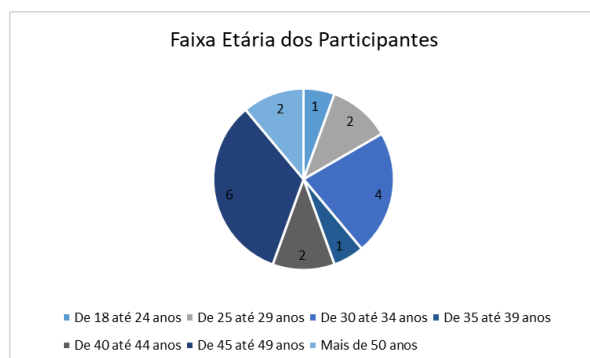
Em relação à unidade que teve mais participantes (Unidade C), a pesquisadora deste projeto, enquanto psicóloga também implicada nesse processo, observa na prática ser a unidade

que mais participa do modelo de matriciamento atual, oferecendo maior abertura para a atuação da profissional de psicologia e para discussões de casos.

Conforme já estudado anteriormente, Hirdes (2015) e Moro (2017) propõem que um dos fatores que facilitam o cuidado em saúde mental estejam relacionados ao vínculo entre profissionais (da atenção primária e do apoio matricial) em um trabalho intersetorial e interdisciplinar, além da organização da atenção à saúde mental em rede. Portanto, entendemos que alguns desses achados científicos também auxiliam a compreender o recorte da realidade do município de Votorantim e que podem ser hipóteses explicativas dos resultados encontrados. Contudo, há outras possibilidades de justificativas para essa lacuna de adesão por outras unidades como, por exemplo, a alta demanda de trabalho, a pouca compreensão sobre a importância e o objetivo dessa pesquisa por parte das outras unidades de saúde, etc.

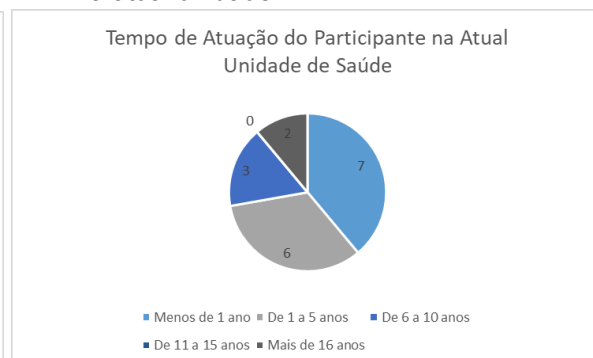
Além disso, desses profissionais participantes, a grande maioria tem mais de 30 anos (N=15) e está até no máximo 5 anos na Unidade atual (N=13), conforme dados descritos abaixo nos gráficos:

GRÁFICO 01 - Faixa etária dos participantes



Fonte: elaborado pela autora

GRÁFICO 02 - Tempo de atuação do participante na atual unidade



Fonte: elaborado pela autora

A partir desses dados, podemos fazer inferências quanto ao contexto histórico-cultural no qual esses profissionais estão inseridos e se profissionalizando, no intuito de discutir sobre as formações destes e sobre o reconhecimento do que é o cuidado em saúde mental para essas pessoas.

Embora não tenhamos dados sobre o tempo de formação desses profissionais, esses dados parecem corroborar com os encontrados por Montemezo (2018) e Iglesias e Avellar (2019) que apontam para uma graduação inadequada que ainda parece transmitir noções superficiais e fragilizadas nos cursos ministrados nas Faculdades em relação à Psiquiatria, priorizando o conteúdo teórico de patologias, deixando aquém os aspectos práticos relacionados ao cuidado integral do sujeito.

Uma vez que a TAC de fechamento dos hospitais psiquiátricos da região é de 2012 e é, a partir de então, que se inicia a abertura para um novo modelo assistencial em saúde mental, constituído através de uma RAPS. Portanto, são 10 anos de história de tentativas de cuidado em saúde mental de maneira diferenciada e, considerando esses 10 anos em comparação ao tempo de uma prática culturalmente hospitalocêntrica na região, podemos compreender que a construção dessas práticas é recente e os profissionais estão inseridos nesse contexto de transformação tanto em sua carreira profissional quanto em suas vidas pessoais.

Dessa forma, uma das justificativas para os desafios encontrados na atuação em saúde mental na atenção primária talvez seja a formação desses profissionais e suas crenças sobre o cuidado em saúde mental que foi construído de maneira sócio-histórico-cultural.

Segundo Oliveira et al (2022), a complexidade da saúde mental, sua intersectorialidade e transversalidade de saberes requer a ampliação das fronteiras entre saúde e doença, o que requer também a desconstrução da educação tradicional do modelo biomédico.

Por outro lado, os dados apontam que ainda que esses profissionais tenham mais de 30 anos, eles estão há no máximo 5 anos na unidade atual (N=13), sendo possível pensar que talvez a rotatividade de profissionais (turnover) e a descontinuidade de projetos afeta diretamente o matriciamento ou o cuidado em saúde mental, assim como apontado por outras pesquisas levantadas (HIRDES, 2015; CHAZAN et al, 2019; CARNEIRO DOS SANTOS e MAGALHÃES BOSI, 2021).

Em relação à ocupação profissional desses participantes no momento da pesquisa, um número elevado de profissionais se autodeclararam auxiliar ou técnico de enfermagem, porém também obtivemos resultados de dentistas, médicos, bolsistas, assistentes administrativos, enfermeiros e gerentes, conforme gráfico a seguir:

GRÁFICO 03 - Ocupação profissional dos participantes



Fonte: elaborado pela autora

Compreendemos que para a efetivação do cuidado em saúde mental na atenção primária deve-se, primordialmente, construir uma linha de cuidado de forma interdisciplinar que abarque desde a recepção desse usuário até a exploração de outros temas de grande relevância para o

bem-estar físico, psíquico, social e mental como, por exemplo, a higiene bucal. Contudo, nota-se curiosamente a participação de 2 dentistas, 1 bolsista e 1 assistente administrativo nessa pesquisa que não se reconhecem fazendo o cuidado em saúde mental em sua rotina de trabalho.

Em relação ao cuidado odontológico, observamos poucos referenciais sobre o tema atrelado ao cuidado em saúde mental na atenção primária, principalmente pela falta de capacitação desses profissionais para lidarem com as alterações psicológicas que o atendimento odontológico pode despertar nos usuários. Contudo, o interesse desses dois profissionais em participar da pesquisa se mostrou genuíno, assim como em outros achados científicos, que apontam que isso decorre devido ao grande número de casos de usuários com transtornos mentais e as dificuldades cotidianas do fazer clínico (CURADO et al, 2011).

Segundo Curado et al (p. 45, 2011), “nos consultórios odontológicos, o sentimento de medo é uma constante, em decorrência de um histórico da profissão associado à prática de punição, sofrimento ou dor odontológica”. Da mesma forma, Jamelli (2010), aponta em sua pesquisa que 72,5% de seus entrevistados, que eram pacientes das residências terapêuticas, foram identificados como indivíduos desdentados totais ou parciais, necessitando de próteses.

Dessa maneira, não podemos nos esquecer do descaso e negligência históricos à que os pacientes psiquiátricos foram submetidos quando da permanência em hospitais psiquiátricos (Jamelli, 2010). Contudo, sendo a saúde bucal parte das políticas públicas em saúde atuais, observamos a importância da participação desses profissionais na perspectiva de superação da prática focada na técnica odontológica para garantir a integralidade ao usuário e de um resgate da dívida histórica com os desassistidos em saúde bucal, sendo esse profissional também responsável por detectar e cuidar do usuário em sofrimento mental.

Em contrapartida, observamos que algumas categorias profissionais como Médico (a) Ginecologista/Obstetra, Assistente Social, Psicólogo, Farmacêutico, Auxiliar em Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde e Auxiliar de Serviços Gerais/Limpeza, pertencentes às equipes em questão, não participaram da etapa 1 da pesquisa.

Em levantamentos bibliográficos realizados, observamos que há poucos estudos que incluem os profissionais de serviço social, farmacêuticos, auxiliares em saúde bucal e auxiliares de serviços gerais/limpezas, sendo o maior enfoque na atuação do médico, do enfermeiro e da equipe do apoio matricial, muitas vezes composta por psiquiatras e psicólogos alocados em CAPS ou em equipes NASF. Dessa maneira, a ausência de participação desses profissionais vai ao encontro com os outros achados científicos. Além disso, observamos uma maior participação dos agentes comunitários de saúde em pesquisas sobre os NASFs e as ESFs, o que acabou por não se configurar neste estudo.

Em relação à atuação direta no cuidado em saúde mental no trabalho, 66,7% dos participantes (N=12) responderam que não atuam diretamente com o cuidado em saúde mental,

sendo eles: 6 auxiliares/técnicos de enfermagem, 1 enfermeiro, 2 dentistas, 1 gerente de unidade, 1 assistente administrativo, 1 bolsista. Já em relação aos 33,3% que responderam que atuam diretamente nesse cuidado (N=6), observamos que eles são: 4 médicos (3 clínicos, 1 psiquiatra) e 2 auxiliares/técnicos de enfermagem. Ao nos depararmos com esse dado, é curioso perceber que embora a maioria não se reconheça atuando diretamente nesse cuidado, eles dedicaram-se a responder ao formulário de maneira satisfatória, debruçando-se sobre as perguntas abertas também que não eram obrigatórias ao preenchimento. Isso pode significar que embora eles não se reconheçam fazendo esse cuidado, eles demonstram interesse pela temática.

Em contrapartida, há de se notar que os profissionais que se reconhecem fazendo esse cuidado, invariavelmente a maioria (n=4) são médicos, o que nos aponta para uma prática ainda centrada no profissional da medicina e, talvez, no modelo biomédico, como proposto por Cardoso et al (2022).

Além disso, apenas uma enfermeira respondeu ao questionário e ela não se reconheceu fazendo cuidado em saúde mental. Contudo, a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem que participaram (6 de 8) reconhecem esse serviço sendo feito pelos enfermeiros. O que aponta para uma contradição entre o fazer e a percepção desse fazer.

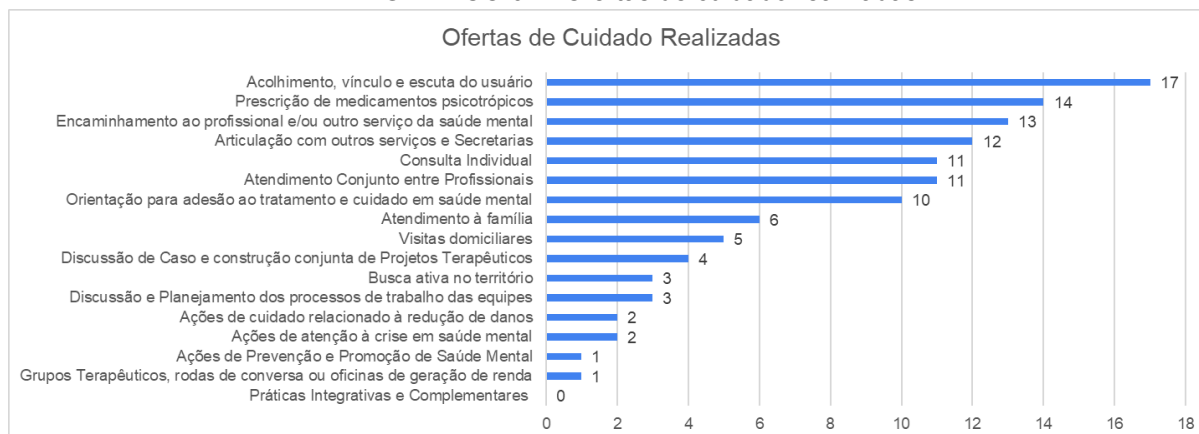
Segundo Cardoso et al (2022), a literatura aponta que os profissionais da APS, especialmente médicos e enfermeiros, sentem-se sobrecarregados, por compreenderem que as práticas de saúde mental pertencem aos especialistas no assunto e não as suas praxis, o que também pode estar relacionado a não-percepção dessa atuação. Os dados coletados nessa pesquisa apontam para uma não-percepção de um trabalho que vem sendo realizado, mas que não é nomeado de tal forma, conforme ainda vamos discutir a seguir.

Consideramos que o interesse de profissionais de diversas áreas de atuação na participação dessa pesquisa pode ser um importante avanço no engajamento de equipes interdisciplinares no cuidado em saúde mental no município, uma vez que eles demonstram interesse pela temática, ainda que não se reconheçam participando efetivamente ainda nesse cuidado.

Identificação e Mapeamento das atividades de saúde mental desenvolvidas no município

Nesta seção, discutiremos as ações de saúde mental identificadas e nomeadas pelos participantes, conforme se vê a seguir. Iniciando pelo Gráfico 4, é possível observar as ofertas de cuidado que foram percebidas como realizadas nos cenários de trabalho em que estão inseridos.

GRÁFICO 04 - Ofertas de cuidado realizadas



Fonte: elaborado pela autora

A listagem de práticas de cuidado que consta na pergunta do formulário foi elaborada a partir de experiências exitosas localizadas na literatura (ALVAREZ, VIEIRA e FAYLLANE, 2019; SILVA, L et al, 2020; OLIVEIRA et al, 2020; ALMEIDA et al, 2020; BERNIERI et al, 2021; LAMB et al, 2021; TONIN et al, 2021; SALGADO e FORTES, 2021), na página do projeto “Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial” realizado pela Fiocruz, e do próprio “*Caderno da Atenção Básica - Número 34*” desenvolvido pelo Ministério da Saúde (2013), contudo, também havia uma alternativa denominada “outros” onde o funcionário poderia descrever outras ofertas que ele identificasse, embora ninguém tenha utilizado esse recurso.

Ao observarmos os dados quantitativos expostos na tabela, nota-se uma menor frequência da atuação como espaços coletivos (grupos terapêuticos, rodas de conversa, etc) e a realização de um cuidado que se dá principalmente no formato de acolhimento, vínculo e escuta do usuário (N=17), o que parece corresponder à percepção de que o cuidado em saúde mental é realizado no município para além do cuidado especializado (psicológico ou psiquiátrico).

Com relação ao acolhimento, vínculo e escuta do usuário, outras pesquisas também apontam para a importância dessas tecnologias leves para o fortalecimento da relação entre os sujeitos da tríade profissional-usuário-família, salientando a importância de desenvolver espaços para a construção participativa do cuidado (CARDOSO et al, 2022; OLIVEIRA et al, 2017, HIRDES, 2015, FROSI E TESSER, 2015; FRANCO, PANIZZI, FOSQUIERA, 2004). Entretanto, o fato de não apontarem inicialmente as PICs sendo realizadas, parece corroborar com o não reconhecimento de tais ações de cuidado.

Em contrapartida, também observamos um cuidado massivamente realizado através da prescrição de medicamentos psicotrópicos (N=14) e de encaminhamento ao profissional especialista (N=13) ou articulação com outros serviços (N=12), e um baixo olhar para um cuidado integral com discussões de caso e construção de projeto terapêutico singular (N=4), de ações de prevenção e de grupos ou rodas de conversa (N=2). Esses dados são compatíveis com

os encontrados em outras pesquisas científicas (FAGUNDES, CAMPOS E FORTES, 2021). Conforme descrito na caracterização dos participantes, a maioria que se vê fazendo esse cuidado são médicos e isso também ajudaria a explicar o cuidado sendo feito expressivamente de maneira medicamentosa.

Segundo Silva, Santos e Tesser (2022), embora em alguns momentos os psicofármacos viabilizem a inibição de sintomas em curto prazo, o seu uso vem sendo associado à pior evolução em longo prazo em qualidade de vida, autonomia e funcionalidade social, sendo os melhores resultados associados ao diálogo, mediação das relações sociais e familiares, e abordagens terapêuticas individuais e grupais não-farmacológicas, o que reforça a importância do olhar para o cuidado integral com discussões de caso, construções de projeto terapêutico singulares e de ações grupais de prevenção. Contudo, podemos inferir com os dados dessa pesquisa uma dificuldade nesse fazer não medicamentoso.

Por outro lado, alguns autores (CARDOSO et al, 2022; MONTEMEZO, 2018; HIRDES, 2015), também notaram em suas pesquisas a resistência e não responsabilização de alguns profissionais da atenção primária na atuação do cuidado em saúde mental, destacando-se a visão de que os pacientes que necessitam desse cuidado deveriam ser assistidos somente por especialistas.

Segundo Bernieri, Hirdes, Vendruscolo e Zanatta (2021), os estudos acerca das práticas assistenciais em saúde na APS apontam para realização de ações como:

Identificação de demandas, acolhimento e diagnóstico; tendência de ver a saúde mental como saber especializado; predomínio do tratamento medicamentoso (ou de outras intervenções biomédicas); realização de escuta e orientações; tentativa de desenvolver PTS em atendimentos individuais; encaminhamento dos casos com frequência para urgências em função de crises.

Assim, é importante ressaltar a importância do apoio matricial para potencialização das equipes da atenção primária no cuidado em saúde mental, uma vez que as responsabilidades devem ser compartilhadas entre equipe de referência e profissionais do apoio matricial (Iglesias & Avellar, 2014).

Já em relação aos profissionais que identificados por realizar esse cuidado em saúde mental na atenção primária, a grande maioria respondeu enfermeiro (n=15), médico clínico (n=13), médico psiquiatra (n=12) e psicólogo (n=13), conforme tabela a seguir:

GRÁFICO 05 - Profissionais que realizam o cuidado em saúde mental no território



Fonte: elaborado pela autora

Como citado anteriormente, o único enfermeiro que respondeu ao questionário apontou que não acredita que faça o cuidado em saúde mental na atenção primária. Contudo, os demais profissionais que atuam na mesma unidade o reconhecem como responsável por executar esse trabalho.

Segundo Hirdes (2015), compreende-se que o enfermeiro, ao possuir competências adequadas (conhecimentos, habilidades e atitudes), pode por meio de seu conhecimento e atuação nas equipes de ESF, contribuir para a qualificação da assistência em saúde mental na APS. Nesse sentido, talvez esse olhar dos outros profissionais sobre a atuação do enfermeiro diga respeito à sua potencialidade de atuação.

Por outro lado, os dados corroboram para uma abordagem centrada no atendimento médico e da conduta especializada (psiquiátrica ou psicológica), como também apontam outras pesquisas (SILVA, SANTOS e TESSER, 2022; CARDOSO et al, 2022; MONTEMEZO, 2018; HIRDES, 2015).

Chama a atenção ver um alto índice de reconhecimento sobre o cuidado em saúde mental sendo efetivado por profissionais como: Gerente de Serviço de Saúde (n=11), Auxiliar de Serviços Gerais/Limpeza (N=11), Assistente Administrativo/Recepcionista (N=5), Farmacêutico (N=3). Poucas pesquisas foram encontradas a respeito da participação da maioria desses profissionais nesse cuidado em saúde mental na atenção primária.

Com relação a participação da gestão, Hirdes (2015) e Iglesias e Avellar (2019), contradizem esses dados, apontando para a pouca presença destes nesse cuidado, como se a responsabilidade de tal efetivação fosse unicamente responsabilidade dos matriciadores do CAPS e das equipes da Atenção Primária, apesar da grande responsabilidade na concretização e consolidação desse cuidado.

Em relação aos desafios que os participantes entendem que existam para a realização da saúde mental na atenção primária, a grande maioria aponta a falta de conhecimento sobre a temática (N=13), a alta demanda de atendimentos dos serviços de maneira geral (N=11) e a dificuldade de conciliar as agendas entre os profissionais (N=10), corroborando com achados científicos de outras pesquisas também conforme mapeamento abaixo descrito em tabela:

GRÁFICO 06 - Mapeamento dos desafios existentes



Fonte: elaborado pela autora

Esses desafios foram inicialmente listados observando pesquisas anteriores na área (FAGUNDES et al, 2016; CHAZAN et al, 2019), porém também havia uma alternativa denominada “outros”, na qual os profissionais também poderiam descrever outros desafios, embora esse recurso não tenha sido utilizado por nenhum participante.

Por fim, quando questionados se acreditavam que exista outras formas de ofertar o cuidado em saúde mental no território, a grande maioria (N=14) concorda com essa possibilidade. Ao analisar o discurso dos profissionais a respeito dessas outras maneiras de se ofertar esse cuidado, 12 participantes responderam, de modo geral, alternativas que apontam para: palestras, grupo terapêuticos/roda de conversa e psicoterapia, ações preventivas e busca ativa, acolhimento, acompanhamento nutricional, aumento do número de profissionais, apoio multiprofissional e discussões em grupo.

Considerações Individuais sobre a Temática

Antes de realizar a exposição dos resultados das considerações individuais sobre a temática nas perguntas abertas, cabe informar que os profissionais foram identificados através da ordem de resposta ao formulário, das unidades que atuam e sua profissão, da seguinte forma “Participante XY, Z” sendo X o número da ordem de respostas ao formulário, Y sua unidade e Z sua profissão. Exemplo: “Participante 1B, Médico”, significa que o Participante nº 1 pertence a Unidade B e é médico. Portanto, segue abaixo a identificação dos 18 participantes:

TABELA 3 - Identificação dos participantes e tempo de atuação na unidade

IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA UNIDADE
P1B, Médico	+ de 16 anos
P2B, Médico	De 1 a 5 anos
P3C, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	De 1 a 5 anos
P4C, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	+ de 16 anos
P5C, Gerente do Serviço	De 1 a 5 anos
P6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	De 1 a 5 anos
P7C, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	De 6 a 10 anos
P8C, Dentista	De 1 a 5 anos
P9D, Bolsista	Menos de 1 ano
P10A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Menos de 1 ano
P11A, Assistente Administrativo/Recepcionista	Menos de 1 ano
P12B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Menos de 1 ano
P13C, Dentista	De 1 a 5 anos
P14D, Médico	Menos de 1 ano
P15D, Enfermeiro	Menos de 1 ano
P16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	Menos de 1 ano
P17A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem	De 6 a 10 anos
P18A, Médico	De 6 a 10 anos

Fonte: elaborado pela autora

Ao compararmos os dados quantitativos, resultados das perguntas fechadas, com os dados qualitativos coletados através das perguntas abertas, observamos algumas contradições quanto às práticas que vêm sendo realizadas, as que poderiam ser realizadas e aos desafios enfrentados com essa temática. Portanto, nesse tópico, além de trazer essas contribuições reflexivas e individuais, houve um esforço para abarcar a complexidade das contradições.

Quando questionados sobre suas percepções do cuidado que estão sendo realizados (desafios e potencialidades), foram obtidas 6 respostas conforme relatos abaixo descritos. Embora estejam abordando percepções próprias, nota-se que esses profissionais associam

suas práticas apenas aos desafios encontrados em sua atuação, sendo o principal deles apontado como a falta de acompanhamento psicológico, ou seja, do atendimento individual do especialista, o que vai de encontro com as práticas mapeadas na coleta de dados quantitativos a respeito da conduta medicamentosa, do acompanhamento psicológico e do encaminhamento ao especialista.

Participante 1B, Médico: “O maior desafio acredito ainda seja o **serviço de psicologia**, para o qual tenho levantado a bandeira principalmente após o programa de matriciamento. O serviço de psicologia, com terapia em grupo ou alguma pequena demanda de atendimentos individuais, quando do ambulatório de saúde mental foi substituído por um aproveitamento dos psicólogos em programa de triagens mensais. Sem efetividade de um atendimento a população que perdeu a oportunidade de ter uma psicoterapia. Quanto ao **serviço de psiquiatria** houve uma dissolução do ambulatório desviando para as UBS-atenção primária que a meu ver tem seus prós e contras. Ainda acredito ser necessário um **ambulatório em que possa atender os casos intermediários**, muito graves para as unidades e leves para o caps. Assim como o serviço de internação psiquiátrica ficou falho, pois contempla somente a porção medicamentosa do tratamento psiquiátrico. Em resumo é isto.”

Participante 2B, Médico: “Um dos desafios atuais é a **falta de acompanhamento psicológico** que o paciente necessita. Percebo na grande maioria dos casos que os pacientes necessitam desse pilar de tratamento e infelizmente devido aos custos e inacessibilidade da maioria, não têm acesso o que acaba prejudicando em muito o tratamento, prolongando uso de medicamento ou até alta médica em alguns casos. Acredito que daria para fazer um trabalho longitudinal com os pacientes pois a demanda é alta e vem crescendo a cada dia.”

Participante 6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Um trabalho de grande relevância para população”

Participante 14D, Médico: “Sinto que ainda continua sendo um **cuidado restrito a prescrição de medicamentos** na maioria das vezes, por **falta de serviço de psicoterapia** integrado na unidade, principalmente para ser ofertado em casos mais complexos que envolvem a dinâmica familiar do paciente ou a situações externas no qual ele não consegue modificar”

Participante 17A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “O desafio é fazer com que o paciente entenda o quanto é importante cuidar para ser mentalmente saudável”

Participante 18A, Médico: “Desafios: trabalhar em **equipe multiprofissional**. manutenção de propostas quando as **gestões mudam**”

Podemos observar que, tanto nas perguntas fechadas quanto nas perguntas abertas, há um enfoque geral no cuidado especializado (psicológico ou psiquiátrico), principalmente quanto à falta de profissionais da psicologia na unidade, reforçando a visão de que o cuidado em saúde mental deve ser realizado pelo especialista. Por outro lado, os discursos evidenciam também a dificuldade da atenção primária em lidar com casos que reconheçam como de média complexidade, de trabalhar com a adesão ao tratamento do paciente, de trabalhar em equipe multiprofissional e de manter as propostas com as mudanças de gestão.

Em relação aos casos de média complexidade e a adesão ao tratamento, como já apontado anteriormente nessa pesquisa, alguns achados científicos demonstram que a natureza do campo da saúde mental requer a ampliação das fronteiras entre saúde e doença e a aproximação dos profissionais (OLIVEIRA et al, 2022; CARDOSO, 2022, BITU, 2021). Segundo Campos et al (2011), quanto maior a integração entre as equipes (da atenção primária e da atenção especializada) e quanto mais se proporciona espaços de discussão compartilhados, melhor preparados estarão os profissionais da atenção primária para lidar com essas demandas, diminuindo o número de encaminhamentos para outros serviços.

Entretanto, quando falamos sobre as mudanças de gestão, Campos et al (2011) e Iglesias e Avellar (2019) também reforçam que a efetivação dessa prática enfrenta desafios históricos. Segundo Campos et al (p. 4646, 2011), “o vínculo frágil entre os serviços é atribuído tanto à alta rotatividade de profissionais como também à ausência de modelos de assistência à saúde a cada eleição municipal, o que atrapalha a continuidade da proposta”.

Por outro lado, ao questionar sobre as percepções dos pontos positivos nesse cuidado que é ofertado por esses profissionais, foram obtidas 6 respostas que apontam para: vínculo, escuta e qualidade de vida do paciente, além da proximidade clínico-especialista-paciente conforme relatos a seguir:

Participante 1B, Médico: “A possibilidade da **proximidade do clínico com o psiquiatra**, a troca de experiências e a proximidade do paciente está em sua região”

Participante 2B, Médico: “**Cuidado e vínculo** com paciente”

Participante 6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Melhora na **qualidade de vida**”

Participante 14D, Médico: “Muitos relatam que sente melhores apenas com o fato de passar em consulta e ter a **escuta ativa** por parte do médico”

Participante 17A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “O **vínculo** com o paciente faz ele confiar e assim aceitar melhor o tratamento”

Participante 18A, Médico: “Que o **vínculo** médico-paciente importa”

Assim como citado nos estudos de Hirdes (2015), o vínculo entre os profissionais facilita o trabalho intersetorial e interdisciplinar, bem como o compartilhamento de saberes e experiências propicia a incorporação de diferentes perspectivas na elaboração de planos terapêuticos. Da mesma maneira que o vínculo é apontado na pesquisa de Cardoso et al (2022) como essencial para se estabelecer uma relação de confiança entre os sujeitos da tríade serviço-paciente-família, permitindo que a pessoa exponha o seu vivido em relação aos transtornos mentais, suscitando a comunicação e a adesão à terapêutica.

Cabe salientar que os mesmos profissionais que responderam ao questionamento sobre suas percepções, foram os que responderam sobre os pontos positivos, ficando evidente que eles reconhecem o vínculo, acolhimento e escuta sendo realizados, sendo estes dados também encontrados na literatura acompanhados de resultados como maior participação e integração das equipes, e aumento da efetividade e da resolubilidade da atenção aos usuários conforme já apontado anteriormente (Hirdes, 2015; Moro, 2017).

Quando questionados sobre outras formas de se ofertar o cuidado em saúde mental na atenção primária, houveram mais respostas (N=12) e, embora a maioria novamente aponte para a necessidade do acompanhamento psicológico, ainda ressaltaram as práticas de promoção e prevenção em saúde como formas possíveis de ofertar cuidado em saúde mental, conforme relatos abaixo:

Participante 1B, Médico: “Continuar e reforçar este trabalho de atuação que ainda está em andamento, melhorar o trabalho do psicólogo de forma mais atuante em sua especialidade.”

Participante 2B, Médico: “Grupos terapêuticos, ações preventivas, palestras”

Participante 3C, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Palestras , workshop, discussões em grupo”

Participante 9D, Bolsista: “Fazer um acolhimento mais aprofundado e de forma mais ampla para que as pessoas que necessitam desse atendimento se sintam mais confortáveis em buscar esse apoio.”

Participante 10A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Busca ativa”

Participante 11A, Assistente Administrativo/Recepcionista: Acompanhamento nutricional

Participante 13C, Dentista: “Acredito que através da busca ativa por pacientes que necessitam de tratamento e aumentar o número de profissionais que possam acolher pacientes que necessitam desse cuidado. Em nossa unidade há apenas 1 psicóloga e 1 psiquiatra para atendimento da população e esses profissionais não ficam todos os dias na unidade pois também precisam atender em outras ub's do município.”

Participante 14D, Médico: “Serviço de psicoterapia, ações de prevenção e educação sobre o tema, rede de encaminhamento para práticas integrativas ofertadas pelo SUS”

Participante 15D, Enfermeiro: “Grupos de apoio multiprofissionais”

Participante 16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Palestras”

Participante 17A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Ter psicólogos mais vezes no mês para os atendimentos”

Participante 18A, Médico: “Rodas de conversa, ações de prevenção, grupos terapêuticos, planejamento eficaz”

Podemos notar que os profissionais trazem propostas de ação coletivas como grupos terapêuticos, ações de prevenção, roda de conversa e palestras, porém observamos também que não foi sugerido por nenhum desses profissionais a utilização dos projetos terapêuticos como dispositivos do território e da rede para o apoio no cuidado em saúde mental, sendo este um dispositivo fundamental analisado em outras pesquisas que, inclusive, favorece a responsabilização de todos no cuidado do sujeito (BELOTTI e LAVRADOR, 2016; BERNIERI et al, 2021).

Em relação às práticas de cuidado relacionadas às tecnologias leves (Merhy et al, 2016), outras pesquisas também apontam para sua efetividade (ALVAREZ, VIEIRA e FAYLLANE, 2019; SILVA FILHO e BEZERRA, 2018; SILVA, P. et al, 2019; SILVA et al, 2020; CAMINHA et al, 2021; OLIVEIRA et al, 2020; ALMEIDA et al, 2020,; LAMB et al, 2021; TONIN et al, 2021; SALGADO e FORTES, 2021). Cabe reforçar a importância da educação permanente em saúde como forma de promover espaços para a discussão dessas práticas.

Com relação ao questionamento sobre existência de usuários da saúde mental na APS sem tratamento efetivo, foram obtidas 14 respostas voluntárias, sendo unanimidade a concordância com a afirmação. Dessas, 4 apenas concordaram sem fazer mais comentários e 10 expressam suas opiniões da seguinte maneira:

Participante 1B, Médico: “Sim. Concordo. Com a **pandemia esta demanda cresceu. Precisamos reestruturar os serviços e preparar melhor as equipes.** Aqui faço meia culpa. Na demanda de atender e orientar os clínicos a receber a demanda que antes estava contida no ambulatório, ainda falta dedicar a atenção à equipe como um todo.”

Participante 2B, Médico: “Sim, percebo que **não são todos os profissionais que se dispõem a ouvir o paciente e entender seu problema.** Talvez pelo **excesso de trabalho, agendas na maior parte do tempo lotadas, tempo de atendimento encurtado.** Porém a **demanda em saúde mental tem aumentado** muito ao longo dos últimos meses, principalmente pós **pandemia**”

Participante 3C, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Sim, muito deficiente a atenção devido ao **número reduzido de profissionais**”

Participante 11A, Assistente Administrativo/Recepcionista: “Sim, falta acompanhamento”

Participante 13C, Dentista: “Sim, acredito que o **acolhimento** desses pacientes deve ser realizado na atenção primária e que com a **pandemia** houve **aumento nesses casos.** A **equipe das ub's ou esf poderia ser treinada** para acolher pacientes com transtornos mentais e saber direcionar para o tratamento correto”

Participante 14D, Médico: “Sim, acredito que as vezes **queixas referente a saúde mental são negligenciadas** pelos médicos durante a consulta e **muitos pacientes não se sentem abertos** e livres para relatar problemas relacionado ao tema, seja por não abertura do médico ou por receio/timidez, ficando sem tratamento adequado”

Participante 15D, Enfermeiro: “Sim, **falta de terapias alternativas, e pouco profissionais para a demanda** de acompanhamento desses pacientes com outros profissionais como psicólogos por exemplo”

Participante 16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Concordo, acredito que **mais profissionais** nessa área iria ajudar com mais atendimentos”

Participante 17A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Sim. **O Sus precisa investir mais. Aumentar o número de profissionais** para atendimento”

Participante 18A, Médico: “Sim, com piora após **pandemia** e isolamento social. lutas pós covid”

Enquanto algumas apontam sucintamente para aumento da população com problemas em saúde mental (n=4) e para o baixo número de profissionais (n=5), três apontam para os desafios no cenário da pandemia (Covid-19), duas apontam para a necessidade de treinamento da equipe da atenção primária para essa demanda e uma apontou a falta de terapias alternativas.

As pesquisas recentes vêm apontando para um aumento, de fato, das demandas de saúde mental. Segundo Treichel e Campos (2022), estima-se que, aproximadamente, 30,2 milhões de pessoas convivem com transtornos leves ou moderados que requerem tratamento ocasional em serviços especializados, o que vem se mostrando um desafio para os serviços de atenção primária. Além disso, outras dificuldades para a articulação em rede e a efetivação do cuidado nesses serviços são a alta rotatividade de profissionais (HIRDES, 2015) e a falta de recursos humanos (CAMPOS et al, 2011), o que corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa.

Em contrapartida, quanto aos desafios encontrados devido à pandemia do Covid-19, algumas pesquisas apontam para instrumentos que foram elaborados para o cuidado à distância, como aplicativos de autoajuda relacionados à saúde mental, de maneira que o cuidado não fosse descontinuado pela pandemia (STERLING et al, 2021; DUARTE et al, 2021), recursos estes que não foram citados por esses profissionais nesse questionamento.

Por fim, foi solicitado aos profissionais que contassem detalhadamente uma situação em que tenham realizado ou observado alguém realizar o cuidado em saúde mental na sua unidade de saúde. Nessa pergunta foram obtidas 10 respostas voluntárias, com situações variadas de modo que é possível perceber o cuidado sendo realizado desde as maneiras mais simples como oferecer um copo de água, acolher e escutar, até a forma mais complexa como orientação para as PICs (meditação) ou articulação em rede, conforme descritas a seguir:

Participante 1B, Médico: “Enquanto em férias conseguimos uma força tarefa de encaminhamento ao caps, de um paciente psicótico. A ação conjunta psiquiatra a distância, clínico, enfermeiro, gerente conseguimos trabalhar o paciente da aceitação que aquele sério era o melhor para sua demanda. De forma que ao

término do procedimento o paciente retornou na semana seguinte agradecendo o encaminhamento.”

Participante 3C, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Alguns pacientes necessitando de atendimento e sendo transferido para unidades distantes do seu convívio dificultando o acesso ao serviço”

Participante 6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Minha filha passou por um quadro de depressão no período da pandemia e foi muito bem acolhida e atendida pela M. e a E. e ainda se encontra em tratamento.”

Participante 9D, Bolsista: “Uma paciente que estava em um momento de angústia mental, começou a chorar na unidade acabou sendo acolhida por outro funcionário e por fim acalmou os ânimos...”

Participante 13C, Dentista: “Eu sou dentista da unidade de saúde e uma vez durante o meu atendimento uma paciente começou a chorar muito e comentou que sentia tristeza, estava com medo e depressão. No mesmo momento, interrompi o tratamento dentário e chamei a enfermeira da unidade para que pudéssemos ajudar essa paciente. Foi realizado o agendamento médico e psicológico da paciente e hoje ela se encontra bem melhor e agradecida por ter ajudado. Algo simples mas que fez a diferença, ela está tomando medicamentos e cuidando da depressão.

Participante 14D, Médico: “Em consultas busco, além da medicação, ofertar alternativas que sejam viáveis para os pacientes como meditação guiada pelo YouTube, procura de serviços de terapia gratuitos ou com preço social ofertados pelas universidades, técnicas de controle e atenção plena na respiração”

Participante 15D, Enfermeiro: “Pacientes são tratados com medicamentos sem acompanhamento em grupos de apoio”

Participante 16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Eu presenciei uma senhora que chorava muito aguardando atendimento do clínico, e aí ofereci água e sentei perto dela , e aos poucos ela foi desabafando e o choro foi amenizando”

Participante 17A, Auxiliar/Técnico de Enfermagem: “Muitas pessoas procuram o serviço para atendimento psiquiátrico ou psicológico, mas infelizmente não temos a quantidade de profissionais para atender a demanda”

Participante 18A, Médico: “Pessoas empenhadas, conectadas fazem um melhor acolhimento e atendimento. o vínculo nas relações quando estabelecido melhora a adesão ao tratamento e medidas preventivas se tornam mais eficazes. São muitos os exemplos.”

Em relação a essas práticas anunciadas pelos profissionais, fica evidente que muitos elucidaram exemplos que se encaixam em diferentes situações da listagem realizada na pergunta fechada sobre “Quais as ofertas de cuidado em saúde mental você observa em seu local de atuação?”. Contudo, na resposta à pergunta anterior, nenhum respondeu que realiza ou observa as PICs e apenas dois responderam “ações de atenção à crise em saúde mental”, enquanto nessa pergunta aberta essas ações surgiram com mais frequência.

Portanto, para melhor elucidar essas ações citadas, descrevemos abaixo algumas falas dos funcionários e algumas sugestões de ações que parecem ter sido ofertadas. Essa comparação surge de associações que a pesquisadora faz entre a literatura pesquisada e os

relatos dos participantes, se debruçando sobre essas falas com o intuito de compreender mais profundamente sobre as práticas realizadas por esses profissionais e que muitas vezes não são nomeadas.

QUADRO 01 - Comparação entre os discursos e as práticas descritas em bibliografia

RELATO (Participante/Profissão)	SUGESTÕES DE AÇÕES QUE PARECEM TEREM SIDO REALIZADAS
<p>Enquanto em férias conseguimos uma força tarefa de encaminhamento ao caps, de um paciente psicótico. A ação conjunta psiquiatra a distância, clínico, enfermeiro, gerente conseguimos trabalhar o paciente da aceitação que aquele sério era o melhor para sua demanda. De forma que ao término do procedimento o paciente retornou na semana seguinte agradecendo o encaminhamento (Participante 1B, Médico)</p>	<p>acolhimento, vínculo e escuta do usuário, atendimento conjunto entre profissionais, discussão de caso e construção de PTS, ações de atenção à crise em saúde mental, orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental, articulação com outros serviços e encaminhamento ao profissional e/ou outro serviço de saúde mental</p>
<p>Minha filha passou por um quadro de depressão no período da pandemia e foi muito bem acolhida e atendida pela Dra. Mariana e a Dra. Eglinara e ainda se encontra tratamento (Participante 6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem)</p>	<p>acolhimento, vínculo e escuta do usuário, atendimento conjunto entre profissionais, ações de atenção à crise em saúde mental</p>
<p>Uma paciente que estava em um momento de angústia mental, começou a chorar na unidade acabou sendo acolhida por outro funcionário e por fim acalmou os ânimos... (Participante 9D, Bolsista)</p>	<p>acolhimento, vínculo e escuta do paciente e ações de atenção à crise em saúde mental</p>
<p>Eu sou dentista da unidade de saúde e uma vez durante o meu atendimento uma paciente começou a chorar muito e comentou que sentia tristeza, estava com medo e depressão. No mesmo momento, interrompi o tratamento dentário e chamei a enfermeira da unidade para que pudéssemos ajudar essa paciente. Foi realizado o agendamento médico e psicológico da paciente e hoje ela se encontra bem melhor e agradecida por ter ajudado. Algo simples mas que fez a diferença, ela está tomando medicamentos e cuidando da depressão (Participante 13C, Dentista)</p>	<p>acolhimento, vínculo e escuta do usuário, ações de atenção à crise em saúde mental, discussão de caso e construção conjunta de PTS, prescrição de medicamentos psicotrópicos, encaminhamento ao profissional da saúde mental e atendimento conjunto entre profissionais</p>
<p>Em consultas busco, além da medicação, ofertar alternativas que sejam viáveis para os pacientes como meditação guiada pelo YouTube, procura de serviços de terapia gratuitos ou com preço social ofertados pelas universidades, técnicas de controle e atenção plena na respiração (Participante 14D, Médico)</p>	<p>práticas integrativas e complementares (PICS), articulação com outros serviços, orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental, ações de cuidado relacionados à redução de danos e à crise em saúde mental, e ações de prevenção e promoção de saúde mental</p>

<p>Eu presenciei uma senhora que chorava muito aguardando atendimento do clínico , e aí ofereci água e sentei perto dela , e aos poucos ela foi desabafando e o choro foi amenizando (Participante 16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem)</p>	<p>acolhimento, vínculo e escuta do usuário, ações de atenção à crise em saúde mental e ações de prevenção e promoção em saúde mental</p>
---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

As contribuições dos participantes parecem demonstrar a construção de uma categoria de análise de “Dispositivos de Humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Primária”, que são várias formas de promover saúde mental por intermédio das tecnologias leves como acolhimento, humanização, escuta ativa e vínculo pautados na integralidade do cuidado do indivíduo como proposto pela Clínica Ampliada da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013; SILVA FILHO e BEZERRA, 2018).

Segundo Treichel e Campos (2022), há uma baixa utilização de recursos comunitários nos serviços da atenção primária, chamando a atenção para um movimento de engessamento desses serviços e priorização das práticas intramuros presentes nos serviços ambulatoriais. Da mesma maneira, Oliveira (2017) observa em sua pesquisa que as práticas do cuidado são orientadas pelo saber técnico instrumental em detrimento da práxis. Isso se dá muitas vezes pela persistência de um entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento do olhar biopsicossocial, ou seja, integral.

No entendimento da pesquisadora sobre os resultados obtidos no último questionamento, esses profissionais parecem reconhecer que eles fazem o cuidado em saúde mental dentro dos serviços, diferentemente do que apontam nas pesquisas citadas. Contudo, isso parece ainda não ser reconhecido como uma prática valiosa de cuidado. Assim como proposto por Cardoso (2022), que aponta que os profissionais da APS se sentem muitas vezes despreparados para abordar as demandas de saúde mental e, em muitos casos, o cuidado desenvolvido nesse território não é reconhecido como tal.

Essas pesquisas supracitadas parecem corroborar com o entendimento de que os profissionais associam o cuidado em saúde mental às práticas da psiquiatria tradicional, desconhecendo sua prática acolhedora e humana também como ações importantes de cuidado. Dessa forma, como proposto por Oliveira (2017), as mudanças que se pretendem a partir de um olhar mais sensível sobre a saúde mental precisam necessariamente de novos saberes e práticas, reorientando os processos de trabalho a partir de dispositivos de humanização do cuidado em saúde mental na APS.

Assim, alguns autores (OLIVEIRA, 2017; TREICHEL e CAMPOS, 2022; CARDOSO, 2022) apontam para a necessidade de um investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais com o objetivo de sensibilizá-los para a mudança pragmática no manejo da saúde mental na APS.

Também foi possível observar desafios como o paciente sendo encaminhado para fora de seu território dificultando o seu acesso ao cuidado, o paciente sendo acompanhado apenas de maneira medicamentosa sem grupo de apoio e novamente a falta de recursos humanos.

Em relação ao encaminhamento dos usuários para fora de seu território, observamos na literatura que há um hiato nos dispositivos de assistência com a exclusão do ambulatório de saúde mental da RAPS (BRASIL, 2011 apud CHAZAN et al, 2019), pois os pacientes que não são tão graves ao ponto de serem encaminhados para o CAPS, mas que possuem uma gravidade intermediária e se beneficiam de psicoterapia e de acompanhamento, ficam em uma situação difícil (CHIAVERINI et al., 2011; RIO DE JANEIRO, 2016 apud CHAZAN et al, 2019).

Por fim, ao observar os dados qualitativos desta pesquisa observamos que nenhum questionário aberto foi respondido 100% por todos os participantes. Algumas das perguntas tiveram um excelente percentual de respostas (n=77,7%), visto que nenhuma delas era obrigatória, o que reforça a importância e o interesse pela temática desta pesquisa.

A partir desses resultados, foram escolhidas para entrevistas individuais as pessoas que demonstraram maior interesse em responder a esse formulário, ou seja, aquelas que responderam o maior número de questões abertas nele presentes e que de alguma forma atuam no cuidado em saúde mental na atenção primária a partir do conteúdo de suas respostas ao formulário, conforme será apresentado a seguir.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA

Como explorado na introdução deste trabalho, com as reformulações do Sistema Único de Saúde (SUS) e as novas Políticas Nacionais de Humanização, mudanças importantes passam a acontecer nos serviços de saúde pública como, por exemplo, a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial composta por diversos dispositivos da rede desde atenção primária até a atenção terciária com o intuito de promover o acesso ao cuidado integral através da autonomia e protagonismo dos sujeitos, do enfrentamento dos estigmas e na corresponsabilização entre os diversos atores implicados no processo de produção de cuidado (paciente, família, profissionais, gestores), etc. Sendo o sujeito implicado todos os sujeitos envolvidos no processo de maneira interessada.

Assim, para a segunda etapa da pesquisa foram convidados um profissional interessado pela temática de cada unidade da região em questão para uma entrevista individual com o intuito de aprofundar suas reflexões a respeito da temática. Contudo, houve uma grande dificuldade em acessar os profissionais da Unidade D (ESF) que participaram da primeira etapa da pesquisa, uma vez que um dos critérios da pesquisa foi “estarem alocados em uma das quatro unidades de saúde da região central” e “ter participado da primeira etapa da pesquisa - preenchimento do formulário”, e houve o desligamento (encerramento dos contratos) de todos os que participaram da primeira etapa, não sendo possível realizar as entrevistas.

É importante situar que os profissionais do modelo assistencial de atenção básica do município são, em sua maioria, profissionais concursados, enquanto que os profissionais do modelo assistencial de estratégia de saúde da família são, em sua maioria, profissionais terceirizados com contratos de seis meses, renováveis por mais seis meses. Dito isso, Campos et al (2011) em sua pesquisa também aponta que a forma de contratação dos profissionais é um grande desafio dada a rotatividade destes e da continuidade da produção de cuidado.

Contudo, essa é uma realidade nacional, uma vez que a ampliação da cobertura da assistência à saúde coincidiu com o período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública no Brasil, o que acarretou no aumento da terceirização na contratação de mão-de-obra no SUS, trazendo impactos profundos no cuidado em saúde (CAMPOS et al, 2011).

Assim, participaram desta segunda etapa de pesquisa apenas 3 profissionais, pertencentes às unidades A, B e C que atuam no cuidado em saúde mental na atenção primária e que demonstraram interesse na pesquisa como observado em suas respostas à primeira etapa. Sendo eles: P18A - Médico, P2B - Médico, P5C - Gerente.

Cabe salientar que todos os profissionais da Unidade C sinalizam no formulário eletrônico que não atuam no cuidado em saúde mental na APS e o profissional que demonstrou maior interesse em participar na primeira etapa (Participante 13C, dentista) não esteve disponível para participação da segunda etapa da pesquisa por motivos pessoais. Dessa forma, foi selecionado um segundo profissional na Unidade C que atendeu os critérios de inclusão do ponto de vista da pesquisadora.

Dessa forma, os três participantes foram convidados para uma entrevista individual, sendo escolha deles o modelo da entrevista (remoto ou presencial) com o objetivo de melhorar o engajamento dos mesmos para participação. Assim, os participantes das Unidades B e C optaram pela entrevista online e o participante da Unidade A optou pelo modelo presencial.

Ainda assim, as entrevistas seguiram o mesmo modelo de roteiro de perguntas (APÊNDICE 3) com gravação dos diálogos e todos os resultados foram transcritos na íntegra para análise.

Diante dos resultados obtidos, a análise se deu de maneira vertical - através da leitura das transcrições individuais - e de maneira horizontal - comparando as entrevistas individuais, sendo observados três núcleos de sentidos que serão melhor elucidados a seguir, a saber: a) compreensão sobre a produção de cuidado em saúde mental na APS, b) estratégias de cuidado percebidas e almejadas, e c) compreensão da gestão sobre o cuidado.

Compreensão sobre a produção de cuidado em saúde mental na APS

Quando questionados sobre o que é o cuidado em saúde mental na atenção primária, os três participantes apontaram sua compreensão para: **acolhimento, saúde integral (biopsicossocial) e cuidado multidisciplinar**, conforme relatos a seguir:

Participante 18A, Médico: [Saúde é] Saúde integral... é saúde física, mental... Ele [o paciente] precisa de médico, ele precisa de uma enfermeira (...) Ele às vezes só precisa de uma conversa, de um acolhimento [...] Então, é quando eu tenho essa equipe que faz medicina preventiva, que faz saúde preventiva, que orienta o paciente no bem-estar biopsicossocial, como ele está na família dele e como ele está na alimentação, atividade física, sono.

Participante 2B, Médico: Eu acho que é ver o paciente como um todo também né? O que acaba gerando angústias no paciente, os sintomas... É avaliar questões familiares, relacionados ao trabalho, à rotina, tudo aquilo, e deixar o paciente mais confortável possível [...] Uma avaliação multi mesmo.

Participante 5C, Gerente: A gente vê muita gente adoecendo por outras questões que às vezes não só a familiar, de relacionamento, mas muito de falta de emprego, de falta de grana... [Saúde mental é] um bom acolhimento, é a pessoa se sentir bem.

Em relação à essa compreensão, como já descrito anteriormente nesta pesquisa, é importante salientar que a complexidade da área da saúde mental, sua intersetorialidade e transversalidade de saberes pleiteia a difusão dos conceitos de saúde e doença, como um processo que transcende a dimensão biológica, porque se origina no âmbito dos processos históricos, sociais e culturais ao longo da existência da humanidade (OLIVEIRA et al, 2017).

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (1946) preconiza que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Não está atrelada apenas aos aspectos biológicos, mas também a aspectos inerentes às condições de cidadania, socioeconômica e de qualidade de vida.

Entretanto, parece haver contradições nos relatos entre a compreensão do que é o cuidado em saúde mental na APS (descrito por eles anteriormente), o cuidado que é realizado na prática cotidiana e o que eles consideram que seria um cuidado efetivo para esses serviços. Assim, ao tentar aprofundar como se dá essa produção de cuidado em saúde mental dentro dos serviços que atuam, o Participante 18A trouxe sua compreensão sobre produção de cuidado ideal:

“Se ele [paciente] tem acolhimento desde a porta do balcão, vai bem. A enfermagem vai fazer o próximo passo do que ele precisa: Ele precisa de uma farmácia? De enfermagem? De Médico? Aí vai afunilando as necessidades de cada um...” (Participante 18A, Médico)

Já o Participante 2B, descreveu com clareza o itinerário do sujeito dentro da realidade de sua unidade de atuação:

“Às vezes o paciente chega, sei lá, com uma queixa que ele precisa passar no médico. Então, num primeiro momento a recepção mesmo questiona: Mas porque? O que você tem? Então, com algumas queixas do paciente, com a avaliação deles, já se agenda o médico, geralmente com o clínico, primariamente, né? nunca uma outra abordagem ou direto no matriciamento, é mais difícil.” (Participante 2B, Médico)

Por fim, o Participante 5C compartilhou tanto suas compreensões de uma produção de cuidado ideal, quanto suas angústias sobre os limites de sua atuação:

“Qualquer profissional que esteja ali para servir dentro de um serviço de saúde pode ter esse olhar diferenciado [para produção de saúde mental], mas quem sou eu na fila do pão? Eu tomo [a frente no cuidado], no que eu posso. Mas eu não tenho CRM, eu não tenho certas condições, entendeu? Tem coisa que só o médico e o psicólogo. A parte que eu posso fazer, eu faço.” (Participante 5C, Gerente)

Compreendemos que o gerente é responsável por, juntamente com a equipe, planejar e operacionalizar o cuidado ofertado pelo serviço. Contudo, neste último relato do participante gerente observamos a dificuldade nessa operacionalização, que pode ser melhor elucidada no tópico sobre a compreensão da gestão.

Como compreendido na etapa anterior dessa pesquisa, para a efetivação do cuidado em saúde mental na atenção primária deve-se, primordialmente, construir uma linha de cuidado de forma interdisciplinar que abarque desde a recepção desse usuário até a exploração de outros temas de grande relevância para sua saúde. Contudo, ficou evidente com essas respostas uma produção de cuidado sendo realizada de maneira principalmente **individualista e especialista**, no qual parece haver um consenso de que o acolhimento se dá principalmente através da consulta individual com o médico clínico ou com a equipe do apoio matricial, não havendo a identificação das estratégias grupais como potentes e promotoras de saúde, como evidencia o discurso abaixo:

“Na prática... [A psiquiatra] vem uma vez por mês e atende a cada meia hora. São 16 pacientes. É muito raro acontecer isso porque normalmente é de hora em hora. Ela atende de 30 em 30 minutos e ainda vem dias extras quando eu peço, entendeu? Então é um suporte incrível que ela me dá” (Participante 5C, Gerente)

Inclusive, pela visão de que o atendimento individual seria melhor do que outras estratégias como o atendimento em grupo, por exemplo, conforme também evidenciado no discurso da Participante 5C:

“Grupos acho bacana, mas assim: E daí depois? Entendeu? Porque assim, não basta só ter um grupo. Tem que individualizar o ser humano, né? Cada um, cada um...” (Participante 5C, Gerente)

Segundo Treichel e Campos (2022), um dos desafios da compreensão da produção desse cuidado na APS se dá muitas vezes na persistência de um entendimento biológico sobre os processos saúde-doença, em detrimento do olhar biopsicossocial, havendo uma forte centralidade do processo de trabalho no modelo curativo e individual. Nesse sentido, observamos que embora os profissionais entendam o conceito de clínica ampliada em saúde e a complexidade do cuidado em saúde, eles parecem ainda persistir nos modelos que priorizam o saber e fazer especialista, não havendo a valorização da importância desse cuidado ampliado e o confronto dos modelos biomédicos (CARNEIRO DOS SANTOS e MAGALHÃES BOSI, 2021; HIRDES, 2015).

Por outro lado, fica evidente na fala dos demais participantes, ambos médicos, que essa prática não se mostra muito eficiente em suas compreensões:

Participante 18A, Médico: E aí, o que acontece com o Matriciamento? Vai lá, matricia e vai embora. Isso, ao menos na minha análise, não funciona. Eu vou lá atender um grupo, ir embora. E é isso que acontece, né? Muitas vezes psiquiatra, psicólogo, vai lá, atende pontualmente, vai embora. Não acho que funcione. Eu acho que apaga o incêndio.

Participante 2B, Médico: Existem colegas que não iniciam medicação. Então acaba ficando mais difícil porque tem que encaminhar para uma vaga de matriciamento e às vezes essas vagas também já estão cheias, então fica pra uma agenda mais pra frente.

Como já descrito na introdução desta pesquisa, a RAPS foi concebida como um modelo de atenção articulado e humanizado no qual as Unidades Básicas de Saúde e os CAPS possuem responsabilidades distintas. Nesse sentido, é imprescindível que se articule APS-SM nesse novo modelo assistencial (BRASIL 2002; BRASIL, 2011). Dessa forma, o apoio matricial deveria contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental por meio da construção coletiva de saberes junto às equipes de saúde da família (AVELLAR, 2014). Portanto, podemos compreender que parece haver uma falha de compreensão das responsabilidades de cada serviço nessa construção coletiva de cuidado.

Sobre essas responsabilidades, cabe enfatizar que nas portarias governamentais, como já descrito na introdução desta pesquisa, cabe aos profissionais da atenção primária o desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental enquanto é de responsabilidade dos CAPS supervisionar e capacitar essas equipes. Assim, o matriciamento deveria ser um espaço de compartilhamento desses saberes através da discussão dos casos e dos atendimentos conjuntos e não de atendimento dos especialistas apenas.

Por outro lado, quando questionados sobre o que seria o modelo de cuidado efetivo ideal onde atuam, os três novamente focam na necessidade de mais profissionais, principalmente da psicologia, e mais vagas para o atendimento individual, conforme relatos abaixo:

Participante 18A, Médico: A saúde mental ideal? Ah, a saúde mental ideal é ter um psicólogo, uma equipe de saúde mental dentro das unidades. Tem que ter uma psicóloga dentro da Unidade, né?

Participante 1B, Médico: Ofertar vaga eu acho que é mais difícil, né? Mas talvez criar alguma estratégia nesse aspecto.

Participante 5C, Gerente: Mais tempo, mais consultas, mais disponibilização de vagas [...] No psicólogo que eu preciso mais, eu não tenho. Era três vezes por semana, caiu para duas. Ele atende de hora em hora, entendeu? [...] [Poderia aumentar] as quantidades de consulta mental.

Nesse aspecto, como dito anteriormente, parece haver uma série de contradições na compreensão desse cuidado em saúde mental na APS, uma vez que eles compreendem que esse cuidado deveria ser pautado na clínica ampliada de saúde, porém desejam que continue sendo realizado de maneira individual com a disponibilidade de mais profissionais e mais vagas para atendimento especializado.

Em relação a essas contradições, Treichel e Campos (2022) encontraram em sua pesquisa um resultado semelhante. Embora os profissionais reconheçam a importância do desenvolvimento dessas práticas, eles eximem-se, ao depositarem tal dever nos demais membros da equipe, especialmente no psicólogo. Nesse sentido, esses autores apontam:

“A presença desse profissional nas ESFs representa a superação de desafios, porquanto suscita a promoção da saúde e o entendimento das necessidades biopsicossociais da comunidade. Porém, para que suas ações sejam efetivas, faz-se importante que os demais trabalhadores da saúde compreendam o seu papel e sua corresponsabilidade no cuidado.”

Essas contradições parecem ocorrer principalmente pela **dificuldade de instituir espaços compartilhados para discussão entre equipes**, de maneira que seja possível debater e organizar outras maneiras de ofertar cuidado para além do que já é conhecido pelos profissionais da atenção primária, que é a oferta de consultas. Nesse sentido, é observado também na fala de um dos participantes que esse espaço seria importante para a produção de cuidado:

“Faz parte da rotina da minha profissão discutir. Acho que até tinha que ter reuniões, sabe? Às vezes, reuniões mensais para se discutir o que vem acontecendo assim, mas de uma forma mais aberta.” (Participante 18A, Médico)

Todavia, o Participante 2B compartilhou explicações para a falta desses espaços instituídos e que também mostram a compreensão que a APS têm desse cuidado:

Participante 2B, Médico: Assim, a gente tem um fluxo de atendimentos, né? Eu não vou saber te falar o certo, mas eu sei que é passado um número X de atendimentos e um número Y de discussão de casos (...) Isso acaba não ficando um número Y de discussão de casos, porque a demanda é tão grande que a gente acaba colocando os casos para serem atendidos mesmo. [Então] às vezes até consegue [discutir os casos] fora do horário de trabalho ou no intervalo do dia, por exemplo.

Dessa forma, parece haver o entendimento de que o atendimento do especialista é mais importante do que discutir os casos e isso se dá por um aspecto cultural da compreensão do que é fazer o cuidado em saúde mental que contradiz os pressupostos da Clínica Ampliada, que requer um trabalho interdisciplinar na construção desse cuidado. Além de não haver espaços instituídos e reconhecidos como trabalho para tais atividades, como discussão de casos, elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos, por exemplo.

Como já levantado nas pesquisas anteriores, Saraiva, Zapeda e Liria (2020) define quatro componentes indispensáveis do apoio matricial, sendo eles: o suporte técnico-pedagógico, suporte assistencial (especializado), a regulação dos fluxos e vagas (atendimentos e discussões de caso), e a cogestão (transversal e de comum acordo entre as equipes), o que parece não estar acontecendo no município de maneira efetiva por falhas nos quatro componentes.

Diante dos resultados dessa pesquisa e do olhar da própria pesquisadora sobre os componentes do apoio matricial na produção do cuidado no município, é possível observar a prática de suporte técnico-pedagógico e assistencial especializado acontecendo na forma de atendimento e de discussão de alguns casos específicos (ou com alguns profissionais mais implicados), mas com pouca ou nenhuma cogestão em alguns equipamentos, sendo muitas vezes a responsabilidade da equipe especializada o atendimento e a condução dos casos.

Com isso, também não podemos deixar de lado a compreensão do cuidado em saúde mental instituído culturalmente em Sorocaba e Região. Segundo Garcia (2012), essa região foi pioneira no Brasil nas chamadas “colônias agrícolas”, no final do século XIX, já sob a influência da crença da laborterapia como a melhor estratégia de tratamento dos naquele momento denominados “doentes mentais”. Entretanto, em relatórios emitidos em 1933 e 1940 já haviam críticas a respeito da falta de recursos, de instalações necessárias ao tratamento adequado e do caráter de “depósito” humano.

Já em 1970, pelo menos oito novos hospitais psiquiátricos foram criados na região, somando aos 2 já existentes na época, o que fez a região passar a se configurar como um dos maiores pólos manicomial do Brasil. Em 2011, foram contados pelo CNES 2792 leitos com financiamento público nesses manicômios. Somente em Sorocaba, haviam 4 hospitais psiquiátricos com 1369 leitos SUS, sendo a segunda cidade com maior número de leitos psiquiátricos no país (GARCIA, 2012).

Contudo, tal cenário só veio a público a partir de denúncias de violações de direitos em agosto de 2012, pela grande mídia e por movimentos sociais, o que culminou na execução de um Termo de Ajustamento de Conduta que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos da região e a implantação da RAPS, como preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental (SURJUS, RAGGIO e ROSA, 2016). Tal acordo culminou no fechamento de todos os hospitais psiquiátricos de Sorocaba e região até 2018.

Dito isso, cabe salientar que o cuidado em saúde mental culturalmente foi visto por décadas como “coisa de louco” e tal realidade só vem sofrendo modificações nos últimos 10 anos sob muita resistência da população e dos profissionais de saúde, como resumiu o Participante 2B: “Ainda existe um certo preconceito, né? (...) Eu acho que ainda existe bastante.”

Portanto, há distorções importantes na compreensão do que é a produção de cuidado em saúde mental na atenção primária que influenciam as práxis nesses serviços, além de existirem resistências culturais e de valores quanto a esse cuidado. Por isso, para que seja possível sensibilizar os profissionais para novas maneiras de se efetivar o cuidado, seria fundamental a construção de espaços compartilhados para discutir essas práticas, assim como educação permanente em saúde.

Por outro lado, observamos que, para além dessas desarmonias entre o preconizado, o ideal e o real, os profissionais retratam estratégias de cuidado que percebem acontecendo em seu campo de trabalho e estratégias almejadas, como discutiremos no próximo tópico.

Estratégias de Cuidado percebidas e almejadas

Analisando os resultados das entrevistas, foi possível perceber que os profissionais relataram várias estratégias de cuidado, porém em seus relatos parecia haver uma contradição entre o fazer e as possibilidades do fazer, o que gerou essa categoria de sentidos na qual pretende-se descrever o cuidado percebido e o cuidado almejado a partir também da compreensão da pesquisadora do que é feito na prática.

Dentro desse aspecto, os participantes abordam em suas falas estratégias percebidas dessa produção de cuidado por parte dos profissionais da própria atenção primária, conforme os relatos abaixo:

Participante 18A, Médico: Eu acho que no SUS ninguém trabalha sozinho como no consultório [...] Vamos dar o exemplo da assistente social, ela vem falar para mim “Doutora, esse caso é grave. Lembra que eu conheço a família? Já visitei a casa...” Olha só, isso funciona porque ela sabe realmente o que acontece. Ai [o paciente] passou comigo uma, duas, três vezes. Eu também já sei o que acontece [...] Então, isso não é médico, isso é equipe. E às vezes até o cara do balcão pode ser treinado para isso, né?

Participante 2B, Médico: Vem um paciente num atendimento de enfermagem, por exemplo, e no atendimento ele começa a questionar e começa a falar coisas. Às vezes, o próprio pessoal da enfermagem nota e vem conversar com a gente “Olha, eu notei isso, será que eu posso encaixar na sua agenda nos próximos dias? Acho que o paciente não está bem”. Ou às vezes algum colega conhece determinado paciente “Olha aquele paciente, eu acho que ele não tá legal. Fiquei sabendo disso, né? A gente pode tentar encaixar” [...] Eu acho que nós médicos fazemos isso, mas o enfermeiro também consegue. O psicólogo da unidade, quando vai matriciar ele consegue fazer isso né? Eu acho que deixa-se muito também às vezes para o pessoal da recepção, mas eu acho que fica um enfoque um pouco mais superficial.

Participante 5C, Gerente: Eles [médicos clínicos] absorvem tudo o que eles podem para ajudar o próprio paciente, porque eles sabem que essa situação é difícil. Se eles têm alguma dúvida, se eles têm alguma situação que eles possam me passar, eles vêm e trás [...] Até as enfermeiras fazem aquele questionário [Triagem], conversam com os pacientes e acabam apontando para gente “Olha, acho que essa aqui vale a pena a gente dar uma atenção maior e agendar na próxima vez que a doutora vier”

Em relação à triagem realizada pelos enfermeiros citada pelo Participante 5C, cabe explicar que ocorreu o desenvolvimento de um instrumento de triagem em parceria da gestão atual das equipes de saúde mental e trabalhadores do matriciamento com perguntas básicas de anamnese (informações da demanda, rotina, sono, alimentação, desenvolvimento infanto juvenil, etc) para auxiliar a equipe da atenção primária no aprofundamento das questões de saúde mental e para nortear as discussões em equipe. Tal instrumento foi apresentado em reuniões de equipe com médicos e enfermeiros de todas as unidades da atenção primária. Contudo, embora a sugestão seja que em toda unidade os profissionais façam essa triagem, observamos no relato a seguir do Participante 2B que isso não acontece:

“Talvez se tivesse, sei lá, uma triagem também com o enfermeiro, ele já poderia dar uma avaliada e encaminhar com uma certa prioridade para um atendimento médico, por exemplo, quando as agendas estão um pouco mais cheias...”
(Participante 2B, Médico)

Portanto, o modelo de triagem já existe, mas observamos que ele não foi colocado em prática em todas as unidades após a apresentação realizada em reuniões, sendo até de desconhecimento dos profissionais a sua existência.

Além disso, um dos participantes compartilha também outras estratégias adotadas em seu serviço de articulação em rede:

Participante 5C, Gerente: Se você vê que tem uma situação estranha, a gente passa para o Serviço Social da Sesa [Secretaria da Saúde], CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social]... A gente faz contatos e as meninas e tem toda uma equipe aí nos ajudam [...] Aqui minha sala é um CVV [Centro de Valorização da Vida], eu chamo o pessoal, vejo que não tá bem, a gente conversa, eu ofereço abraço, ofereço água, eu ofereço o que eu posso, um sorriso, me coloco à disposição... Mas não é só isso, né?

Nessa perspectiva, observamos através desses relatos que para além do acolhimento e do atendimento especializado citados no tópico anterior, muitas práticas são realizadas, porém não são nomeadas ou valorizadas como estratégias potentes de cuidado em saúde mental.

Dessa forma, assim como na primeira etapa dessa pesquisa, podemos observar e associar esses relatos às práticas de discussão de caso e construção conjunta de projeto terapêutico singular, ações de prevenção e de promoção, busca ativa através de visita domiciliar, ações de atenção à crise, articulação em rede e outros, que não são reconhecidos como tal, assim como apontado por outras pesquisas também já referenciadas (CARDOSO et al, 2022).

Conforme já discutido anteriormente nessa pesquisa, isso se dá muitas vezes pela persistência de um entendimento biológico sobre o processo saúde-doença em detrimento do olhar biopsicossocial, uma vez que valoriza as práticas ambulatoriais de oferta de consultas individuais às práticas das tecnologias leves (TREICHEL e CAMPOS, 2022; OLIVEIRA, 2017).

Inclusive, a Participante 5C, ao compartilhar sobre essas práticas relacionais, relata: “Eu tô falando que ser humano todo mundo tem essa obrigação [de acolher], deveria ter pelo menos, né? De olhar para o outro”.

Entretanto, aparentemente essas estratégias de cuidado estão mais relacionadas a uma prática dentro da própria equipe da atenção primária, com profissionais que convivem diariamente e conversam entre si, e não compartilhada com a equipe do apoio matricial.

Embora as portarias normatizam a rede, observamos ao longo dessa pesquisa que as pessoas têm o papel importante de operacionalizá-la e, dessa forma, o vínculo entre as equipes está associado à facilitação do cuidado em saúde mental, segundo Hirdes (2015) e Moro (2017). Portanto, a dificuldade de compartilhar as práticas entre as equipes pode decorrer dessa dificuldade de vínculo entre ambas.

Assim, um dos relatos do Participante 2B nos chama a atenção para a responsabilidade da equipe do matriciamento para construção desse espaço compartilhado, conforme se segue:

“A gente faz o atendimento conjunto com o psiquiatra, né? Então fica mais fácil a discussão. Com o psicólogo dificilmente, eu não vejo nenhum psicólogo na unidade. **Eu dificilmente tenho o feedback do que é feito.**”

Nesse sentido, Treichel e Campos (2022) apontam que a atuação do psicólogo na atenção primária é marcada pela sobrecarga de trabalho, visto que muitas vezes a produção do cuidado é vista apenas como sua responsabilidade. Contudo, assim como já apontado anteriormente nesta pesquisa, alguns achados científicos também apontam que essa resistência está muito relacionada a não corresponsabilização de alguns profissionais da APS no cuidado em SM (CARDOSO et al, 2022; MONTEMEZO, 2018; HIRDES, 2015), justamente por acreditarem que o cuidado em SM deve ser feito exclusivamente por especialistas.

Por outro lado, como também já dito anteriormente, as pesquisas apontam que quanto maior a integração entre as equipes e quanto mais se proporciona espaços de discussão compartilhados, melhor preparados estarão os profissionais da APS para lidar com essas demandas. Nesse sentido, acreditamos que esses resultados apontam para uma dificuldade de integração entre os psicólogos do AM e os profissionais da APS que também pode dificultar o cuidado em rede.

Embora os profissionais percebam essas práticas sendo realizadas, eles trazem em seus relatos com muito mais clareza o cuidado em saúde mental sendo realizado através do **acolhimento e do atendimento individual**, como já dito anteriormente, **da orientação** para uma boa saúde e **da prescrição medicamentosa**.

Em relação à prescrição medicamentosa, dois participantes compartilharam os seguintes relatos:

Participante 2B, Médica: Cada unidade trabalha de um jeito, né? O matriciamento em outras unidades eu acho que são um pouco diferentes também. Nem todas têm essa abordagem de discussão com o psiquiatra e o clínico e muitas vezes fica direto só com o psiquiatra e o clínico fica lá só renovando receita.

Participante 5C, gerente: Eu tomo [a frente do cuidado], no que eu posso. Mas eu não tenho CRM, eu não tenho certas condições, entendeu? Tem coisa que só o médico e o psicólogo [...] A única coisa mesmo é a parte dos carimbos de quem pode prescrever [...] O pessoal precisa muito de medicação, de uma coisa ou outra que só o profissional habilitado pode fazer, isso já fico devendo.

Cabe salientar que esses relatos também foram encontrados na etapa anterior da pesquisa nas respostas aos formulários e esses dados são compatíveis com os encontrados em outras pesquisas científicas (FAGUNDES, CAMPOS E FORTES, 2021).

Por outro lado, foi observado pelos participantes que muitas vezes as estratégias adotadas também dependem do perfil profissional para lidar com essas questões de saúde mental, conforme relato a seguir:

Participante 18A, Médico: Profissionais engajados dentro do SUS conseguem o acesso e conseguem resultados, né? [...] Eu profissional X não trabalho, não queria estar aqui (...) Do balcão até o médico. Eu venho trabalhar assim, sem desejo, sem vontade, sem profissionalismo. E aí eu estou dentro do sistema por vários motivos X, Y, Z, né? E aí não funciona. Chega no balcão, você não fala bom dia. Vou pegar um remédio na farmácia, a pessoa não te atende, faz cara feia. E aí eu já não tô bem e ainda não tenho esse acesso né, não sou acolhido.

Complementando essa fala, o Participante 2B diz o seguinte:

“Na minha unidade, nós temos a sorte de termos médicos da família, então já tenho uma abordagem mais geral do paciente, mais ampla. Então já inicia uma medicação, se for o caso. Mas eu vejo, eu vejo esse desafio assim. Não são todos os colegas que tomam a frente para iniciar um tratamento de saúde mental”

Já o Participante 5C relata:

“Eu acho que assim, qualquer profissional que esteja ali para servir dentro de um serviço de saúde pode ter esse olhar diferenciado, notar que tem uma situação acontecendo, né? Tipo, eu não posso fazer nada, mas posso conversar com o enfermeiro, com o gerente, para a gente poder abordar. A [funcionária da limpeza] nota situações, ela vem aqui me chamar “Olha, tá acontecendo tal coisa ali tá estranha”. A gente vai abordar com todo cuidado, com carinho.”

A respeito desse perfil profissional, Hirdes (2015) propõe que os profissionais devem gostar de socializar o conhecimento, ter humildade e disponibilidade para considerar posições diferentes, circular em diferentes territórios, além de ser receptivo ao inusitado. Nesse sentido, parece haver profissionais dentro da unidade de saúde com perfil para trabalhar com o cuidado em saúde mental, porém isso não parece ser reconhecido como uma prática potente, novamente.

Segundo Cardoso et al (2022), a escuta, o acolhimento e a condução de intervenções terapêuticas muitas vezes são estratégias vistas como atuação do psicólogo, mesmo sendo ferramentas que todo profissional da área da saúde poderia utilizar, porque não há o interesse, nem empenho em realizá-lo. Contudo, também é observado nessa pesquisa a desmotivação e a sobrecarga dos profissionais devido aos processos de trabalho.

Nota-se também que para além das estratégias percebidas, os participantes almejam o cuidado através da **promoção, da capacitação** (educação continuada/permanente), **do atendimento compartilhado e da discussão de casos**, conforme suas falas a seguir:

Participante 18A, Médico: Eu acho que **o SUS só funciona se tiver equipe**. Senão não vai funcionar. Nunca vai funcionar. Quanto mais coesa essa equipe e

mais educação continuada dessas pessoas, mais a gente consegue chegar nesse objetivo que é acolher desde a hora que o paciente entra.

Participante 2B, Médico: A gente **não tem discussões multi com o psicólogo**, seria importante também. Eu acho que é muito válido, né? A gente precisa ter essa conversa com o psicólogo. É uma falha do sistema. A gente precisaria criar algum mecanismo ou nem que seja uma vez por mês, uma reunião da equipe de matriciamento e daí juntar psicólogo, psiquiatra. Deveria. Eu acho que deveria ter sim.

Participante 5C, Gerente: A saúde mental é bem desafiadora, né? Acho que é uma das áreas mais desafiadoras da psique, porque cada ser humano é um mundinho particular. Por isso que eu falo, por isso é preciso essa capacitação. A gente aqui faz o que, o que a gente consegue fazer, mas tem coisas que a gente não tem como adentrar, né?

Em relação ao desejo de capacitação e de educação continuada, a pesquisadora observa em sua prática que, embora as equipes identifiquem a necessidade, quando ofertada acaba por não ser incorporada à realidade do trabalho como poderia ou ainda deveria, assim como em outras pesquisas encontradas (IGLESIAS e AVELLAR, 2014). Segundo Montemezzo (2018), isso se dá devido à graduações inadequadas que ainda parecem priorizar os conteúdos teóricos das patologias, deixando de lado a prática relacionada ao cuidado integral do sujeito.

Além disso, os participantes trouxeram preocupações quanto a demanda crescente e a importância de se conhecer o território para que se assumam estratégias mais efetivas de cuidado, como os relatos a seguir:

Participante 18A, Médico: **A população tá perdendo convênio, então estão procurando mais o SUS, essa é a realidade de hoje.** Tem que ter uma psicóloga dentro da Unidade, né? Porque ela vai conhecer a população.

Participante 2B, Médico: A gente tem uma demanda importante, aumentou muito, muito. Hoje, assim, todos os dias a gente tem atendimento de saúde mental. Talvez eu chute alto, mas 50% das agendas diárias são de saúde mental.

Participante 5C, Gerente: **“Aqui por ser um bairro com muita gente carente e a demanda é bem grande nesse sentido de saúde mental,** tanto quanto criança, adulto, idoso. Assim, para cada dez por mês atendidos, chegam uns 20, entendeu? É muito complicado. Então eu acho assim que por ser diferente, a divisão geográfica mesmo - tem bairro que graças a Deus tem uma situação, vamos dizer, considerada melhor financeiramente, são as pessoas mais esclarecidas - então é uma ideia dividir esse tempo do profissional, dar mais ênfase nos lugares que demandam mais atenção, entendeu? Não dividir por igual, tipo uma vez por mês cada um.

Nesse sentido, o Participante 18A traz uma importante contribuição de um programa chamado “Saúde na Escola” em 2014, no qual profissionais da saúde (atenção primária e especializada) foram às escolas para conversar sobre temas de saúde e sexualidade, incluindo a saúde mental. Segue abaixo o relato da participante:

“Eu fiz o projeto do programa Saúde na Escola 2014. Realmente foi muito legal. E aí depois esbarrou na parte chata dos desafios. Mas tudo bem, foi muito legal. A gente treinou aqueles 22 lá e aí a gente saiu multiplicando dentro de uma escola. Sair dos muros da UBS e ir até a escola também é uma das opções [para promover cuidado]. Ir até os centros comunitários da igreja, fazer o trabalho. Então isso também é SUS.”

Treichel e Campos (2022) apontam em sua pesquisa uma priorização de práticas intramuros nos serviços ambulatoriais que chamam a atenção para um movimento de engessamento desses serviços. Contudo, cabe salientar a importância desses recursos comunitários para efetivação do cuidado em saúde mental.

Nesse sentido, conforme já discutido anteriormente nessa pesquisa, alguns autores reforçam a importância de um investimento maciço em formação e capacitação dos profissionais, principalmente em relação às práticas de cuidado relacionadas às tecnologias leves (OLIVEIRA, 2017; TREICHEL e CAMPOS, 2022; CARDOSO, 2022), pois essas estratégias são cientificamente reconhecidas como efetivas (ALVAREZ, VIEIRA e FAYLLANE, 2019; SILVA FILHO e BEZERRA, 2018; SILVA, P. et al, 2019; SILVA et al, 2020; CAMINHA et al, 2021; OLIVEIRA et al, 2020; ALMEIDA et al, 2020,; LAMB et al, 2021; TONIN et al, 2021; SALGADO e FORTES, 2021)

Por fim, observamos também que os participantes citaram, direta ou indiretamente, a influência da gestão sobre o cuidado, sendo também importante abarcar esse aspecto no tópico a seguir.

Compreensão da Gestão sobre o Cuidado

Ao falar sobre a influência da gestão sobre a produção desse cuidado, os participantes compartilharam suas percepções principalmente nos aspectos de: desconhecimento por parte dos gestores dos instrumentos de produção de cuidado, cobrança por produtividade, sobre os desafios do próprio SUS e sobre a reação em cascata da macro e da microgestão sobre esse cuidado.

Em relação ao desconhecimento por parte dos gestores dos instrumentos de produção de cuidado e a reação em **cascata da macro e da microgestão**, o Participante 18A relatou:

“Se a gestão macro conhece e sabe as deficiências de cada micro, né? E consegue agir... Mas às vezes eles não conseguem agir também, porque aí tem esfera federal, que é o Ministério da Saúde que não manda recurso para você fazer uma gestão. E aí a Secretaria da Saúde quer contratar, mas ela pode? porque a prefeitura, porque não sei o que, porque porque não pode fazer concurso, porque não pode fazer isso, que depende. E aí a prefeitura não

consegue às vezes fazer a gestão, quem está envolvido na unidade não consegue [também]. Então assim, né? Vai virando uma bola de neve”

As pesquisas discutidas anteriormente apontam para esse pouco envolvimento da gestão nos processos de trabalho, como se o cuidado fosse unicamente responsabilidade dos especialistas ou das equipes da APS (IGLESIAS e AVELLAR, 2019).

Já as falas sobre a **cobrança de produtividade** foram mais marcantes, sendo descritas abaixo:

Participante 18A, Médico: O que nós temos é profissionais que têm que atender muita gente em muito pouco tempo. Então, como é que você vai atender? É essa gestão também de pessoas e organizacional que infelizmente ainda é muito falha, então eu tenho muito pouco tempo. Não dá tempo [de acolher] porque tem lá quantos estão ali esperando. Então fica meio desumano, né? A gente fala toque de caixa, vai vai meio que atendendo em número. Mas não é porque às vezes o profissional deseja isso. O médico tem que atender quantas pessoas, o enfermeiro tem que atender quantas pessoas... E isso é o outro entrave que acontece no sistema, né?

Participante 2B, Médico: Assim, a gente tem um fluxo de atendimentos, né? São quatro pacientes por hora, então são 15 minutos por paciente. A gente tem um número X de pacientes que a gente tem que atender na semana. [Sobre o matriciamento] Eu não vou saber te falar o certo, mas eu sei que é passado um número X de atendimentos e um número Y de discussão de casos.

Participante 5C, Gerente: São 16 pacientes [por dia no matriciamento de psiquiatria]. É muito raro acontecer isso porque normalmente é de hora em hora. [O psiquiatra] atende de 30 em 30 minutos e ainda vem dias extras quando eu peço. Agora no psicólogo que eu preciso mais, eu não tenho. Era três vezes por semana, caiu para duas. Ele atende de hora em hora, entendeu? Aí tem que contar com as faltas, porque normalmente paciente, a gente sabe que sempre tem falta ou outra, de cinco consultas que atenderia no dia, atende duas, três, não sei, entendeu?

Observando esses dados, parece haver um entendimento da gestão de que o cuidado em saúde mental se faz através de consultas individuais e que quanto mais consultas são disponibilizadas, melhor será o cuidado ofertado pela unidade de saúde, o que acaba sendo um grande desafio para que os profissionais tenham disponibilidade de tempo para outras práticas mais efetivas, como trouxe em seu relato o Participante 5C, que também é gestor, sobre a maneira como organiza os fluxos de trabalho e a sua compreensão sobre o cuidado em saúde mental:

Participante 5C, Gerente: Às vezes eu faço até um overbooking, sabe? Ponho mais ali porque a gente sabe que vai faltar. Então sempre dá certinho.

Nesse sentido, é importante salientar que havendo um aumento de atendimentos individuais e feitos exclusivamente pelo especialista, não sobra muito tempo para os espaços compartilhados de saberes transversais, o que acaba contradizendo os desejos dos discursos anteriores da mesma participante. Na tentativa de resolução do problema do usuário, desvaloriza

espaços de produção de cuidado que poderiam ser mais compartilhados e, inclusive, para coletivos. Por outro lado, identificamos nesses relatos também a sobrecarga de trabalho e as demandas de produção que dificultam a dedicação a essas práticas coletivas e qualificadas.

Além disso, segundo Hirdes (2015) e Chazan et al (2019), as pesquisas também apontam que essa falta de acolhimento desses profissionais para as necessidades de sua prática acabam desenvolvendo *burnout* nestes e, assim, há um aumento da rotatividade destes profissionais.

A respeito dos desafios próprios do SUS, os profissionais citam a falta de profissional e de recursos, a rotatividade de profissionais, a má remuneração desses profissionais, a demanda crescente e as poucas vagas disponibilizadas para atendimentos, conforme relatos a seguir:

Participante 18A, Médico: [O paciente, por exemplo] passou pela enfermagem, não tenho um remédio que eu preciso ter. Ah porque na pandemia há um monte de problema: Os remédios não vieram, [faltou] vacinas de Covid... O que nós temos é poucos profissionais, mal remunerados que tem que atender muita gente em muito pouco tempo. [E] eu acho que as equipes mudam muito, isso prejudica muito. Então ninguém faz vínculo, né?

Participante 5C, Gerente: Vamos começar com o serviço social que nós não temos, então é complicado. Você não tem todas as ferramentas para fazer esse trabalho. É a falta de falta de profissional. Mais tempo, mais consultas, mais disponibilização de vagas.

Outros autores já discutidos anteriormente também apontam em suas pesquisas o desafio do aumento da demanda, da articulação em rede, da alta rotatividade de profissionais e da falta de recursos humanos como uma realidade no SUS (TREICHEL e CAMPOS, 2022; HIRDES, 2015; CAMPOS et al, 2011). Contudo, é importante salientar que essas dificuldades afetam diretamente o cuidado em saúde mental devido a descontinuidade de projetos de cuidado (HIRDES, 2015; CHAZAN et al, 2019; CARNEIRO DOS SANTOS e MAGALHÃES BOSI, 2021).

A partir do que foi coletado nas etapas 1 e 2, observamos que o cuidado em saúde mental na atenção primária se dá, principalmente, através do cuidado individualizado, de uma visão biomédica por meio de encaminhamento ao especialista e de prescrição medicamentosa, embora os profissionais compreendam o conceito da clínica ampliada e a importância do acolhimento, vínculo e escuta.

Contudo, observa-se que o cuidado muitas vezes enfrenta dificuldades com a desconstrução do modelo biomédico devido uma construção sócio-histórica-cultural hospitalocêntrica da própria região, bem como perpassa outros problemas relacionados a descontinuidade de projetos devido mudança de gestão, a sobrecarga dos profissionais e a alta rotatividade destes, a crescente demanda e a falta de recursos humanos, a falta de

conhecimento e de investimento em formação e capacitação e até mesmo as questões pertinentes à gestão.

Em relação às questões pertinentes à gestão, cabe ressaltar que nesta pesquisa surgiram como as principais dificuldades: a cobrança por produtividade, a dificuldade de compreensão do processo de cuidado, a dificuldade em instituir espaços compartilhados para discussão em equipe e as formas de contratação descontinuadas.

Contudo, os profissionais demonstram interesse na construção de uma linha de cuidado mais acolhedora e apontam como possibilidades de cuidado as ações coletivas como grupos terapêuticos, rodas de conversa, palestras e até mesmo as práticas integrativas complementares, ainda que estas últimas não tenham sido citadas diretamente mas através de exemplos do cotidiano.

Por fim, a pesquisa aponta em seus resultados, de fato, uma contradição entre o fazer e a percepção desse fazer, uma vez que os profissionais trouxeram em seus discursos relatos de uma prática que é realizada, mas não é nomeada como, por exemplo, as PICs, e práticas que não são realizadas, mas que já houveram tentativas de serem efetivadas e não deram certo, a saber, a própria capacitação.

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO DESTA PESQUISA

Após a coleta e discussão de todos os dados das etapas 1 e 2, observamos que algumas estratégias de cuidado em saúde mental já são ofertadas pelo município, porém muitas vezes isso não é valorizado ou nomeado como um cuidado fundamental. Nesse sentido, foi elaborado um produto técnico em formato de material educativo com o intuito de sensibilizar os profissionais para as estratégias que eles já vêm realizando, de maneira que sejam valorizadas essas práticas do cotidiano.

Tal proposta surgiu a partir da construção do QUADRO 01, que tinha o objetivo de fazer associações e comparações entre os discursos dos profissionais participantes e as práticas descritas em bibliografia estudadas nesta pesquisa, dando nomes àquelas estratégias que pareciam supérfluas aos olhos dos participantes.

Para tanto, foi construído um folder, apresentado no APÊNDICE 04, que traz informações sobre a importância de se discutir sobre essa temática, os exemplos de estratégias trazidas pelos participantes nesta pesquisa articulados com os referenciais teóricos que os nomeiam, e orientações sobre como eles podem aprofundar esse tema com outros profissionais.

Esse produto técnico pode ser utilizado de diversas formas com o objetivo de subsidiar discussões, reflexões e práticas de saúde no cotidiano, sendo considerado um importante dispositivo para dialogar com os profissionais de diversos serviços sobre as rotinas de trabalho, sobre o protagonismo dos sujeitos e sobre a cogestão tão necessária na clínica ampliada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os desafios apresentados no decorrer da introdução desse trabalho como, por exemplo, a mudança de paradigma do modelo biomédico; a falta de incentivo no preparo e capacitação dos profissionais; alta rotatividade de profissionais; a dificuldade de corresponsabilização dos casos; e o entendimento entre as equipes sobre a importância de seus papéis no apoio matricial em Votorantim, essa pesquisa pode compreender como se dá o cuidado em saúde mental na APS do município através do olhar dos próprios profissionais envolvidos nesse processo de cuidado. Não estamos falando de qualquer região do Brasil, mas daquela que já foi considerada polo manicomial brasileiro por muitos e muitos anos. Senso comum este que ainda ronda muitos pensamentos locais e, porque não, muitos distantes dali.

Tivemos como objetivos específicos compreender o que os profissionais de saúde do município da APS entendem como cuidado em saúde mental na APS e como se dá a responsabilidade de cada equipamento da rede neste cuidado; mapear as práticas de cuidado em saúde mental na APS que já são realizadas no município por esses profissionais; e sensibilizar os profissionais envolvidos para novas ofertas de cuidado em saúde mental na APS em Votorantim aos munícipes. Compreendemos que os objetivos tenham sido atingidos uma vez que conseguimos coletar informações importantes dos participantes sobre a percepção deles do cuidado em saúde mental nas unidades de saúde do município em que atuam.

Em contrapartida, encontramos desafios para efetivar a sensibilização dos profissionais envolvidos para novas ofertas de cuidado em saúde mental na APS em Votorantim aos munícipes, uma vez que encontramos dificuldade de acessar os profissionais para dialogar sobre os resultados dessa pesquisa. Apesar de compreender que nenhuma pesquisa é neutra, nem para quem pesquisa, muito menos para quem participa, esperamos que tenha sido possível provocar reflexões a partir da produção de dados oriundos deste estudo. Contudo, ainda esperamos através de nosso produto técnico fomentar espaços de reflexão a respeito da temática e sobre a necessidade de implantação de espaços de educação permanente em saúde mental no município efetivos e sustentáveis.

Falar sobre saúde mental na APS não é novidade, mas ainda é necessário. Esta pesquisa evidenciou o quanto, apesar de se reconhecer sua importância, ainda existem desafios a serem superados para sua operacionalização.

A listagem de ações consideradas sensíveis à saúde mental foi sistematizada e elaborada a partir da literatura e experiência da pesquisadora e poderá ajudar outras localidades, a partir de exemplos práticos a colocar em prática.

Esta pesquisa enfrentou desafios significativos para sua execução: a pandemia de Covid-19, distanciamento social, diminuição da circulação de profissionais nas unidades de saúde. Mas ainda, reestruturação de seu desenho metodológico e sensibilização dos profissionais para participar do processo. Fatos estes que não podem ser desconsiderados e que foram enfrentados de diferentes maneiras, principalmente com muitas negociações e corpo-a-corpo da pesquisadora.

Difícil afirmar tal aspecto, apesar de ainda necessário, novas pesquisas, principalmente as em formato de ação/intervenção, são necessárias para indicar caminhos para incorporação da saúde mental como campo para APS. Desenhos metodológicos que problematizem as práticas e o próprio trabalho tendem a trazer maior possibilidade de modificação de realidades.

Por fim, essa pesquisa traz consigo possibilidades de produto bibliográfico para o desenvolvimento de cursos de formação profissional (educação permanente dos profissionais do SUS) conforme Produtos Técnicos aceitos pela CAPES descritos no Relatório do Grupo de Trabalho de Produção Científica do Governo Federal, podendo gerar aportes para processos de formação, gestão e manejos do cuidado, por meio não só do conhecimento aqui produzido, mas também elaborado no material educativo.

Acreditamos numa saúde mental que seja desenvolvida por toda equipe de saúde, em diferentes componentes da RAPS e que traga para brasileiros e brasileiras possibilidades reais de superação da lógica manicomial. E isso só é possível com trabalho engajado, compartilhado, em equipe, intersetorial e comunitário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, A. P. E; VIEIRA, A. C. D. A; FAYLLANE, A. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família e os desafios para saúde mental na atenção básica.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(4), e290405, 2019

ALMEIDA et al. **Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família.** Research, Society and Development, v. 9, n.3, e18932134, 2020.

AMARANTE P, NUNES, M. O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):2067-2074, 2018

ARONE, N. M. **Resolutividade da Atenção Primária: O impacto da Implantação do NASF?**. Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal de São Paulo: Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância, 2014.

BELOTTI, M; LAVRADOR, M. C. C. L. **A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 24 n.2, p. 373-378, 2016

BERNIERI, J; HIRDES, A; VENDRUSCOLO, C; ZANATTA, L. **Fragilidades no cuidado em saúde mental: percepções de profissionais da Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19.** Research, Society and Development, v. 10, n. 12, e458101220456, 2021.

BITU, N. N. C; PINTO, E. P. R; RIBEIRO, A. K. O; ROCHA, D. D; ROCHA, M. A. C; SANTOS, A. R.M. **Interdisciplinaridade entre saúde bucal e saúde mental: um relato de experiência na atenção primária à saúde de Fortaleza-CE.** Rev. Odontologia: pesquisa e práticas contemporâneas - Volume 2, 2021. DOI 10.37885/211106794

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990** que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 de 06 de Abril de 2001** que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002** que dispõe sobre a abertura e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 10.708 de 31 de Julho de 2003** que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2011** que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011** que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental nº 34.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica / Saúde Mental. Brasília: 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588 de 21 de Dezembro de 2017** que dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial e dá outras providências.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para Procedimentos em Pesquisa com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual**. Brasília, 24 de Fevereiro de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [homepage na internet]**. Brasília. Acessado em 21/03/2022. Disponível em: [CnesWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde \(datasus.gov.br\)](https://datasus.gov.br)

CAMINHA, E. C. C. R. et al. **Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental**. Saúde Debate: Rio de Janeiro, v.45, n. 128, p. 81-90, Jan-Mar, 2021

CAMPOS, G. W. de S. **Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1999.

CAMPOS G. W. de S; DOMITTI, A. C. **Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

CAMPOS G. W de S et al. **A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada**. Interface (Botucatu), 2014.

Campos RO et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(12):4643-4652, 2011

Cardoso LCB, Marcon SS, Rodrigues TFCS, Paiano M, Peruzzo HE, Giacon-Arruda BCC, et al. **Assistência em saúde mental na Atenção Primária: perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 3):e20190326

CARNEIRO DOS SANTOS, R; MAGALHÃES BOSI, M. L. **Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(5):1739-1748, 2021

CHAZAN, L. F; FORTES, S; CAMARGO JR, K; FREITAS, G. C. **O apoio matricial na atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro: uma percepção dos matriciadores com foco na saúde mental**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(2), e290212, 2019

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia Prático do Matriciamento em Saúde Mental**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília-DF, 2011.

CURADO, T. R. F; BASTOS, E. N. E. **O olhar dos cirurgiões dentistas da Estratégia Saúde da Família para a saúde mental dos usuários**. Cadernos ESP, Ceará 5(1): 44-53, jan./jun. 2011

DUARTE, N. et al. **Estratégias de promoção da saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19: uma revisão integrativa**. Research, Society and Development, v. 10, n. 11, e176101119527, 2021

FAGUNDES, G. S; CAMPOS, M. R; FORTES, S. L. C. L. **Matriciamento em Saúde Mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(6):2311-2322, 2021

FIOCRUZ. **Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial**. Página Inicial. Disponível em: <http://portfoliodepraticas.epsjv.fiocruz.br/> <acesso em 19 de Janeiro de 2022>

FIGUEIREDO, T. P.; SOUSA, M. N. A.; ALVES, H. B. **Acolhimento em saúde mental na atenção primária à saúde no contexto da pandemia da COVID-19**. Seção Temática: Contribuições da Psicologia no Contexto da Pandemia da COVID-19. *Estud. psicol. (Campinas)* 37, 2021.

FRANCO, T.B, PANIZZI, M, FORSQUIERA, M. **O Acolher Chapecó e a Mudança do Processo de Trabalho na Rede Básica de Saúde** in *Divulgação em Saúde para Debate*, N. 30, Rio de Janeiro, Março, 2004

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

GARCIA, M. R. V. **A Mortalidade nos Manicômios da Região de Sorocaba e a Possibilidade da Investigação de Violações de Direitos Humanos no Campo da Saúde Mental por Meio do Acesso aos Bancos de Dados Públicos**. *Psicologia Política*. VOL. 12. Nº 23. PP. 105-120. JAN. – ABR. 2012

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOUVEIA, A. O. et al. **Matriciamento em saúde mental na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura**. *Research, Society and Development* 10, no. 5, 2021.

HIRDES, A. **A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária a Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):371-382, 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas da população residente com data de referência 1o de Julho de 2020**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Acesso em 21/03/2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/votorantim.html>

IGLESIAS, A; AVELLAR, L. Z. **Apoio Matricial: um estudo bibliográfico**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9):3791-3798, 2014

IGLESIAS, A; AVELLAR, L. Z. **Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(4):1247-1254, 2019

JAMELLI SR et al. **Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1795-1800, 2010

KANTORSKI, L. P et al. **Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia**. *J. nurs. health*, 2021

LAMB, P. P. et al. **Práticas de saúde mental na atenção primária à saúde: percepções de trabalhadores**. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, e45210212674, 2021

MERHY, E.E. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. In: FRANCO. T.B. et al **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.

MERHY, E. E; FEUERWERKER, L.C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In MERHY, E. E et al. **Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1 ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 17(3), 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. Hucitec: São Paulo, 2014.

MINAYO, M. C. S; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação**. Ed. Ludomedia, 2019.

MONTEMEZO, H; SILVA F.D; MURAMATSU, C.K; AMORIN, I.R; BURIOLA, A.A.; CAZAÑAS, E.F. **Percepção de enfermeiros e médicos sobre o atendimento à pessoa com transtorno mental na Atenção Básica**. Cienc Cuid Saude 2018 Jan-Mar; 17(1)

MORO, L. M. **Apoio matricial e concepções sobre saúde mental a partir da perspectiva de profissionais da atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, RS, 2017.

OLIVEIRA, G. S et al. **Saúde Mental em tempos da Pandemia da Covid-19: Concepções dos trabalhadores da Atenção Primária a Saúde**. Cadernos Esp. Ceará. Jan-Jun, 14(1) 133-137 – 137ISSN: 1808-7329/1809-0893, 2020.

OLIVEIRA EC, MEDEIROS AT, TRAJANO FMP, CHAVES NETO G, ALMEIDA SA, ALMEIDA LR. **O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica**. Esc Anna Nery 2017;21(3):e20160040

SANINE, P. R; SILVA, L. I. F. **Saúde mental e a qualidade organizacional dos serviços de atenção primária no Brasil**. Cad. Saúde Pública 37(7):e00267720, 2021

SALGADO, M. A; FORTES, S. L. C. L. **Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos**. Cad. Saúde Pública 37(9):e00178520, 2021.

SARAIVA, S. A. L; ZEPEDA, J; LIRIA, A .F. **Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa**. Ciência & Saúde Coletiva, 25(2):553-565, 2020

SILVA FJB, SANTOS MC, TESSER CD. **Percepção de médica(o)s e enfermeira(o)s da Saúde da Família sobre o uso da auriculoterapia em problemas de Saúde Mental**. Interface (Botucatu). 2022; 26: e210558

SILVA FILHO, J. A; BEZERRA, A. M. **Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa**. Id on Line Rev. Mult. Psic. V.12, N. 40 - ISSN 1981-1179, 2018.

SILVA et al. **Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento**. Ver. Cuid. 10(1): e617, 2019.

SILVA, L. K. P et al. **Projeto Terapêutico Singular no cuidado interprofissional em saúde mental na atenção primária: relato de experiência**. Research, Society and Development, v. 9, n.12, e 33191211025, 2020.

SILVA et al. **Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde.** Cogitare enferm. [Internet]. 2020.

STERLING, R. A. M; GONÇALVES, L. F; Hass, P. **Atenção à saúde mental na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática.** Research, Society and Development, v. 10, n. 3, e43210313394, 2021.

SURJUS, L. T. L. S; RAGGIO, A. M. B; ROSA, S. D. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Narrativa da implantação no processo de desinstitucionalização do Município de Sorocaba (SP) - Brasil.** Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(4), 297-317, dez-2016.

TREICHEL, A. S, CAMPOS, R.T.O. **Avaliação da atuação da rede comunitária de saúde mental em um município paulista de médio porte.** Saúde Debate, Rio de Janeiro. V. 46, N. 132, P. 121-134, JAN-MAR 2022

TONIN, C. F. et al. **Como vai a saúde mental? Diálogos e reflexões sobre as estratégias de cuidado na Atenção Primária à Saúde – Estratégias de cuidado na APS em Saúde Mental.** Research, Society and Development, v. 10, n. 8, e5810817050, 2021

APÊNDICE 1 - FORMULÁRIO ELETRÔNICO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana da atenção primária no Município de Votorantim” realizada pela pesquisadora Isabella de Fátima Batista sob orientação da Profª Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi pela Universidade de São Carlos (UFSCar) para o Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica.

O objetivo deste estudo é analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária de Votorantim a partir do olhar dos profissionais do próprio município com o intuito de mapear as práticas de cuidado em saúde mental que são realizadas e sensibilizar para outras maneiras de também se ofertar esse cuidado. Nesse sentido, você foi selecionado para participar por ser um profissional atuante nessa área. Contudo, sua participação é totalmente voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados dessa pesquisa será composta por duas etapas: a primeira com o preenchimento desse formulário eletrônico realizada na plataforma GoogleForms com perguntas de caracterização profissional e perguntas a respeito das suas opiniões sobre o cuidado em saúde mental realizado no município, que deverá durar no máximo 10 (dez) minutos; e a segunda – caso seja selecionado para participar – através de Grupo Focal.

Suas respostas neste formulário serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos com a identidade e local de trabalho preservados.

Recomenda-se que leia com calma o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que salve uma cópia dele em seus documentos. O TCLE que pode ser baixado nesse link: <https://drive.google.com/file/d/1kEI5rwUzfliDSQi4ldizDegrVpuhRU9h/view?usp=sharing>

Além disso, recomenda-se que você guarde em seus arquivos a cópia de suas respostas preenchidas nesse formulário que será enviado por e-mail.

Vamos lá?

Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você concorda em fazer parte dessa pesquisa?

Sim, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação e concordo em participar.

Não concordo e não desejo participar dessa pesquisa.

1. Caracterização dos Participantes:

Como você gostaria de ser chamado? (Pergunta Aberta)

Qual Faixa Etária melhor te representa?

De 18 até 24 anos

De 25 a 29 anos

De 30 até 34 anos

De 35 a 39 anos

+ de 50 anos

De 25 até 29 anos

De 40 a 44 anos

De 30 até 34 anos

De 45 a 49 anos

Qual a sua Formação Profissional?

Gerente de Serviço de Saúde

Enfermeiro (a)

Auxiliar em Saúde Bucal

Médico (a) Clínico

Dentista

Assistente Administrativo ou Recepcionista

Médico (a) Psiquiatra

Assistente Social

Agente Comunitário de Saúde

Médico (a) Pediatra/Hebiatra

Psicólogo (a)

Auxiliar de Serviços Gerais/Limpeza

Médico (a) Ginecologista/Obstetra

Farmacêutico

Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Bolsista

Em qual unidade que atua?

Há quanto tempo está nesse serviço?

Menos de 1 ano

De 1 a 5 anos

De 6 a 10 anos

De 11 a 15 anos

+ de 16 anos

Você de alguma forma atua diretamente no cuidado em saúde mental na sua Unidade?

Sim

Não

Caso você tenha respondido que atua diretamente no cuidado em saúde mental no seu trabalho, qual é a sua percepção sobre esse cuidado realizado? (desafios, potencialidades, etc) (Pergunta Aberta)

O que você percebe de ponto positivo nesse cuidado que você oferta? (Pergunta Aberta)

Quais as ofertas de cuidado em saúde mental você observa em seu local de atuação?

Acolhimento, vínculo e escuta do usuário (paciente)

- Atendimento Conjunto (equipe de saúde mental e/ou equipe da atenção básica)
- Consulta Individual
- Atendimento à família
- Visitas domiciliares
- Orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental
- Prescrição de medicamentos psicotrópicos
- Encaminhamento ao profissional e/ou outro serviço da saúde mental
- Discussão de Caso e construção conjunta de Projetos Terapêuticos
- Grupos Terapêuticos, rodas de conversa ou oficinas de geração de renda
- Ações de Prevenção e Promoção de Saúde Mental (palestras, workshops, psicoeducação)
- Discussão e Planejamento dos processos de trabalho das equipes
- Articulação com outros serviços e Secretarias (CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Escolas, ONGs, CAPS, etc)
- Busca ativa no território
- Ações de atenção à crise em saúde mental
- Ações de cuidado relacionado à redução de danos
- Práticas Integrativas e Complementares (medicina tradicional chinesa, homeopatia, fitoterapia, etc)
- Outros. Quais? (Descreva)

Quais profissionais você observa ofertando esses cuidados em saúde mental?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gerente de Serviço de Saúde | <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) | <input type="checkbox"/> Auxiliar em Saúde Bucal |
| <input type="checkbox"/> Médico (a) Clínico | <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Assistente Administrativo ou Recepcionista |
| <input type="checkbox"/> Médico (a) Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Assistente Social | <input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde |
| <input type="checkbox"/> Médico (a) Pediatra/Hebiatra | <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Serviços Gerais/Limpeza |
| <input type="checkbox"/> Médico (a) Ginecologista/Obstetra | <input type="checkbox"/> Farmacêutico | <input type="checkbox"/> Bolsista |
| | <input type="checkbox"/> Auxiliar ou Técnico de Enfermagem | |

Você acredita que exista outras formas de ofertar o cuidado em saúde mental no território?

- Sim Não

Caso tenha respondido que sim a questão anterior, quais outras formas de ofertar o cuidado em saúde mental você acredita que poderia ser realizado na Unidade que atua? (Pergunta Aberta)

Quais os desafios você entende que existam para a realização da saúde mental na atenção básica?

Falta de conhecimento (formação, capacitação) sobre temas relacionados a saúde mental

Inseguranças para falar sobre temas relacionados a saúde mental

Medo ou Insegurança de lidar com pessoas em sofrimento psíquico

Dificuldade de conciliar as agendas entre os profissionais para discussão dos casos

Dificuldade de compreensão sobre os papéis/funções das equipes atuantes nesse cuidado

Alto índice de absenteísmo devido afastamento profissional por licença médica

Alta rotatividade de profissionais na Rede

Alta demanda de atendimento (de maneira geral) dos serviços

Acúmulo de funções e atividades

Outros. Quais? (Descreva)

Algumas pesquisas apontam que os transtornos mentais são um desafio crescente dos sistemas de saúde, afetando até 25% das pessoas ao longo da vida. No Brasil, de 51 a 64% destas pessoas encontram-se na atenção primária sem um tratamento efetivo. Você concorda com essa afirmação? Comente. (Pergunta Aberta)

APÊNDICE 2 - CONVITE PARA A PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

Olá!

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana da atenção primária no Município de Votorantim” realizada pela pesquisadora Isabella de Fátima Batista sob orientação da Prof^a Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi pela Universidade de São Carlos (UFSCar) para o Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica (PPGGC).

Essa pesquisa tem o objetivo de analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária de Votorantim a partir do olhar dos profissionais do próprio município e, por isso, você foi selecionado para participar! Vamos lá?

Lembrando que sua participação é totalmente voluntária e suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. É só acessar o QR Code ao lado ou através do link: <https://forms.gle/mAaukR2R9bTZH6Xf7>



Desde já agradeço imensamente a sua participação!

Obs: Não se esqueça de ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que está no início do formulário e de guardar em seus arquivos a cópia de suas respostas preenchidas nesse formulário.

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE PERGUNTAS SEMIESTRUTURADAS PARA SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA (ENTREVISTA INDIVIDUAL)

- a. Inicialmente será esclarecido: 1. a rotina da reunião e duração do encontro; 2. o objetivo da pesquisa e o motivo da escolha dos participantes; 3. a forma de registro dos trabalhos e a garantia do sigilo; 4. a anuência dos participantes (TCLE)
- b. Reflexões para o Encontro:
 - O que é cuidado em saúde mental na atenção primária na sua opinião?
 - Você acredita que esse cuidado acontece em Votorantim? Se sim, como?
 - Quais os desafios em relação a essa temática?

 - O que poderia ser diferente na atuação hoje em dia nessas unidades? Será que existem outras formas de se ofertar esse cuidado em saúde mental na atenção primária que seja possível nessas unidades? Se sim, quais?

 - Você acha que teve algum assunto que eu não abordei e que você gostaria de falar um pouco mais?

APÊNDICE 4 - PRODUTO TÉCNICO DESSA PESQUISA

O Cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária

Esse material educativo tem a pretensão de ser um disparador para diálogos e reflexões das equipes de apoio matricial e de referência acerca da produção do cuidado em saúde mental na atenção primária. Para isso, ele pode ser utilizado de diferentes maneiras (folders, palestras, rodas de conversa) com os profissionais de saúde desses dispositivos provocando discussões sobre os componentes da clínica ampliada, as rotinas de trabalho, o protagonismos dos sujeitos, a cogestão dos serviços e outros.

Contudo, embora possa ser utilizado de diversas formas, abaixo descrevemos uma possibilidade de uso e um exemplo da maneira como se pretende utilizar no município dessa pesquisa. A princípio, esse material foi pensado seguindo as seguintes etapas: 1. Introduzir sobre a importância da temática e o que é o cuidado em saúde mental na atenção primária; 2. Discutir sobre as estratégias de cuidado percebidas x almejadas (pautados nos resultados dessa pesquisa); 3. Aproximar as equipes das RAPS

Na introdução a respeito da **importância da temática e o que é o cuidado em saúde mental na atenção primária**, foi pensado como disparador o seguinte texto:

“Algumas pesquisas apontam que os transtornos mentais são um desafio crescente dos sistemas de saúde. A Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente 30,2 milhões de pessoas convivem com transtornos mentais leves ou moderados que requerem tratamento ocasional em serviços especializados. No Brasil, de 51 a 64% destas pessoas encontram-se na atenção primária sem um tratamento efetivo (SARAIVA, S. A. L; ZEPEDA, J; LIRIA, A.F, 2020). Diante disso, você acha que faz esse cuidado?”

A partir desse disparador e desse questionamento, seria possível discutir com os profissionais desses serviços as práticas percebidas por eles e por seus colegas de trabalho de maneira que seja valorizada a produção de cuidado de cada equipamento, bem como também pudesse ser oferecido um espaço para o acolhimento de suas angústias frente a essa demanda crescente e a dificuldade dos serviços de oferecerem tratamentos eficazes, como levantado pela pesquisa em questão do disparador.

Na etapa da discussão sobre as **estratégias de cuidado percebidas x almejadas**, é trazido como disparador os resultados dessa pesquisa, fazendo um comparativo entre relatos dos participantes e os componentes da clínica ampliada e da política nacional de humanização descritos em literatura científica, conforme segue:

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA

Na pandemia, minha filha precisou de atendimento e foi muito bem acolhida pela médica

Eu presenciei uma senhora que chorava muito aguardando atendimento do clínico, e aí ofereci água e sentei perto dela, e aos poucos ela foi desabafando e o choro foi amenizando

Nas minhas férias discuti a distância um caso com o clínico, o enfermeiro e o gerente para encaminhar um paciente que não aceitava o tratamento no CAPS

Você sabia que esse acolhimento e vínculo com o paciente é uma ação de atenção à crise em saúde mental?

Você sabia que essa ação conjunta, a articulação em rede e as discussões de caso são importantes para a construção do Projeto Terapêutico Singular? Isso também é cuidado em saúde mental!

As vezes os outros profissionais me procuram e falam "Dr, conheço esse caso, fiz visita domiciliar, está precisando de uma atenção..."

Aqui minha sala é um CVV [Centro de Valorização da Vida], eu chamo o pessoal, vejo que não tá bem, a gente conversa, eu ofereço abraço, água, um sorriso, o que eu posso. Me coloco à disposição...



Em consultas busco, além da medicação, ofertar alternativas que sejam viáveis para os pacientes como meditação guiada pelo YouTube, procura de serviços de terapia gratuitos ou com preço social ofertados pelas universidades, técnicas de controle e atenção plena na respiração

Durante o meu atendimento uma paciente começou a chorar muito... No mesmo momento, interrompi o tratamento dentário e chamei a enfermeira da unidade para que pudéssemos ajudá-la. Foi realizado o agendamento médico e psicológico da paciente e hoje ela se encontra bem melhor e agradecida por ter ajudado.

Práticas integrativas e Complementares (PICS), orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde e ações de prevenção e promoção de saúde mental também são formas de cuidado!

Olha que legal, até na cadeira do dentista é lugar de fazer esse cuidado em saúde mental!



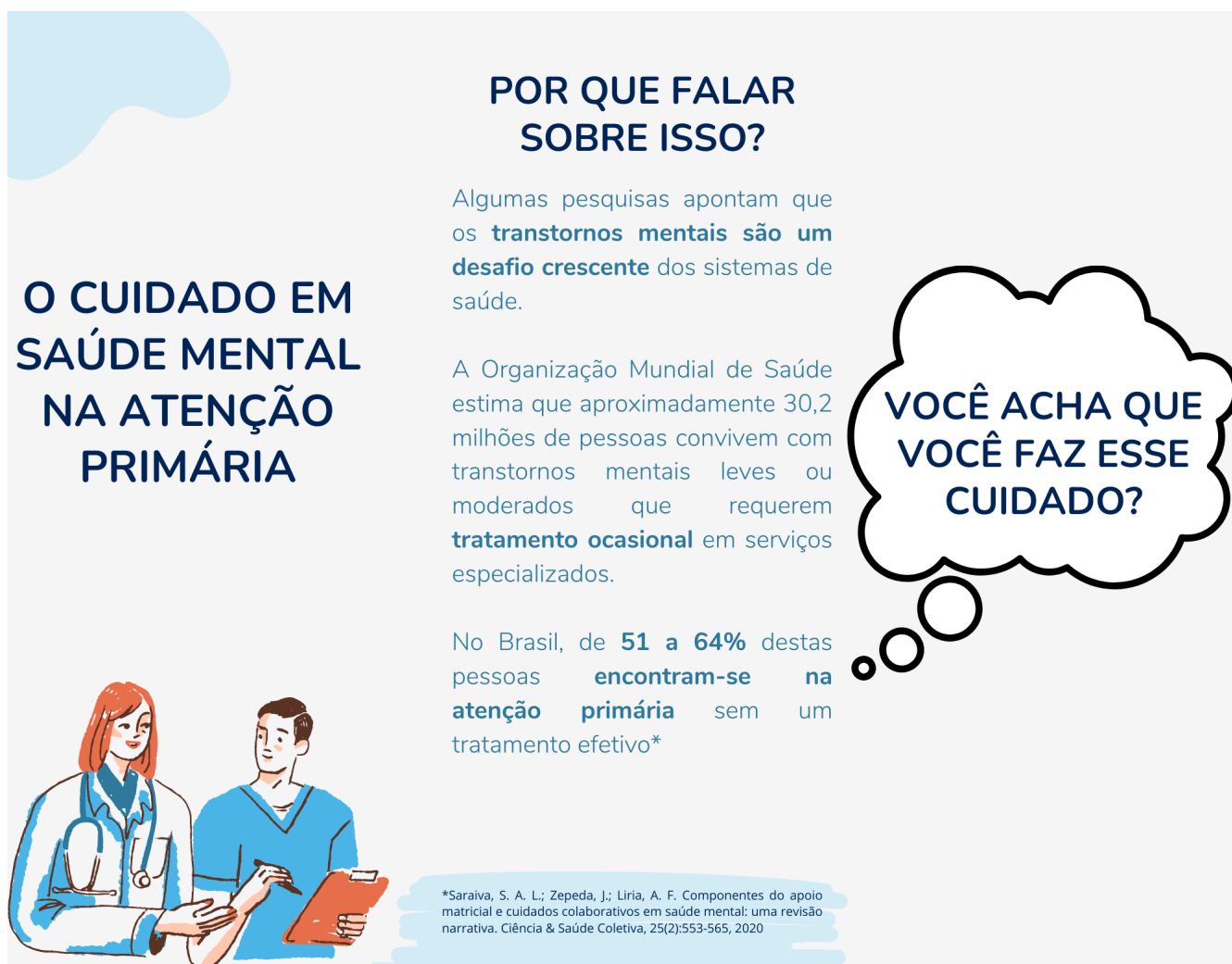
Assim, esse disparador novamente reforça a importância do que já é feito pelos profissionais, sensibilizando-os para valorização de suas práticas, mas também para outras práticas que são almejadas e que talvez sejam possíveis a partir dessa compreensão mais crítica sobre a produção do cuidado em saúde mental no cotidiano.

E, por fim, a **aproximação da RAPS** se daria por meio de um convite encabeçado pelo questionamento *"Com que eu posso falar sobre isso?"* onde seriam descritos os contatos dos serviços de saúde mental do município e a seguinte mensagem:

“Caso você tenha dúvidas sobre como ofertar esse cuidado, você pode procurar a equipe de matriciamento da sua unidade de saúde ou conversar com algum serviço especializado da rede.”

A partir desse convite, entendemos que seja possível a aproximação entre os serviços para continuidade dessas discussões e para a construção conjunta de novos dispositivos de produção de cuidado.

Assim, o que se pretende após essa pesquisa é apresentar esse produto técnico à gestão e aos profissionais de saúde do município através de um folder desenvolvido a partir dessas etapas citadas anteriormente. Conforme exemplo abaixo:



O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

POR QUE FALAR SOBRE ISSO?

Algumas pesquisas apontam que os **transtornos mentais são um desafio crescente** dos sistemas de saúde.

A Organização Mundial de Saúde estima que aproximadamente 30,2 milhões de pessoas convivem com transtornos mentais leves ou moderados que requerem **tratamento ocasional** em serviços especializados.

No Brasil, de **51 a 64%** destas pessoas **encontram-se na atenção primária** sem um tratamento efetivo*

VOCÊ ACHA QUE VOCÊ FAZ ESSE CUIDADO?

*Saraiva, S. A. L.; Zepeda, J.; Liria, A. F. Componentes do apoio matricial e cuidados colaborativos em saúde mental: uma revisão narrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 25(2):553-565, 2020

(Página 01/02)

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA PRÁTICA

Na pandemia, minha filha precisou de atendimento e foi muito bem acolhida pela médica

Eu presenciei uma senhora que chorava muito aguardando atendimento do clínico, e aí ofereci água e sentei perto dela, e aos poucos ela foi desabafando e o choro foi amenizando

Você sabia que esse acolhimento e vínculo com o paciente é uma ação de atenção à crise em saúde mental?

Aqui minha sala é um CVV [Centro de Valorização da Vida], eu chamo o pessoal, vejo que não tá bem, a gente conversa, eu ofereço abraço, água, um sorriso, o que eu posso. Me coloco à disposição...

Durante o meu atendimento uma paciente começou a chorar muito... No mesmo momento, interrompi o tratamento dentário e chamei a enfermeira da unidade para que pudéssemos ajudá-la. Foi realizado o agendamento médico e psicológico da paciente e hoje ela se encontra bem melhor e agradecida por ter ajudado.

Olha que legal, até na cadeira do dentista é lugar de fazer esse cuidado em saúde mental!

Nas minhas férias discuti a distância um caso com o clínico, o enfermeiro e o gerente para encaminhar um paciente que não aceitava o tratamento no CAPS

As vezes os outros profissionais me procuram e falam "Dr, conheço esse caso, fiz visita domiciliar, está precisando de uma atenção..."

Você sabia que essa ação conjunta, a articulação em rede e as discussões de caso são importantes para a construção do Projeto Terapêutico Singular? Isso também é cuidado em saúde mental!

Em consultas busco, além da medicação, ofertar alternativas que sejam viáveis para os pacientes como meditação guiada pelo YouTube, procura de serviços de terapia gratuitos ou com preço social ofertados pelas universidades, técnicas de controle e atenção plena na respiração

Práticas integrativas e Complementares (PICS), orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde e ações de prevenção e promoção de saúde mental também são formas de cuidado!



COM QUEM EU POSSO FALAR SOBRE ISSO?

Caso você tenha dúvidas sobre como ofertar esse cuidado você pode procurar a equipe de matriciamento da sua unidade de saúde ou conversar com algum serviço especializado da rede:

**CAPS Adulto
3243-4127**

**CAPS Infante-Juvenil
3243-1433**

**CAPS Álcool e Drogas
3243-1122**

(Página 02/02)

ANEXO I - CARTA DE AUTORIZAÇÃO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO


Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos
(UFSCar)

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da **Secretaria Municipal de Saúde de Votorantim/ SP**, informo que o projeto de pesquisa intitulado **O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana na atenção primária no Município de Votorantim**, apresentado pela pesquisadora **Isabella de Fátima Batista** sob orientação da Prof.^a Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi, e que tem como objetivo principal **analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária em saúde de Votorantim**, foi analisado e autorizada sua realização apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Solicito a apresentação do Parecer de Aprovação do CEP-UFSCar antes de iniciar a coleta de dados nesta Instituição.

“Declaro conhecer a Resolução CNS 466/2012 e 510/2016. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Data: Votorantim 31 de maio 2022

Assinatura e Carimbo: _____


Izilda Maris Chiozzotto de Moraes

Izilda Maris Chiozzotto de Moraes
Secretária da Saúde

Secretaria da Saúde da Prefeitura de Votorantim
Rua Pedro Fontes, nº 550. Rio Acima, Votorantim/SP. CEP: 18111-375
E-mail: expedientesesa@votorantim.sp.gov.br / Telefone: (15) 3353-8600

ANEXO II - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - EMENDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana na atenção primária no Município de Votorantim

Pesquisador: ISABELLA DE FATIMA BATISTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58907622.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.108.811

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda se dá em uma das etapas de coleta de dados aprovada pelo presente Comitê de Ética sob nº de parecer 5.499.090. Inicialmente, estava proposto de ocorrer na modalidade de grupo focal com os participantes selecionados da primeira etapa da coleta de dados que se deu por meio de formulário eletrônico. Contudo, pela dificuldade de adesão dos participantes ao grupo focal, os pesquisadores solicitam a alteração para coleta de dados por entrevista individual. Nesse caso, serão selecionados 4 profissionais que preencheram os formulários, um de cada serviço participante, para serem entrevistados de maneira individual com o roteiro de perguntas inserido no projeto emendado. Outra alteração importante que será feita no projeto se dá no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 2, frente a essa necessidade de adequação à entrevista individual. Todos os documentos foram devidamente emendados e justificados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

SÃO CARLOS, 09 de Junho de 2023

Assinado por:

Sonia Regina Zerbetto

(Coordenador(a))

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA 1

(Resolução CNS 510/2016)

O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana na atenção primária no Município de Votorantim.

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana da atenção primária no Município de Votorantim” realizada pela pesquisadora Isabella de Fátima Batista sob orientação da Prof^a Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi pela Universidade de São Carlos (UFSCar) para o Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica.

O objetivo deste estudo é analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária de Votorantim a partir do olhar dos profissionais de saúde do município com o intuito de mapear as práticas de cuidado em saúde mental que são realizadas e sensibilizar para outras maneiras de também se ofertar esse cuidado. Nesse sentido, você foi selecionado para participar por ser um profissional atuante nessa área. Contudo, sua participação é totalmente voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados dessa pesquisa será composta por duas etapas: a primeira com o preenchimento do formulário eletrônico realizada na plataforma GoogleForms com perguntas de caracterização profissional e perguntas a respeito das suas opiniões sobre o cuidado em saúde mental realizado no município, que deverá durar em torno de 20 (vinte) minutos; e a segunda – caso seja selecionado para participar – através de Entrevista Individual. Este TCLE trata da Etapa 1.

Suas respostas neste formulário serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos com a identidade e local de trabalho preservados.

Durante essa fase, onde o formulário será preenchido de maneira eletrônica, podem ocorrer riscos característicos do ambiente virtual como, por exemplo, o não salvamento das informações por problemas técnicos ou a violação da confiabilidade dos dados por outros. Por

isso, recomenda-se que você guarde em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico preenchido e utilize dispositivos confiáveis como seu próprio computador ou celular. Caso isso ocorra, você será informado imediatamente pelo pesquisador responsável. Entretanto, seus dados só serão utilizados após o preenchimento em forma de “check” nos itens “Eu li e aceito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)” e “Compreendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento apenas informando para a pesquisadora meu e-mail”.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas e reflexões podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar desse estudo.

Os temas abordados não serão invasivos à intimidade dos participantes, eventualmente, pode haver interferência na vida e na rotina diária dos participantes, entendendo que esta se trata de mais uma atividade profissional que os mesmos estarão envolvidos, pode haver sensação de embaraço ao interagir com outros profissionais e preocupações com a repercussão dos temas abordados nos encontros do grupo. Para minimizá-los, considerando sua participação voluntária, garantimos que no momento de divulgação científica da produção de conhecimento advindo do projeto os nomes dos serviços e dos participantes serão preservados, considerando os aspectos éticos envolvidos na pesquisa. Visando o bem-estar de todos os participantes, a qualquer momento você pode encerrar sua participação na pesquisa, sem que isso acarrete em prejuízos seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Você não terá nenhum benefício direto com essa pesquisa. Entretanto, sua participação auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões para o campo da Saúde Mental, para Políticas Públicas em saúde e para a prática diária do cuidado em saúde mental na APS em Votorantim. As pesquisadoras realizarão o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Caso deseje, além desse termo digital, você poderá receber uma via deste termo rubricada em todas as páginas pelo pesquisador, onde constará o telefone e o endereço do pesquisador principal com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento, basta comunicar o pesquisador sobre seu interesse.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone e e-mail indicados abaixo.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (Segunda, Terça, Quinta e Sexta-feira das 07:00 as 13:00):

Pesquisador Responsável: Isabella de Fatima Batista

Endereço: Rua Augusto Jesuíno Bauch, nº 56. Centro, Votorantim-SP

Contato telefônico: (15) 98134-6452

E-mail: isabellabatista@estudante.ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data: _____

Nome do Pesquisador

Nome do Participante

ANEXO IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - ETAPA 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ETAPA 2

(Resolução CNS 510/2016)

O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana na atenção primária no Município de Votorantim.

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “O cuidado em saúde mental no território a partir da reflexão da prática cotidiana da atenção primária no Município de Votorantim” realizada pela pesquisadora Isabella de Fátima Batista sob orientação da Prof^a Dra. Alana de Paiva Nogueira Fornereto Gozzi pela Universidade de São Carlos (UFSCar) para o Programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica.

O objetivo deste estudo é analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária de Votorantim a partir do olhar dos profissionais de saúde do município com o intuito de mapear as práticas de cuidado em saúde mental que são realizadas e sensibilizar para outras maneiras de também se ofertar esse cuidado. Nesse sentido, você foi selecionado para participar por ser um profissional atuante nessa área e ter respondido ao formulário eletrônico que fazia parte da primeira etapa dessa pesquisa. Contudo, sua participação é totalmente voluntária, isto é, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados dessa segunda etapa se dará através de entrevista individual onde serão compartilhados novamente essas opiniões para reflexão através de perguntas abertas sobre essa temática. Para isso, foi planejado um encontro com duração de uma hora.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

A participação na entrevista individual não oferece risco imediato a você, porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas e reflexões podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após a participação no encontro. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, você poderá optar pela suspensão imediata da participação. Você não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar desse estudo.

Os temas abordados não serão invasivos à intimidade dos participantes, eventualmente, pode haver interferência na vida e na rotina diária dos participantes, entendendo que esta se trata de mais uma atividade profissional que os mesmos estarão envolvidos, pode haver sensação de embaraço ao interagir com a pesquisadora e preocupações com a repercussão dos temas abordados na entrevista. Para minimizá-los, considerando sua participação voluntária, faremos no início dos trabalhos um pacto a respeito do sigilo e de boas práticas do trabalho (respeito, espaço de fala, sigilo), garantimos que a pesquisadora estará atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto que a discussão possa provocar, assim como os participantes terão a liberdade de não responderem as perguntas se considerarem constrangedores, podendo ausentar-se da entrevista a qualquer momento. Caso haja manifestação acerca da interferência na vida diária dos participantes, a equipe da pesquisa poderá rever a organização das atividades da pesquisa. Ainda, a equipe cuidará dos aspectos de estigmatização e exposição que possam vir a ocorrer, se for o caso. Serão retomados nessa situação os objetivos a que

esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Retomaremos também junto aos participantes seu papel de multiplicadores em situações que possam ocorrer de exposição, considerando que representam um grupo maior, neste caso sua própria equipe. Garantimos que no momento de divulgação científica da produção de conhecimento advindo do projeto os nomes dos serviços e dos participantes será preservado, considerando os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

Salientamos que a mediadora da entrevista possui experiência e é habilitada para a condução do percurso metodológico adotado, neste caso pesquisa participante e entrevista individual. visando o bem-estar de todos os participantes, a qualquer momento você pode encerrar sua participação na pesquisa, sem que isso acarrete em prejuízos seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Você não terá nenhum benefício direto com essa pesquisa. Entretanto, sua participação auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões para o campo da Saúde Mental, para Políticas Públicas em saúde e para a prática diária do cuidado em saúde mental na APS em Votorantim. As pesquisadoras realizarão o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Não haverá nenhum tipo de investimento financeiro de sua parte nem compensação em dinheiro por sua participação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Solicito sua autorização para gravação de áudio do encontro. As gravações realizadas durante os encontros serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigno possível.

Você receberá uma via deste termo assinada pelo pesquisador, onde constará o telefone e o endereço do pesquisador principal com quem você poderá tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação agora ou a qualquer momento, basta comunicar o pesquisador sobre seu interesse. Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone e e-mail indicados abaixo.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que funciona no prédio da Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-8028. E-mail: cephumanos@ufscar.br.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (Segunda, Terça, Quinta e Sexta-feira das 07:00 as 13:00):

Pesquisador Responsável: Isabella de Fatima Batista

Endereço: Rua Augusto Jesuíno Bauch, nº 56. Centro, Votorantim-SP

Contato telefônico: (15) 98134-6452 E-mail: isabellabatista@estudante.ufscar.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Nome do Pesquisador

Nome do Participante