



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

David Andrey da Silva

**Concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na  
Atenção Primária à Saúde**

Florianópolis

2024

David Andrey da Silva

**Concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na  
Atenção Primária à Saúde**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família

Orientadora: Profa. Dra. Helena Moraes Cortes

Florianópolis

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, David Andrey da  
Concepções de profissionais de saúde frente às ações de  
saúde mental desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde /  
David Andrey da Silva ; orientadora, Helena Moraes Cortes,  
2024.  
88 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família,  
Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde da Família. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Primária  
à Saúde. 4. Interprofissionalidade. I. Cortes, Helena  
Moraes. II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Residência Multiprofissional em Saúde da Família. III.  
Título.

David Andrey da Silva

**Concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na  
Atenção Primária à Saúde**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para a integralização do curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e aprovado em sua forma final.

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2024.

---

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech  
Coordenador do Curso

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Helena Moraes Cortes  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

---

Prof. Dr. Jeferson Rodrigues  
Avaliador  
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

---

Profa. Dra. Aline Bedin Zanatta  
Avaliadora  
Escola de Saúde Pública de Florianópolis – ESP

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a minha família, por todo o apoio e compreensão ao longo de toda a minha trajetória até o presente momento.

Aos meus melhores amigos de longa data por estarem, de alguma forma, sempre presentes e comemorando cada conquista que eu tenho alcançado. Vitor, Rafael e Stéfanie, que sorte a minha de termos nos encontrado nessa vida.

À minha orientadora, Profa. Dra. Helena Moraes Cortes, pelo compartilhamento de suas vivências no campo da saúde mental e por todas as contribuições realizadas para a construção desse trabalho.

À Universidade Federal de Santa Catarina, sobretudo ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, por todo compartilhamento de conhecimentos, receptividade e incentivo recebidos nesses dois anos.

Aos amigos e colegas proporcionados pela residência, em especial a Maysa, Fabíola, Laura, Michelle, Isabel e Luísa. Agradeço por tornarem meus dias mais leves e agradáveis.

A todos os profissionais de saúde que atuam, acreditam e defendem nosso SUS diariamente, meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

As concepções da loucura modificaram-se ao longo do tempo, considerando crenças mágico-religiosas, médico-morais e culturais. No Brasil, a transformação na abordagem de saúde mental começou em 1970, consolidando-se com a Lei n. 10.216/2001 em 2001. Essa legislação promoveu a substituição gradual dos manicômios por serviços substitutivos de base territorial, como a Atenção Primária à Saúde (APS), facilitando a proximidade entre profissionais e usuários, fortalecendo vínculos e possibilitando intervenções específicas em saúde mental. A colaboração interprofissional na APS contribui para uma compreensão abrangente do usuário e cuidados de longo prazo centrados no paciente. O objetivo geral deste estudo foi analisar as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde (CS) da APS de uma capital do Sul do país. Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo narrativo, realizado com profissionais de saúde atuantes em um CS da APS. Foram incluídos no estudo: profissionais de saúde de nível superior inseridos nesse CS. Quanto aos critérios de exclusão, excluíram-se: profissionais residentes ou outros profissionais que estivessem de férias ou afastados. A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2023. Os dados foram analisados de acordo com a análise das narrativas de Mario Cardano. Durante a análise de dados emergiram cinco categorias: concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença mental na APS; ações e práticas de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na APS; reconhecimento das potencialidades da APS no cuidado em saúde mental; fragilidades da rede na assistência em saúde mental e; conceito de interprofissionalidade para os profissionais de saúde da APS. Analisando as concepções dos profissionais frente ao processo saúde-doença mental evidenciou-se que os mesmos o veem como multifatorial, com o trabalho e as vulnerabilidades sociais como principais causas de adoecimento psíquico. Reconheceram a alta medicalização por falta de alternativas na rede, assim como a persistência da lógica de encaminhamentos. O acolhimento e a escuta ativa, a inserção de práticas integrativas complementares, a realização de grupos em saúde mental, as interconsultas, o cuidado compartilhado e as discussões de caso em reuniões de equipe foram relacionados a ações de saúde mental pertinentes na APS. As potencialidades da APS para o cuidado em saúde mental foram apontadas como o vínculo, a proximidade com o território e a longitudinalidade do cuidado. Enquanto, fragilidades como escassez de recursos humanos, estrutura física inadequada, falta de práticas de educação permanente, produtivismo e dificuldade em lidar com a saúde mental foram destacadas. A atuação interprofissional foi compreendida pela integração das competências de cada categoria profissional, resultando na construção de um entendimento coletivo acerca de uma determinada situação. Entende-se que as concepções dos profissionais de saúde são constituídas através de um conjunto de eventos que envolvem o histórico da assistência em saúde mental ao longo das décadas. Para superar as percepções relacionadas aos modelos da psiquiatria tradicional, sugere-se o incentivo às práticas de educação permanente constantes que abordem temas relacionados a essas demandas cotidianas dos profissionais, tendo a lógica da atenção psicossocial como norteadora do cuidado em saúde mental.

**Palavras-chave:** atenção básica; equipe interdisciplinar de saúde; reforma psiquiátrica.

## ABSTRACT

The conceptions of madness have evolved over time, taking into account magical-religious, medical-moral, and cultural beliefs. In Brazil, the transformation in the approach to mental health began in 1970 and was consolidated with Law No. 10.216/2001 in 2001. This legislation promoted the gradual replacement of asylums with territorial-based substitute services, such as Primary Health Care (PHC), facilitating proximity between professionals and users, strengthening bonds, and enabling specific interventions in mental health. Interprofessional collaboration in PHC contributes to a comprehensive understanding of the user and patient-centered long-term care. The overarching goal of this study was to analyze healthcare professionals' conceptions regarding mental health actions developed in a Health Center (HC) within PHC in a southern capital of the country. This was a qualitative, narrative-type study conducted with healthcare professionals working in a PHC Health Center. The study included higher-level healthcare professionals in this HC, while exclusion criteria comprised residents or other professionals on vacation or absent. Data collection took place during October/November 2023, and the data were analyzed according to Mario Cardano's narrative analysis. Five categories emerged during data analysis: professionals' conceptions of the mental health process in PHC; mental health actions and practices by professionals in PHC; recognition of PHC potentials in mental health care; weaknesses in the network for mental health assistance; and the concept of interprofessional collaboration for PHC healthcare professionals. Analyzing professionals' conceptions of the mental health process revealed a multifactorial perspective, viewing work and social vulnerabilities as primary causes of psychological illness. Professionals acknowledged the high level of medicalization due to a lack of alternatives in the network, as well as the persistence of referral logic. Actions such as reception and active listening, the incorporation of complementary integrative practices, conducting mental health groups, interconsultations, shared care, and case discussions in team meetings were related to relevant mental health interventions in PHC. The potentials of PHC for mental health care were highlighted, including the establishment of a bond, territorial proximity, and longitudinal care. Meanwhile, weaknesses such as a shortage of human resources, inadequate physical infrastructure, lack of continuous education practices, productivity pressures, and difficulties in addressing mental health were emphasized. Interprofessional action was understood as the integration of each professional category's competencies, resulting in the construction of a collective understanding of a given situation. It is understood that professionals' conceptions of health are shaped by a series of events involving the history of mental health care over the decades. To overcome perceptions associated with traditional psychiatry models, there is a suggestion to encourage continuous education practices addressing professionals' daily demands, with the logic of psychosocial care guiding mental health care.

**Keywords:** primary health care; patient care team; psychiatric reform.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAEE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPPS	Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CS	Centro de Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
EUA	Estados Unidos da América
eAP	Equipe de Atenção Básica
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
<i>et al.</i>	<i>et alli</i>
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RH	Recursos Humanos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE            Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS            Unidade Básica de Saúde  
UFSC           Universidade Federal de Santa Catarina

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>Pergunta de pesquisa.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>16</b>
1.2.1	Objetivo Geral .....	16
1.2.2	Objetivo Específico .....	16
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Políticas de saúde mental no brasil: avanços e retrocessos .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Estratégias e ações de saúde mental desenvolvidas na APS pela equipe multiprofissional.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>Equipe multiprofissional e interprofissionalidade .....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1</b>	<b>Modalidade e tipo da pesquisa .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2</b>	<b>Local do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.3</b>	<b>Participantes do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>Entrada no campo e recrutamento dos participantes.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5</b>	<b>Procedimentos de coleta.....</b>	<b>33</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise e interpretação dos dados.....</b>	<b>34</b>
<b>3.7</b>	<b>Procedimentos éticos .....</b>	<b>35</b>
<b>3.8</b>	<b>Riscos e benefícios da pesquisa.....</b>	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
<b>4.1</b>	<b>Concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença mental na APS .....</b>	<b>39</b>
<b>4.2</b>	<b>Ações e práticas de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na APS .....</b>	<b>42</b>
<b>4.3</b>	<b>Reconhecimento das potencialidades da APS no cuidado em saúde mental .....</b>	<b>46</b>
<b>4.4</b>	<b>Fragilidades da rede na assistência em saúde mental .....</b>	<b>49</b>

<b>4.5</b>	<b>Conceito de interprofissionalidade para os profissionais de saúde da APS .....</b>	<b>53</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>66</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história foram sendo construídas diversas concepções em relação ao processo saúde-doença mental, influenciadas pelas condições materiais e objetivas de cada época, envolvendo aspectos religiosos, filosóficos, políticos e científicos, evoluindo desde os tempos antigos até a era contemporânea (Aranha e Silva; Fonseca, 2003).

Na antiguidade os povos acreditavam que os transtornos mentais eram causados por insatisfação das divindades ou deuses, sendo estes vistos como indivíduos possuídos por espíritos maléficos. O fenômeno da loucura possuía uma causa mágico-religiosa e seus tratamentos incluíam rezas ou rituais de expulsão realizados pelos líderes dos povos (Aranha e Silva; Fonseca, 2003; Silva, 2019).

Hipócrates traz uma concepção de que a loucura é algo orgânico, ele infere que os sintomas delirantes são causados por desarranjos ou desequilíbrios cerebrais, daí então surge a teoria organicista, que foi sustentada por muitos anos. Porém na Idade Média, com forte influência do catolicismo, retoma-se o pensamento de que a loucura está associada a demônios e a terapêutica acaba sendo fundamentada em exorcismos, peregrinações e morte em fogueiras no período da Inquisição. Apenas a partir do século XVI, as atribuições fisiológicas voltam a ser atribuídas aos transtornos mentais, porém a lógica dos tratamentos passa a ser voltada à moral dos indivíduos e repreensão dos comportamentos destoantes (Arthur e Aguiar; Costa, 2022).

Observa-se que a compreensão da loucura passou por diversas modificações ao longo dos anos, dependendo ainda da cultura em que o indivíduo estava inserido, porém é notório um padrão de segregação e exclusão do louco para com a sociedade. Durante a Revolução Industrial, com forte influência capitalista, são construídos os primeiros hospitais psiquiátricos que podem ser denominados de asilos disciplinares, nessas instituições os indivíduos passavam e passam por eletrochoques e outras técnicas agressivas com finalidade de contenção, de modo que não “atrapalhassem” a sociedade (Batistela; Garcia; Oliveira, 2020).

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, devido ao excesso de indivíduos sendo institucionalizados nestes hospitais e o baixo número de profissionais para atendê-los, diversos processos de reformas institucionais passaram a ocorrer ao redor do mundo, como as comunidades terapêuticas <sup>1</sup>na Inglaterra, organizadas por Maxwell Jones; o Coletivo

---

<sup>1</sup> O processo de reforma institucional das CT na Inglaterra não é o mesmo das CT difundidas atualmente no Brasil. Maxwell fundou as CT fundamentadas em um caráter democrático e suas ações nas unidades incluíam terapias de grupo, reuniões diárias da equipe terapêutica e atividades em oficinas de trabalho, além da oferta de

Terapêutico na França encabeçado por François Tosquelles; a Psiquiatria Preventiva, tendo Gerald Caplan como fundador, nos EUA e; a Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia na Itália, sendo esta uma das correntes mais influentes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 2007).

No Brasil, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1970, foi o grande responsável pelas primeiras propostas de reformulação do modelo assistencial à saúde mental no país. O projeto da lei antimanicomial, também conhecido como Projeto Paulo Delgado, preconizava a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e a instituição de novas formas de assistência, com enfoque no cuidado em base comunitária e diversas regulamentações (Lobosque, 2020).

Com anos de movimentos e lutas, ocorreu a aprovação da Lei n. 10.216/2001, definindo a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, foi garantida a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outras soluções assistenciais, ultrapassando o modelo hospitalocêntrico (Del'olmo; Cervi, 2017).

Nos anos subsequentes, após uma série de questões compreendendo os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa portaria conjectura a instituição, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou com necessidades devido ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2011).

Dentro desta portaria estão inseridos todos os pontos que conformam essa rede em seus distintos níveis de atenção. Os pontos da Atenção Primária à Saúde (APS), conectados a RAPS são: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), principalmente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas também conta com os Consultórios na Rua e; os Centros de Convivência e Cultura (Oliveira, 2021).

A APS, também denominada por Atenção Básica, é caracterizada como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, qualificando-se pela longitudinalidade e integralidade em suas ações, com foco no indivíduo e sua família, levando em consideração a interação dos mesmos com o território em que vivem. Esse nível de atenção tem um papel essencial na organização e integração dos demais âmbitos do serviço de saúde (Brasil, 2020).

---

atendimentos individualizados. No Brasil, as CT praticam a abstinência de modo invasivo, sem consultar a vontade do paciente, totalmente contrário aos princípios da reforma psiquiátrica (Brandão; Carvalho, 2019; Gabriel, 2022).

A ESF, como majoritário modelo assistencial da APS, necessita de forte articulação com o campo da saúde mental, tendo seus princípios pautados: no (re)conhecimento do território, na intersetorialidade, na atuação interdisciplinar entre a equipe multiprofissional, reforçando a desinstitucionalização e favorecendo o protagonismo dos usuários com ou sem transtornos mentais bem como para suas famílias (Barros *et al.*, 2019).

Para atuar junto a ESF, em 2008 através da Portaria Nº 154, o Ministério da Saúde criou o NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS. O NASF contava com uma equipe multiprofissional que poderia ser composta por 13 profissionais de diferentes categorias. Nesta Portaria recomendava-se que a equipe NASF contasse com pelo menos um profissional da área de Saúde Mental (Brasil, 2008).

Em 2017, com a atualização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e suas diversas críticas como: a redução da participação social em relação ao seu processo de construção, a relativização do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no território e a diferenciação de profissional médico; o NASF também passou por transformações, vindo a ser chamado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) passando a ofertar suporte a todos tipos de equipes dentro da APS (Mattos; Gutierrez; Campos, 2022).

Pouco tempo depois, a nota técnica nº. 3/2020-DESF/SAPS/MS, que foi instituída pelo novo financiamento da APS, o Previner Brasil, revoga o custeio e financiamento do NASF-AB. Com isso os profissionais que faziam parte do NASF-AB passam a compor as equipes multiprofissionais, porém, a partir de então, fica sob responsabilidade do gestor municipal a definição sobre os profissionais que irão compor as equipes, bem como suas cargas horárias e seus arranjos (Brasil, 2020).

Após diversas críticas e manifestações feitas contra a nota técnica, o Ministério da Saúde reiterou que as disposições da equipe multiprofissional poderiam ser financiadas através de pagamento por desempenho em 2021, desde que os profissionais atuantes estivessem cadastrados a uma equipe de saúde da família (eSF) ou equipe de atenção básica (eAP) (Mattos; Gutierrez; Campos, 2022).

Apesar desse constante desmonte da APS visto nos últimos anos, a atuação das equipes de estratégia de saúde da família, juntamente a equipe multiprofissional, ainda devem buscar atender as famílias de modo interprofissional. A interprofissionalidade pode ser entendida como um momento em que há forte interação entre díspares núcleos profissionais. E isso só vem a ser possível através de uma Educação Interprofissional (EIP), esse processo ocorre quando duas ou mais profissões conversam e aprendem com, para e sobre a outra, refletindo sobre suas

práticas profissionais e, desenvolvendo assim, um aprendizado e cuidado compartilhado (Peduzzi, 2017).

No Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, material divulgado pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, vemos que as ações e estratégias voltadas à saúde mental podem ser abordadas e trabalhadas por todos os profissionais que atuam na APS e, que essas práticas serão mais efetivas quando ocorrerem de modo interprofissional (Brasil, 2013).

Atualmente observa-se que na APS muitas ações vão ao encontro ao que foi proposto pela Reforma Psiquiátrica, como os cuidados aos indivíduos de forma singular e integral, as visitas domiciliares, o trabalho em rede com outros serviços, o matriciamento e os grupos de socialização. Porém, ainda são encontrados diversos relatos de práticas baseadas no modelo psiquiátrico tradicional, como encaminhamentos constantes à atenção terciária e a medicalização excessiva, por exemplo (Barros *et al.*, 2019).

Diante desse contexto histórico, de avanços e retrocessos, do (des)conhecimento do cuidar Saúde Mental na APS, emerge a necessidade de abordar essa temática, com isso esse estudo assume como objeto as “Concepções dos profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde”.

Acredita-se que se há uma compreensão das ações de saúde mental e um comprometimento dos profissionais de saúde atuantes na APS com o desenvolvimento das mesmas em suas práticas cotidianas, o atendimento ofertado ao usuário em sofrimento psíquico ou com algum transtorno mental pode ser ampliado. Em presença desse pressuposto teórico, buscou-se saber: quais as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na atenção primária à saúde?

O objetivo geral deste estudo foi analisar as concepções dos profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS. Tendo como objetivos específicos: descrever as ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde no âmbito da atenção primária à saúde de uma capital do Sul do país e; discutir sobre a interprofissionalidade frente às ações de saúde mental desenvolvidas na APS.

## **1.1 Pergunta de pesquisa**

Quais as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

Descrever as ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde no âmbito da atenção primária à saúde de uma capital do Sul do país.

Discutir sobre a interprofissionalidade frente às ações de saúde mental desenvolvidas na APS.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Esse capítulo trata-se de uma revisão narrativa da literatura, foi desenvolvido com a finalidade de trazer um contexto histórico sobre a saúde mental na história do nosso país, abordando os tópicos: políticas de saúde mental no Brasil: avanços e retrocessos; estratégias e ações de saúde mental desenvolvidas na APS pela equipe multiprofissional e; equipe multiprofissional e interprofissionalidade.

### **2.1 Políticas de saúde mental no brasil: avanços e retrocessos**

No Brasil, entre 1960 e meados de 1970, época em que o autoritarismo e as práticas de tortura, exclusão e constante violação dos direitos humanos era incentivada pela ditadura militar, observava-se grande ocupação dos leitos hospitalares com pacientes psiquiátricos, cerca de 20% dos leitos das instituições. É nesse contexto que surgem os primeiros movimentos reivindicando melhores condições de vida e de serviço aos profissionais que atuavam nesses hospitais, bem como a liberdade dos usuários presos nessas condições (Lobosque, 2020).

Construída através do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1970, sendo expandida pelo Movimento da Luta Antimanicomial cinco anos mais tarde, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi deixando de ser mencionada como um movimento social passando a se tornar uma política oficial do Estado brasileiro (Lima, 2019).

Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental em meio a muitas dificuldades e lutas, uma vez que o setor de saúde mental do MS na época, não era favorável às propostas de reformulação dos serviços, desinstitucionalização dos usuários e participação social na construção de políticas públicas (Amarante; Nunes, 2018).

Desde 1990, em governos ideologicamente diversos, mas no caminho da redemocratização do país, foi se presenciando a tática de profissionais, usuários, familiares, juristas e alguns parlamentares lutando contra a internação e encarceramento das pessoas tidas como loucas em manicômios psiquiátricos, política que era vigente na época. Após sucessivas ocupações de ativistas da reforma psiquiátrica à Coordenadoria de Saúde Mental do Ministério da Saúde, avançou-se na construção de uma assistência desospitalizante, com foco voltado ao cuidado no território e centrado no indivíduo livre, considerando que a liberdade é terapêutica (Pitta; Guljor, 2019).

Todas essas movimentações influenciaram fortemente a criação da Lei Federal 10.216 que tratava sobre a desativação das instituições de modelo asilar e defendia os direitos dos

usuários com transtornos psíquicos. Essa proposta de Lei, foi dada através do deputado Paulo Delgado, durante a sua formulação era defendido que os hospitais psiquiátricos fossem extintos, porém quando foi aprovada recebeu algumas alterações na sua redação, como “a progressiva extinção e a substituição dos serviços hospitalares por outros que proporcionassem a cidadania dos sujeitos” (Batista, 2018).

Em 06 de abril de 2001, foi promulgada a lei 10.216, representando um marco fundamental para a orientação dos direitos dos usuários no âmbito da saúde mental. Essa legislação é resultado de uma abrangente discussão da sociedade, bem como da mobilização ativa de usuários, familiares e profissionais da área (Pitta; Guljor, 2019).

A partir de então passa-se a se pensar que a produção e promoção de saúde mental deve ter uma base comunitária e que o usuário deve, então, ser acompanhado dentro do território, considerando este como um local de cuidado em práticas orientadas a trabalhar seus sentimentos e direitos (Gabriel, 2022).

Nos anos seguintes, após uma série de processos envolvendo os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a RAPS. Essa portaria retrata a instituição, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde de pessoas com sofrimento psíquico, transtornos mentais ou com necessidades devido ao uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2011).

A RAPS, no Brasil, tem como objetivo ampliar o acesso aos serviços de saúde para a população em geral, com foco na atenção à saúde de pessoas com transtornos mentais e necessidades relacionadas ao uso de substâncias. A rede busca articular o cuidado entre os diversos pontos de atendimento, fortalecendo o vínculo com os usuários e garantindo cuidados de qualidade por meio de acolhimento, acompanhamento e atenção nas urgências. O internamento é considerado como último recurso terapêutico na RAPS (Cortes, 2016).

Inserido nesta Portaria, ainda, são apresentados todos os pontos que compõem essa Rede em seus diferentes níveis de atenção. Os componentes estão dispostos em: atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Oliveira, 2021).

Os novos serviços não são centros isolados, mas sim articulados em redes de atenção psicossocial, seguindo a lógica do SUS. Eles atendem a toda a população local em diferentes momentos da trajetória do usuário, desde a crise até a reabilitação psicossocial, a vinculação e o acompanhamento pela atenção básica (Lobosque, 2020)

A atenção psicossocial especializada é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades. Primeiramente regulamentados pela Portaria N.º. 336/GM de 2002 os CAPS, já atuavam antes disso, em algumas regiões do país. Os CAPS são dispositivos específicos para a atenção à saúde mental, estando previstos na política formal três modelos, CAPS I, CAPS II e CAPS III, que variam de acordo com a população urbana atendida. A lei também prevê o CAPSi, que atende crianças e jovens, e o CAPSad, voltado para o sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2011; Oliveira, 2021).

Os componentes de Atenção de Urgência e Emergência, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e a Atenção Hospitalar são voltados principalmente para situações agudas de emergência, e atendimentos ainda hospitalares de caráter temporário com a finalidade de estabilizar o usuário da RAPS e, imediatamente, reintroduzi-lo ao território, de modo a possibilitar que o mesmo exerça a sua cidadania após esse momento pontual (Gabriel, 2022).

No atendimento a uma pessoa em crise psíquica e no atendimento pelo SAMU, é essencial que os profissionais compreendam a variedade de fatores que podem levar ao desequilíbrio mental, desde questões psicopatológicas até estressores do cotidiano. Esse serviço pode ser acionado para ofertar um serviço inicial em crises psiquiátricas que ocorram nas ruas, ou quando necessária transferência de uma UBS para atendimento especializado em saúde mental, sendo estes preferencialmente os CAPS (Souza; Cortes; Pinho, 2018).

A atenção hospitalar refere-se a leitos em hospitais gerais e deve ser considerada somente quando outras opções fora do hospital não forem suficientes. Ela deve ocorrer em locais adequados, como leitos em hospitais gerais, com serviços médicos, assistência social, psicológica, ocupacional, lazer, entre outros. É proibida a internação em locais asilares, que não ofereçam estrutura e dignidade (Del’Omo, Cervi, 2017).

Outro ponto essencial da rede são os Serviços Residenciais Terapêuticos dedicadas a pessoas que passaram por internações psiquiátricas de longa permanência ou sem internações anteriores, porém sem vínculos sociais, que necessitam de um lar protegido, onde se sintam seguros e possam estar recebendo cuidados, com famílias substitutas que lhes façam se sentir livres e partes de uma comunidade (Pitta; Guljor, 2019).

Em relação aos pontos da APS, conectados a RAPS são: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura (Oliveira, 2021).

As UBS, com a ESF como seu maior modelo de atenção na APS, possuem a responsabilidade de organizar e efetuar ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, assim como ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas, compartilhando, sempre que necessário, com os outros níveis de atenção. Enquanto o NASF, incide em uma equipe com profissionais de diversas áreas que atuam de forma integrada e amparam as equipes de saúde da família através, principalmente, do apoio matricial (Brasil, 2011).

O NASF foi desenvolvido com o objetivo de fortalecer a APS, aumentando a abrangência e o escopo das suas ações, porém até 2017 estava associado apenas a ESF, em 2017 com a nova PNAB, ele passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com a finalidade de ofertar suporte a todos os componentes da APS e não somente a ESF (Brasil, 2017).

É notório os avanços que vieram ocorrendo desde o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental até a promulgação da Lei 10.216 e da implementação SUS para o cuidado em saúde mental dos usuários (Amarante; Nunes, 2018).

No final de 2015, pode-se dizer que ocorreu o marco da contrarreforma psiquiátrica onde o psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho foi nomeado para o cargo de Coordenador-geral da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, cargo responsável pela RAPS. Valencius foi diretor do maior manicômio da América Latina e, também, realizou diversas críticas negativas à Lei 10.216 durante a sua carreira. Sua nomeação ao cargo gerou grande insatisfação por parte dos trabalhadores e usuários da RAPS, estes realizaram uma série de manifestações e ocupações contra a coordenadoria, culminando na exoneração de Valencius em maio de 2016 (Gabriel, 2022).

Seguido ao impedimento de Dilma Rouseff, no campo da saúde mental, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a resolução nº 32 em dezembro de 2017 e a portaria nº 3.588/17 que resgatam o modelo manicomial e dão abertura a um processo de desmantelamento de todo o trabalho desenvolvido erguido ao longo de décadas no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira (Amarante; Nunes, 2018; Gabriel, 2022).

A Portaria nº 3.588/17 não incluiu na sua elaboração os usuários e as instituições envolvidas nos cuidados com os mesmos, o que reforça o seu objetivo em tirar o usuário do centro do seu processo de cuidado e retomar as concepções de marginalização e silenciamento dos mesmos como no passado. Outro aspecto da Portaria é a inclusão das Unidades Ambulatoriais Especializadas e o Hospital-dia à RAPS, estes dispositivos retomam a lógica hospitalocêntrica ao cuidado em saúde mental, além disso, o hospital psiquiátrico, dispositivo

central a ser substituído e superado pela Reforma, volta a integrar a RAPS, em um ato incoerente e retrógrado (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2018).

Na Portaria, ainda é apresentado o CAPS ad IV, que altera a lógica de atendimento pautado na interprofissionalidade:

[...] o CAPS ad IV é proposto com uma lógica médico-centrada, direcionando a assistência para atendimentos padronizados por categoria profissional, desconsiderando a lógica do acolhimento e da construção conjunta de projeto terapêutico singular, ainda que tais termos sejam utilizados ao longo do texto da Portaria (Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2018, p.10).

Em 2018, pode-se dizer que as mudanças se deram principalmente no âmbito econômico, nos diversos níveis de atenção. É válido chamar atenção para o investimento em Comunidades Terapêuticas (CT), que diferentemente dos CAPS ad ou dos Serviços Residenciais Terapêuticos, as CT praticam a abstinência de modo invasivo, sem consultar a vontade do paciente, totalmente oposta aos princípios da reforma psiquiátrica. Os repasses financeiros do Ministério da Saúde para as CT neste ano foram de 100 milhões de reais, enquanto o custeio para o restante da RAPS foram próximos a 70 milhões (Gabriel, 2022).

A partir daí, concretizava um cenário ainda mais nefasto para as políticas de saúde mental no país, com vitória a presidência de Jair Bolsonaro, os princípios da reforma psiquiátrica são totalmente deixados de lado, uma vez que o mesmo não demonstrava o mínimo interesse em assuntos relevantes e importantes para a saúde mental dos usuários, ocupando-se com a incitação de uma guerra contra o marxismo cultural (Lobosque, 2020).

Após Bolsonaro assumir a presidência, logo, formou-se uma frente parlamentar em defesa da nova política de saúde mental baseada na remanicomialização. Conhecida como frente parlamentar mista em defesa da nova política nacional de saúde mental e da assistência hospitalar psiquiátrica, essa frente contava com 207 parlamentares, destes, 203 deputados federais e 4 senadores (Gabriel, 2022).

“A “Nova Política” é, de fato, uma contrarreforma que coloca a internação psiquiátrica, seja em hospital geral, em hospital psiquiátrico, ou mesmo em comunidade terapêutica, como possibilidade vantajosa para o financiamento da saúde mental como mercadoria” (Peres *et al.*, 2022, p.5).

Desde dezembro de 2017, uma nova política de saúde mental foi aprovada sem a participação dos interessados, promovendo o retorno à hospitalização de usuários com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos e internações em Comunidades Terapêuticas para usuários de álcool e drogas. Essa abordagem está aumentando o número de leitos de

internação, lembrando os tempos da "Indústria da Loucura", quando a maior parte dos recursos era destinada a hospitais em detrimento das estruturas comunitárias (Pitta; Guljor, 2019).

Essa nova política de saúde mental ainda exclui inteiramente o termo Redução de Danos (RD) e trabalha em uma lógica de demonização e incitação de guerra às drogas, trazendo a abstinência como única forma de tratamento para usuários de álcool ou outras substâncias psicoativas, e mais uma vez desconstruindo outro ponto relevante das décadas da reforma psiquiátrica. Porém, é importante lembrar que a RD deve ir além de um conjunto de técnicas e se tornar uma postura ética e política embasada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e em evidências científicas (Pereira *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo em que os recursos financeiros para as internações e manutenção de leitos de internação aumentaram, a verba para os serviços substitutivos, como CAPS, SRT, Unidades de Acolhimento e Leitos em Hospital Geral foi reduzida, o que reproduz a intenção de se fazer um caminho de volta ou contrarreforma psiquiátrica, sendo encaminhado aos profissionais e usuários de saúde mental (Peres *et al.*, 2022).

Um dos desmantelos da APS para o cuidado em Saúde Mental, ocorreu com o NASF-AB. As equipes do NASF-AB sofreram alterações com o financiamento e sua forma de atuação, de acordo com a nota técnica nº 3/2020 do MS, institui-se que a composição das equipes multiprofissionais, nova nomenclatura empregada, deixa de estar vinculada ao NASF-AB. Ficando sob decisão dos gestores municipais a escolha dos profissionais que irão formar essa equipe, assim como a distribuição da carga horária e da sua atuação nos territórios. (Brasil, 2020).

O mais recente, e retrógrado, momento da contrarreforma psiquiátrica, edificado dentro do governo Bolsonaro, foi o edital de chamamento público nº 3/2022, publicado pelo Ministério da Cidadania. Essa normativa convoca Organizações Sociais com o objetivo celebrar contratos de licitação para a prestação de serviços de Hospitais Psiquiátricos Especializados pela RAPS. É a primeira vez em mais de 20 anos em que um governo faz um edital com financiamento público para um hospital psiquiátrico especializado (Gabriel, 2022).

Porém, a partir da transição de governo em 2023, a Ministra da Saúde, Nísia Trindade, através do Decreto n.º 11.358/23, criou o Departamento de Saúde Mental e Enfrentamento do Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas, posteriormente alterado pela redação do Decreto n.º 11.391/23, permanecendo apenas Departamento de Saúde Mental e, por último, o decreto n.º 11.789/23 que nominou de Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Para este departamento, foi nomeada a professora e enfermeira Sônia Barros para o cargo de diretora e, dentre outras ações realizadas, o Departamento realizou a revogação da Portaria n.º 3.588/17 e

promulgou, durante a 17ª edição da Conferência Nacional de Saúde, a recomposição dos investimentos voltados para CAPS e Serviços Residenciais Terapêuticos, retomando assim os caminhos da reforma psiquiátrica (Vedana *et al.*, 2024).

Por fim, todos esses movimentos de avanços e retrocessos vivenciados ao longo das últimas décadas, desde 1980 até os dias atuais, influenciaram e continuam influenciando na organização e implementação das ações de saúde mental desenvolvidas dentro do âmbito da APS.

Ao compreender as concepções e os princípios subjacentes às políticas de saúde mental, os profissionais podem alinhar suas práticas aos objetivos e valores estabelecidos, promovendo uma abordagem mais humanizada e eficaz no tratamento de transtornos mentais. Além disso, o entendimento das políticas nacionais de saúde mental permite aos profissionais participar ativamente na formulação, implementação e avaliação de programas de saúde mental, contribuindo para a melhoria do sistema de saúde como um todo e para a promoção do bem-estar psicológico da população.

## **2.2 Estratégias e ações de saúde mental desenvolvidas na APS pela equipe multiprofissional**

Os transtornos mentais comuns, bem como o sofrimento psíquico, são demandas rotineiras das Estratégias de Saúde da Família, sendo assim, é essencial que se desenvolvam ações voltadas para a área de saúde mental nesse âmbito (Pereira; Amorim; Gondim, 2020).

Em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica de Saúde Mental, neste material são apontadas diversas práticas que podem ser utilizadas pelas equipes atuantes na APS, esse material não funciona como um protocolo e sim como um instrumento norteador para o cuidado em saúde mental ofertado pelos profissionais de todas as áreas atuantes na atenção básica (Brasil, 2013).

“Com os pressupostos da RPB sedimentou-se estratégias de cuidado baseado na atenção integral ao usuário, sua família e comunidade, na intersetorialidade e integração de redes de cuidado, em equipes interdisciplinares e em ações de base comunitária e territorial (Coelho; Nunes; Feitosa, 2023, p. 149)”.

É importante pontuar que a integralidade na Atenção Básica é entendida como uma conformação de ações preventivas e curativas prestadas no âmbito individual e coletivo por uma mesma unidade de saúde em articulação, quando necessário, com serviços de outros níveis

de atenção, com a intenção de oferecer respostas satisfatórias às demandas de cuidado da população e superar, desse modo, a fragmentação da assistência (Freitas *et al.*, 2020).

A inclusão das ações de saúde mental na APS versa sobre um direcionamento das políticas públicas que, rompe com o modelo biomédico e hospitalocêntrico tradicional e percorre caminhos exploradores, objetivando a ampliação do campo psicossocial (Souza; Amarante; Abrahão, 2019).

“No sentido de potencializar a resolutividade em saúde mental, as ações dos profissionais necessitam estar integradas em equipes multiprofissionais, com serviços organizados em rede de atenção em saúde (Rotoli *et al.*, 2019, p.2)”.

As equipes que atuam na APS podem desenvolver diversas condutas e propostas de intervenção em saúde mental. Entre elas, destacam-se: o acolhimento humanizado, a implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS); a adoção de práticas de redução de danos; apoio matricial e a articulação com outros RAPS; a realização de ações preventivas voltadas à promoção da saúde mental de crianças e adolescentes; a condução de grupos terapêuticos e; a inclusão de Práticas Alternativas Complementares em Saúde (PICS) (Brasil, 2013).

É necessário que os serviços adotem a integralidade da atenção como base para suas ações, visando promover cuidado em vez de exclusão. Valorizar a complexidade de cada indivíduo também se torna essencial. O acolhimento e o estabelecimento de vínculos são elementos fundamentais para garantir a eficácia das práticas integrais em saúde (Souza; Amarante; Abrahão, 2019).

Diferentes profissionais devem estar envolvidos no cuidado, avaliando riscos e vulnerabilidades e definindo intervenções biopsicossociais e intersetoriais. O acolhimento ético e a construção de vínculos são fundamentais nesse processo. A escuta qualificada e a clínica ampliada são ferramentas compartilhadas que promovem a saúde em conjunto com a comunidade, superando a lógica centrada na doença e no ambiente hospitalar (Coelho; Nunes; Feitosa, 2023).

Como forma de aperfeiçoar o atendimento aos usuários, em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Humanização (PNH) que prioriza o acolhimento adequado e a escuta qualificada de usuários, gestores e colaboradores, centrando-se no sujeito, além do diagnóstico. Seus princípios são transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia. As diretrizes incluem acolhimento, gestão participativa, clínica ampliada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (Brasil, 2013).

A escuta qualificada é uma ferramenta essencial para a efetiva aplicação das diretrizes da PNH em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente na APS. Ela permite o encontro com a subjetividade do indivíduo, sendo a habilidade de sensibilidade ao que é comunicado, expresso e demonstrado. Tendo em vista que os cuidados em saúde mental visam permitir o pleno exercício da cidadania do indivíduo, escutá-lo com qualidade é o processo fundamental para compreender sua subjetividade, os fatores que contribuem para seu adoecimento e elaborar um plano terapêutico que promova o respeito à sua dignidade humana (Santos, 2019).

Uma intervenção importante para o cuidado em saúde mental é o PTS, pois é uma estratégia “personalizada”, que é empregada de forma ampla e suas ações não se limitam apenas ao atendimento de demandas relacionadas a situações clínicas e de terapêuticas farmacológicas, envolve uma equipe multiprofissional e coloca o usuário no centro do seu processo de saúde-doença (Baptista *et al.*, 2020).

Para o processo de construção do PTS, os profissionais podem precisar adotar diversas condutas e ações. Na primeira etapa, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo são essenciais para garantir um desenvolvimento adequado. Além disso, é importante que as equipes realizem um levantamento dos recursos comunitários disponíveis para os usuários, considerando uma abordagem ampliada que incorpore centros comunitários, escolas, igrejas, entre outros, para enriquecer as possibilidades de ação no PTS (Matos; Kaefer; Bittencourt, 2018).

Na fase de definição de metas, as necessidades e propósitos são estabelecidos pelo indivíduo, com a orientação da equipe multiprofissional. A equipe de saúde é corresponsável pelas metas e prazos acordados com o paciente. É importante evidenciar ações de articulação entre os pontos da rede, não limitando-se apenas aos encaminhamentos para níveis especializados (Baptista *et al.*, 2020).

Na terceira etapa, são atribuídas responsabilidades a cada participante do PTS (usuário, equipe de atenção básica, NASF ou outra equipe de matriciamento). Nesse momento, é definido o profissional de referência para o caso, alguém com quem o indivíduo desenvolveu um vínculo mais forte para facilitar o processo de cuidado, sendo, de preferência, o gestor do PTS (Baptista *et al.*, 2020).

A última etapa é a reavaliação, em que se analisa a evolução do caso, os rumos, possíveis alterações, novas metas e mudanças, se necessário. É a fase de realização do inventário do PTS (Matos; Kaefer; Bittencourt, 2018).

O uso do PTS no cuidado à pessoa com sofrimento mental permite uma abordagem que vai além do diagnóstico e alterações psíquicas. A integração e construção coletiva entre

profissionais da saúde, discentes, docentes, usuários e familiares contribuem para um cuidado centrado no usuário, baseado em um campo comum de cuidado, sem controle, domínio, relação assimétrica ou hierárquica (Silva *et al.*, 2020).

Outra abordagem, que pode estar associada e empregada junto ao PTS é a Redução de Danos que consiste em um conjunto de estratégias práticas e políticas que busca reduzir os riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas. Essa abordagem é emancipatória e enfatiza a colaboração com o usuário na criação de estratégias para autocuidado, proteção e promoção da saúde (Pereira *et al.*, 2020).

Nos anos 1980, a RD se espalhou como uma alternativa viável devido à flexibilização das políticas relacionadas ao combate às drogas, após anos de políticas proibicionistas. Também foi adotada como uma estratégia para prevenir a transmissão do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis. No Brasil, as primeiras iniciativas de RD partiram do “programa de troca de seringas” em São Paulo, 1987. Porém, só a partir de 2005, as ações de RD passam a ser incluídas como política a ser contemplada em serviços de atenção à Saúde Mental (Moreira *et al.*, 2019).

A nível global diversas estratégias já foram incorporadas e são aceitas como RD, dentre as mais empregadas pode-se incluir: a Terapia de Manutenção com Metadona; a distribuição e troca de seringas e; as e Salas de Consumo de Drogas Supervisionadas. No Brasil, principalmente na APS, além da troca de seringas iniciada há duas décadas, são consideradas estratégias de RD, a oferta e realização de Testes Rápidos e; o investimento no fortalecimento do vínculo com o usuário e a sua rede de apoio, com o cuidado ofertado no território, reduzindo internações (Soares *et al.*, 2020).

Porém, em 2019, o Decreto nº 9.761, de 11/04/2019, que instituiu a “nova Política Nacional sobre Drogas”, não apresenta nenhuma menção voltada a RD, retomando assim uma política de promoção da abstinência. No entanto, entende-se que a RD é um marco teórico e postura ética adotada pelos profissionais de saúde para o cuidado com pessoas que utilizam álcool ou outras substâncias psicoativas e mantém-se incorporado ao cotidiano dos mesmos (Pereira *et al.*, 2020).

O Apoio Matricial, também denominado de matriciamento, na Atenção Primária à Saúde foi estabelecido como estratégia para melhorar a efetividade das ações diante das demandas de saúde mental no território. Essa abordagem busca reestruturar a organização dos serviços e promover relações horizontais entre a rede generalista e especializada (Oliveira *et al.*, 2020).

O matriciamento é uma estratégia flexível que possibilita várias formas de implementação, envolvendo diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como a

integração entre equipes da ESF, NASF e CAPS. Essa abordagem visa promover o cuidado integral às pessoas, atuando como uma ferramenta de gestão e organização do trabalho em saúde. A equipe de referência recebe suporte especializado de uma equipe de apoio, trabalhando em conjunto para fornecer cuidados no território, com acompanhamento e avaliação sistemáticas (Pinheiro; Kantorski, 2020).

O Apoio Matricial visa estabelecer a lógica da cogestão nas relações interprofissionais, fortalecendo as equipes do território por meio da corresponsabilização no cuidado em saúde mental. Isso impacta positivamente o trabalho das equipes e o prognóstico dos usuários (Oliveira *et al.*, 2020).

A equipe multiprofissional pode desenvolver diversas ações de apoio matricial, como discussões de casos, atendimentos conjuntos, construção de projetos terapêuticos em conjunto, atividades de educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais, além de ações intersetoriais, prevenção e promoção da saúde (Moro; Ferreira; Rocha, 2020).

Apesar disso, as ações desenvolvidas tanto pela equipe de referência quanto pela equipe de apoio costumam ser limitadas. A ESF, na maioria dos casos, oferta um atendimento individualizado e, se necessário, realiza o matriciamento do caso com a equipe de apoio, enquanto as equipes de apoio matricial dedicam a maior parte do seu tempo voltada para discussões de casos. Dessa forma, é visto que as outras ações que poderiam estar sendo realizadas e compartilhadas acabam sendo deixadas de lado (Moro; Ferreira; Rocha, 2020; Pinheiro; Kantorski, 2020).

Outra importante estratégia no cuidado em Saúde Mental na APS é a construção de grupos, que podem ser auxiliados, também, pela equipe de apoio matricial. Nos grupos terapêuticos, as discussões dos problemas fortalecem o vínculo e a sensação de pertencimento ao território, resultando em maior apoio social e bem-estar emocional dos participantes (Mattioni; Rocha; Faria, 2022).

“Os grupos possibilitam a troca de saberes, tanto dos profissionais, quanto dos usuários, principalmente aqueles em sofrimento psíquico - historicamente excluídos das relações sociais no cotidiano - contribuindo para a autonomia e fortalecimento do estabelecimento de vínculos” (Lamb *et al.*, 2021, p.6).

Dessa forma, os grupos terapêuticos em saúde mental têm grande potencial na APS, pois são intervenções coletivas que beneficiam tanto os usuários quanto os profissionais envolvidos. Essas práticas reduzem a necessidade de atendimentos individuais e facilitam a identificação de questões específicas, permitindo a formulação de ações de promoção à saúde

e prevenção de problemas que não seriam viáveis através de consultas individuais (Brunozi *et al.*, 2019).

Por fim, outra intervenção bastante utilizada no cuidado em Saúde Mental na APS, tem sido as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. As PICS foram aprovadas através da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. De início, foram instituídos os serviços de homeopatia, da medicina tradicional chinesa e acupuntura, de plantas medicinais e fitoterapia (Brasil, 2006).

Em 2018, com a publicação das portarias GM nº 849/2017 e GM nº 702/2018, foram acrescentadas 24 novas práticas, que contribuem para ampliar as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo uma atenção à saúde mais integral e resolutiva. A PNPIC busca normatizar o uso dessas práticas no SUS, alinhando-se aos princípios de integralidade e universalidade, com o objetivo de aumentar a eficiência do sistema (Santos *et al.*, 2023).

As PICS oferecem uma abordagem distinta ao usuário e seu processo saúde-doença, agindo como estratégia para mudar o modelo assistencial predominante. Essas práticas valorizam a visão holística do indivíduo, em vez de focar apenas em partes isoladas, sendo essenciais na APS, que busca a promoção da saúde e a integralidade, considerando a competência cultural para atender melhor às necessidades dos pacientes (Santos *et al.*, 2023).

As PICS são incentivadas na APS, oferecendo várias estratégias de cuidado em base territorial. Os profissionais da APS estão aptos a planejar ações de prevenção e promoção da saúde com base nessas práticas, porém, por mais que essa política exista desde 2006 sua adesão enfrenta obstáculos, como escassez de cursos de formação, locais variados para treinamento prático e falta de conhecimento dos profissionais (Diniz *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2023).

Para desenvolver de modo eficaz e efetivo todas essas estratégias e ações para o cuidado em Saúde Mental é importante que a equipe multiprofissional atue em conjunto e, preferencialmente, de forma interprofissional (Oliveira *et al.*, 2020).

As ações de saúde mental estão intrinsecamente ligadas às concepções dos profissionais de saúde, uma vez que suas crenças e atitudes influenciam diretamente a forma como abordam e tratam os distúrbios mentais. Profissionais que possuem uma concepção ampla e compreensiva da saúde mental estão mais propensos a adotar abordagens holísticas e integrativas no cuidado aos pacientes, buscando entender os fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais envolvidos. Por outro lado, profissionais que mantêm estigmas ou

concepções limitadas sobre saúde mental podem inadvertidamente perpetuar o estigma e a discriminação, o que pode prejudicar o acesso ao tratamento e a qualidade da assistência.

### **2.3 Equipe multiprofissional e interprofissionalidade**

Atuar na área da saúde demanda a colaboração de diversos profissionais que compartilham o objetivo comum de fornecer cuidados conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas variáveis influenciam a forma como essas relações se desenvolvem, incluindo as necessidades de saúde dos usuários e a organização dos serviços (Oliveira; Guizardi; Dutra, 2020).

O trabalho em equipe é fundamental para buscar a superação frente ao aumento das complexas necessidades de saúde. Requer abordagens abrangentes e contextualizadas, além da organização de serviços e sistemas de saúde em rede. Essa importância é impulsionada pelas mudanças demográficas, como o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, juntamente com o crescimento de doenças crônicas no perfil epidemiológico. O acompanhamento de longo prazo necessário para essas condições é mais eficiente quando os serviços de saúde são estruturados em torno de equipes de trabalho (Peduzzi *et al.*, 2020).

Para tomar decisões em saúde de forma adequada, é essencial considerar informações técnicas, éticas e valores variados. Isso significa trabalhar em equipes compostas por profissionais de diferentes áreas. A colaboração nesses grupos inclui a habilidade de antecipar, perceber e responder às emoções, visando fortalecer as alianças terapêuticas e colocando em primeiro lugar as necessidades dos pacientes e das equipes, em detrimento das próprias necessidades individuais (Kuchenbecker, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e parceiros reconhecem a colaboração interprofissional como abordagem inovadora para enfrentar a crise global na força de trabalho em saúde. Integrando conhecimentos e habilidades de diversos profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, proporciona-se cuidados mais completos, abrangentes e centrados no paciente. Essa estratégia visa otimizar recursos, melhorar a qualidade dos serviços e aumentar o acesso aos cuidados, especialmente onde há escassez de profissionais. Isso contribui para uma assistência mais eficiente e efetiva, respondendo aos desafios da saúde em escala mundial (Organização Mundial da Saúde, 2010).

A Educação Interprofissional busca desenvolver profissionais de saúde colaborativos para uma assistência integral e coerente, esperando que a colaboração se torne uma prática comum e resulte em outras mudanças significativas (Costa, 2017).

Com o movimento do Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, lançado pela OMS em 2010, tanto as questões de formação quanto as práticas em serviço vem sendo instigadas a realizar esse trabalho colaborativo. A atuação interprofissional é mais um dos movimentos que busca a desconstrução do modelo biomédico de atendimento em saúde (Farinha *et al.*, 2023).

Embora sua origem não esteja no âmbito da saúde, a colaboração é uma característica intrínseca na concepção, realização e vivência do sistema de saúde. Ela desempenha um papel fundamental nos diversos modelos de atenção à saúde que coexistem e compõem o SUS. Ainda que a atuação interprofissional seja empregada como uma resposta a problemas específicos de saúde, o que influencia a organização dos serviços e a atuação dos profissionais envolvidos, ela passar por uma série de desafios nos processos de produção de saúde para que seja promovida (Oliveira; Guizardi; Dutra, 2020).

Desde que a OMS lançou o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, vários mecanismos foram apontados pelos mesmos para o alcance de um trabalho interprofissional de qualidade, dentre eles podemos citar: o autotreinamento, apoio institucional, avaliação dos resultados de aprendizado, logística e cronograma, conteúdo programático, aprendizado contextual, objetivos compartilhados e o compromisso gerencial. Tendo em vista esses mecanismos deve-se buscar priorizar as necessidades sociais e de saúde dos usuários, permitindo, assim, superar o modelo de formação em silos profissionais, promovendo aprendizagem compartilhada e práticas mais integradas (Costa; Azevedo; Villar, 2019; Organização Mundial da Saúde, 2010).

Como obstáculos para a atuação interprofissional destacam-se a estrutura física das unidades, dificultando muitas vezes ações de educação permanente e momentos propícios para uma discussão multiprofissional, bem como a manutenção da hierarquia entre os profissionais. São destacadas as resistências dos profissionais de medicina frente ao trabalho interprofissional com as demais categorias (Costa; Azevedo; Villar, 2019; Farinha *et al.*, 2023).

Levando em conta os mecanismos de atuação colaborativa para superar os desafios enfrentados no cotidiano das equipes de saúde, é crucial ressaltar a significância do trabalho em equipe eficiente na aprimoração da atenção à saúde e na promoção do bem-estar. A circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde permite leituras mais amplas

das necessidades, resultando em um trabalho interprofissional pautado na prática comunicativa entre profissionais e usuários (Peduzzi *et al.*, 2020).

Ao integrar diferentes perspectivas e conhecimentos, a interprofissionalidade promove uma compreensão mais completa das necessidades dos pacientes e permite a implementação de planos de tratamento mais abrangentes e personalizados. Além disso, as concepções individuais dos profissionais de saúde sobre saúde mental influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado. Uma compreensão ampla e livre de estigmas sobre questões de saúde mental é crucial para fornecer suporte eficaz, promover a resiliência e facilitar a recuperação dos pacientes. Portanto, tanto a colaboração interprofissional quanto uma compreensão sólida das nuances da saúde mental são indispensáveis para promover o bem-estar integral dos indivíduos e comunidades.

### **3 MÉTODO**

Neste capítulo serão descritos os procedimentos metodológicos que foram seguidos durante a realização do estudo. Buscou-se descrever os percursos necessários para que fosse possível analisar as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país.

#### **3.1 Modalidade e tipo da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo narrativa. A pesquisa qualitativa é relevante pois atua com uma forma de observação mais próxima e harmonizada com as características do objeto que está sendo estudado. Pode-se dizer que a pesquisa qualitativa responde de forma específica a uma imposição geral que retome o inteiro domínio da pesquisa social, acompanhando então, a complexidade dos fenômenos em estudo (Cardano, 2017).

A abordagem exploratória é bastante empregada frente a temas que costumam ser pouco abordados, ou onde há dificuldade na formulação de hipóteses sobre os mesmos. Em grande parte dos casos, esses estudos atuam como um primeiro passo para uma pesquisa mais ampla e aprofundada, comumente são empregadas técnicas de levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o objeto estudado (Oliveira, 2016).

As pesquisas descritivas, associadas às exploratórias, são as mais empregadas em casos onde os pesquisadores sociais preocupam-se com a atuação prática. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal realizar a descrição de determinado fenômeno, uma de

suas características é a coleta de dados padronizada, através de questionários ou observação sistêmica, são muito utilizadas onde em estudos onde busca-se descobrir opiniões, crenças e atitudes de uma população (Gil, 2019).

### **3.2 Local do estudo**

A investigação foi realizada em um Centro de Saúde, inserido na Atenção Primária à Saúde, de uma capital do Sul do país.

Este Centro de Saúde conta com 7 equipes de saúde da família, contando com 7 médicos, 7 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem e 14 ACS; 2 equipes de saúde bucal, com 2 odontólogos e 3 auxiliares de saúde bucal, sendo acompanhados por uma equipe multiprofissional com profissionais da psicologia, serviço social, nutrição, farmácia e acupuntura durante o período de coleta de dados.

### **3.3 Participantes do estudo**

Definiu-se como população deste estudo, os profissionais de saúde com ensino superior atuantes em um Centro de Saúde da APS que trabalham em um Distrito Sanitário do município e, que após convite feito presencialmente no Centro de Saúde, e orientação verbal feita pelo residente, frisando a voluntariedade, aceitaram participar. Após o aceite inicial, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o termo foi elucidado e as dúvidas quanto ao estudo foram sanadas pelo residente e após entendimento da pesquisa, o aceite foi oficializado através da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Os critérios de inclusão da pesquisa foram: profissionais de saúde de nível superior inseridos em um Centro de Saúde da APS do Distrito Centro de uma capital do Sul do país. Quanto aos critérios de exclusão, excluíram-se: profissionais residentes ou outros profissionais que estivessem de férias ou afastados das suas funções por qualquer razão. Tanto profissionais com vínculos efetivos quanto temporários foram convidados a participarem da pesquisa.

Os profissionais foram sendo convidados a participar do estudo entre os meses de outubro e novembro de 2023, conforme acordo a coordenação do Centro de Saúde, onde ocorreria o estudo, realizou-se uma apenas uma entrevista por dia conforme disponibilidade dos profissionais. Participaram do estudo 12 profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais. Durante a coleta de dados 2 profissionais de enfermagem, 1 profissional de

odontologia, 1 profissional de medicina e 1 profissional de farmácia estavam afastados ou de férias.

### **3.4 Entrada no campo e recrutamento dos participantes**

O acesso ao campo se deu por meio de contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde do município, e o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) que atua com a avaliação de pesquisas que envolvem a rede de saúde para autorização da sua execução. Também foi submetido à direção do serviço um termo de autorização de entrada em campo, que continha a anuência do Gestor Municipal, concordando com a realização do estudo.

Apenas após o aval do gestor, e posterior aprovação do presente projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH - UFSC), o residente deu início a coleta dos dados.

O recrutamento dos participantes se deu através de contato presencial no Centro de Saúde, após discussão e acordo com o coordenador da unidade para a realização da coleta de dados de forma com que não trouxe prejuízos ao funcionamento do serviço.

### **3.5 Procedimentos de coleta**

Os procedimentos de coleta de dados foram iniciados mediante ao termo de anuência da Secretaria de Saúde (ANEXO A) e somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obrigatoriamente. A coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE B), que foi desenvolvido pelo residente. A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde (CS) que faz parte da APS de uma capital da região Sul do Brasil, esse CS conta com sete equipes de saúde da família e uma equipe multiprofissional que atuam de forma intrínseca para o atendimento à população. O estudo foi realizado neste CS devido ao amplo número de eSF e profissionais atuantes no mesmo, com a finalidade de ter um panorama ampliado quanto ao cenário das ações de Saúde Mental desenvolvidas na APS neste município.

O residente se apresentou e convidou particularmente e presencialmente cada participante do estudo, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa tiveram uma hora e local agendados para a realização da entrevista, iniciando-se com a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após concordarem, livre e

espontaneamente, em participar do estudo, os entrevistados assinaram o TCLE, em duas vias de igual teor, onde uma cópia ficou com o residente e a outra com o entrevistado. Cada sujeito de pesquisa foi avaliado individualmente, em ambiente privado, tornando mínimo os riscos de constrangimento. As entrevistas foram registradas com o auxílio de um aplicativo de gravação de voz, após a coleta de dados as gravações foram transcritas fidedignamente. Ao término das entrevistas, agradeceu-se a participação de cada sujeito de pesquisa.

### **3.6 Análise e interpretação dos dados**

Os dados foram tratados, agrupados e analisados de acordo com análise das narrativas de Mario Cardano.

Para análise das narrativas, conforme Cardano, podemos considerar três passos, sendo eles: a segmentação da documentação empírica, a qualificação de cada um dos segmentos identificados e a individuação das relações entre os atributos conferidos aos diversos segmentos. A segmentação é etapa em que se busca sintetizar as respostas movidas pela condução do estudo, no caso de entrevistas discursivas é a fase em que buscamos administrar o fluxo contínuo das informações fornecidas pelos entrevistados de forma estratégica e seletiva (Cardano, 2016).

Na análise dos dados deste estudo, para contemplar a fase de segmentação foi empregada a técnica de marcadores próximos da experiência dos participantes, por meio do âmbito das reproduções que representam entrevistas discursivas.

A segunda etapa, qualificação, pode ocorrer simultaneamente a primeira, nessa fase ocorre a atribuição de uma ou mais propriedades a determinado trecho da documentação empírica, importantes para a sua caracterização (Cardano, 2016).

Como forma de trabalhar a qualificação dos resultados, foram utilizados os instrumentos matriciais, que são formas de representações das qualificações justapostas ao material empírico através do recorte de citações importantes dos trechos de uma transcrição. Para a construção das matrizes será utilizado o programa Microsoft Word.

Quanto a individuação das relações entre os atributos conferidos aos diversos segmentos, terceira e última etapa de análise, o autor cita que “Depois de ter qualificado o material empírico de forma conveniente, o passo seguinte consiste na individuação das relações que ora unem, ora opõem as propriedades designadas a cada um dos seus segmentos [...] (Cardano, 2016, p. 310). Essa etapa consiste em colocar à prova a consistência empírica dos dados obtidos com o estudo.

Nesta etapa foram oportunizadas as comparações das informações agrupadas e qualificadas, através da coleta de dados, com os estudos mais recentes trabalhados dentro do campo da Saúde Mental e da Atenção Primária à Saúde.

### **3.7 Procedimentos éticos**

O desenvolvimento da pesquisa foi realizado após autorização pela secretária de saúde e a aprovação do CEPESH – UFSC. O documento nominado como “Projeto Detalhado” referente a esse projeto de pesquisa, foi anexado na Plataforma Brasil e possuía conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil. O projeto foi aprovado através do Parecer Consubstanciado nº 6.306.906 (ANEXO B), tendo como Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAEE) o nº 73585423.9.0000.0121.

O estudo atendeu aos preceitos éticos determinados na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre os testes e pesquisas realizadas com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados, bem como a resolução 510/2016 que complementa a anterior. Os objetivos, métodos e benefícios que esta pesquisa traria foram explicados a cada participante, enfocando os desejos de cada participante, garantindo o anonimato, e cada pessoa foi instruída e recebeu uma cópia do TCLE, que foi assinada, autorizando desta forma sua participação no estudo, foi enfatizado também, que é direito do entrevistado desistir de participar da pesquisa, mesmo após a assinatura do TCLE e/ou coleta de dados, bem como a qualquer outro momento e, que esse direito o foi garantido.

Os pesquisadores declararam conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) em relação ao tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis que foram empregados para a execução da presente pesquisa.

A todos foi garantido o direito de escolher livremente se desejavam participar desta pesquisa sem causar nenhum dano ou constrangimento. Além disso, caso houvesse algum dano decorrente da participação de algum profissional na pesquisa, o mesmo teria a devida indenização conforme determina a lei.

Após a realização da pesquisa, os resultados obtidos serão expostos na apresentação final de Trabalhos de Conclusão de Residência em fevereiro de 2024, nas dependências do Centro de Ciências da Saúde UFSC, espera-se ainda publicar uma síntese dos resultados em formato de artigo em revistas de saúde coletiva.

### **3.8 Riscos e benefícios da pesquisa**

O estudo apresentou risco mínimo aos participantes, considerou-se o risco de constrangimento dos profissionais ao responder os itens do roteiro de entrevista. Para minimizar os riscos, as entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente privado e em local confortável para o entrevistado. A privacidade e o anonimato dos participantes foram preservados. Para isso, os instrumentos de coleta de dados foram numerados de acordo com a sequência em que ocorria a coleta de dados, esse número, vinculado às siglas de sua categoria profissional, substituindo o nome do participante.

Sabendo-se dos riscos, caso em algum momento durante a entrevista, o participante se sentisse constrangido a entrevista seria suspensa, o residente, que é enfermeiro, realizaria uma escuta qualificada e em seguida, caso fosse necessário, acompanharia o participante até o serviço de psicologia do Hospital Universitário. Reforçou-se que o participante poderia desistir da sua participação no estudo a qualquer momento. A entrevista teve o seu áudio gravado, e em seguida foi realizada a transcrição do mesmo, existe a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, porém nos esforçamos para evitá-la e buscamos minimizar qualquer constrangimento decorrente da gravação.

Enquanto benefícios do estudo pode-se destacar a identificação das concepções dos profissionais de saúde que atuam na APS diante das ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como quais são as principais ações que os mesmos desempenham durante seu cotidiano de trabalho. Foi possível, ainda identificar as potencialidades e desafios do trabalho interprofissional frente ao cuidado em saúde mental prestado pelos profissionais atuantes na APS.

Desse modo a pesquisa forneceu dados relevantes que poderão ser utilizados como subsídio para a compreensão da atuação dos profissionais perante as ações de saúde mental no município e aperfeiçoamento das práticas voltadas para o atendimento deste público já instituído nas unidades, fortalecendo assim o envolvimento dos profissionais de saúde com as demandas de saúde mental no âmbito da atenção primária.

## 4 RESULTADOS

Em relação ao perfil dos sujeitos de pesquisa, participaram do estudo 12 profissionais, atuantes na APS, de diferentes categorias, questionamentos quanto ao gênero, idade, tempo de formação, tempo de atuação na APS e grau de formação também foram levantados e estão apontados na Tabela 1, a seguir:

**Tabela 1** - Perfil dos profissionais entrevistados

<b><i>Categoria Profissional:</i></b>	<b><i>Nº de Participantes</i></b>	<b><i>%</i></b>
Enfermagem	4	33,3
Medicina	2	16,7
Odontologia	2	16,7
Farmácia	2	16,7
Psicologia	1	8,3
Serviço Social	1	8,3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b><i>Gênero:</i></b>		
Mulher cis	11	91,7
Homem cis	1	8,3
<b><i>Idade:</i></b>		
< 30 anos	1	8,3
> 30 anos e < 40 anos	7	58,3
> 40 anos e < 50 anos	2	16,7
> 50 anos	2	16,7
<b><i>Tempo de Formação:</i></b>		
< 5 anos	2	16,7
> 5 anos e < 10 anos	5	41,65
> 10 anos	5	41,65
<b><i>Tempo de Atuação na APS:</i></b>		
< 5 anos	3	25
> 5 anos e < 10 anos	5	41,65
> 10 anos	4	33,35
<b><i>Formação:</i></b>		
Especialização	9	75
Mestrado	3	25

**Fonte:** Obtido através da coleta de dados, 2024.

O tempo de formação dos profissionais variou entre 4 anos e 34 anos, enquanto o tempo de atuação na APS foi de 3 meses a 34 anos. Todos os profissionais autodeclararam possuir pelo menos uma especialização, porém nenhuma na área da saúde mental, a maior parte dos profissionais possuía residência em saúde da família, apenas 3 apresentavam titulação de mestrado.

Os resultados foram agrupados em cinco categorias, sendo elas: concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença mental na APS; Ações e práticas de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na APS; Reconhecimento das potencialidades da APS no cuidado em saúde mental; Fragilidades da rede na assistência em saúde mental; conceito de interprofissionalidade para os profissionais de saúde da APS.

O quadro 1, a seguir, sintetiza as concepções dos profissionais de forma temática dentro de cada categoria:

**Quadro 1** – Síntese das narrativas dos profissionais frente ao desenvolvimento de ações de saúde mental na APS

<p><b>Concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença mental na APS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabalho como adoecedor;</li> <li>• Vulnerabilidades sociais;</li> <li>• Medicalização do cuidado;</li> <li>• Lógica do encaminhamento.</li> </ul>	
<p><b>Ações e práticas de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na APS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento e escuta ativa;</li> <li>• PICS;</li> <li>• Grupos terapêuticos;</li> <li>• Interconsultas e cuidado compartilhado;</li> <li>• Discussões de caso em reuniões de equipe.</li> </ul>	<p><b>Reconhecimento das potencialidades da APS no cuidado em saúde mental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vínculo;</li> <li>• Proximidade do território;</li> <li>• Longitudinalidade.</li> </ul>
<p><b>Fragilidades da rede na assistência em saúde mental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos humanos reduzidos;</li> <li>• Ausência de educação permanente;</li> <li>• Recursos estruturais insuficientes;</li> <li>• Produtivismo;</li> <li>• Dificuldade dos profissionais em lidar com a temática saúde mental.</li> </ul>	<p><b>Conceito de interprofissionalidade para os profissionais de saúde da APS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Junção das potências de cada categoria;</li> <li>• Entendimento coletivo;</li> <li>• Colaboração em atendimentos.</li> </ul>

**Fonte:** Obtido através da matriz empírica dos dados, 2024.

#### 4.1 Concepções dos profissionais sobre o processo saúde-doença mental na APS

As concepções dos profissionais de saúde frente ao processo saúde-doença mental na APS foram demonstradas de diversas formas, os mesmos entendem que esse processo é multifatorial, tendo o trabalho e as vulnerabilidades sociais como principais fatores envolvidos no adoecimento dos usuários. Apontando, ainda que, reconhecem o alto número de pessoas em uso de antidepressivos e que a medicalização excessiva dessa demanda ocorre devido à ausência de outras terapêuticas na rede. Os entrevistados percebem a APS como um âmbito de atenção sensível ao processo saúde-doença mental, porém é evidenciada, na fala dos mesmos, a persistência da lógica dos encaminhamentos desses usuários a outros níveis de atenção à saúde, demonstrando, também, resistência em trabalhar em uma perspectiva de matriciamentos.

Os profissionais apontam que o processo saúde-doença mental está muito associado ao contexto de vida e ao cotidiano das pessoas. O trabalho e o atual modelo de produção capitalista aparecem nas falas como pontos principais para o adoecimento da população:

*[...] é que saúde mental é sempre sobre contexto, ciclo de vida, fases. Então, na atenção primária a gente tem tudo isso, e como potência são os princípios mesmo. Então, quando a gente tem esse contato com o indivíduo, a família, às vezes até um trabalho, muitos trabalham aqui na área e com a comunidade. – MEDI*

*Bom, eu acho que quem sofre mentalmente, é quase todo mundo, porque a gente vive num sistema capitalista, de exploração do trabalho e as pessoas acabam muitas vezes adoecendo por conta da sua condição de vida, por conta das precariedades, pelas lacunas do sistema. E então, quem sofre é todo mundo. – FAR1*

*O trabalho, ele tem essa contradição de ao mesmo tempo ser ali o que te garante ali certo bem estar, de pagar o aluguel, comprar comida, mas também gera um sofrimento. Então, tem muitas pessoas em situação de assédio moral no trabalho, Burnout é muito comum, a questão de violência doméstica também sim, e que também impacta na saúde mental. – SSO1*

Outros fatores que tem forte ligação com o processo saúde-doença mental dos usuários, apontados pelos profissionais, são os problemas familiares e as diversas vulnerabilidades sociais, principalmente a socioeconômica, levantando questionamentos sobre como esses aspectos se tornam produtores de doenças:

*[...] é, eu acho que a gente vê cada vez mais pessoas em sofrimento e por causas diversas, assim. Na Atenção primária, em especial pelo perfil da minha população e do pessoal que eu atendo. A gente tem muito sofrimento relacionado a essa parte social. Então a questão de dinheiro, a questão de pessoas que estão longe da família, que vieram de outro lugar para (cidade), para sustentar a vida... É muita violência. – ENF2*

*Mas ele é um sofrimento, é multifatorial, né. Então, eu, que sou assistente social, percebo muito a questão social mesmo. Há o impacto das expressões da questão social na saúde mental. Mas eu entendo que a saúde mental atravessa muitos pilares assim, então, eu acho que esse sofrimento tem a questão da vulnerabilidade, tem a questão histórica, tem a questão racial, de gênero. Então tudo isso impacta. – SSO1*

*A gente atende realmente muitos problemas, eu vejo como mais a ansiedade e a depressão nos pacientes, é muito frequente apresentar-se na consulta com problemas do dia a dia que todo mundo não enxerga da mesma forma. Estrutura familiar, problemas laborais, divórcios, coisas assim simples que formam parte das etapas da vida, pra muitas pessoas são problemas que geram doenças porque não sabem como lidar com elas. – MED2*

*A gente tem limitação para entender o como que o povo preto, pobre, favelado, de uma (cidade) rica vive e como que isso, como que a pobreza produz doença, né? Então, acho que a gente tem essas principais questões assim. – FAR1*

Nas falas dos profissionais é possível evidenciar a medicalização excessiva do processo saúde-doença mental, alguns pontuam que a ausência de outros recursos terapêuticos para lidar com os usuários que apresentam algum nível de sofrimento psíquico, principalmente quando associado aos aspectos sociais, se torna resposta para a prescrição de medicamentos:

*Ainda mais que muitos problemas são problemas sociais, né, que viram saúde mental que a gente medicaliza o social. E aí a gente, além de não ter uma rede de saúde mental, não tem uma rede de assistência social e isso é um problema. Hoje eu vejo que é o mais grave. É isso mesmo. – ENF3*

*Então vejo o paciente extremamente medicalizado. O número de usuários que utilizam antidepressivos é enorme. Não, não tem muitas opções terapêuticas aqui, para além do grupo da consulta e do medicamento. Então é isso. – FAR1*

*É, como faltam recursos também, a gente acaba sem ter muito o que oferecer. Acabo sendo muito medicalizadora, mais do que deveria, talvez, né? – MED1*

*Eu acho que a gente vê um aumento do número desses casos, até pelo prontuário. É tão frequente, né? A maioria usa algum tipo de medicação hoje em dia. Então, eu acho que eu vejo que esses pacientes estão chegando e passando em consultas individuais, pelo menos. – ODOI*

Assim, como a medicalização da saúde mental é evidenciada como uma das respostas frente ao adoecimento mental, a lógica do encaminhamento ainda é bastante frequente entre os profissionais de saúde atuantes na APS. Algumas falas demonstram que os profissionais acreditam que há necessidade de os usuários saírem dos cuidados da APS ou de que os usuários precisam ser encaminhados para serviços especializados em saúde mental para ter um tratamento melhor:

*Principalmente porque muitas vezes, saúde mental ela precisa ir além da atenção primária, né. A gente precisa de uma coisa secundária, da terciária e a gente não tem isso. [...] A atenção primária é sensível, a gente escuta, às vezes a gente diagnostica, a gente capta, mas a gente precisa de apoio e a gente não consegue resolver 100% dos problemas do mundo, inclusive em saúde mental, né? Então, é a APS é porta de entrada, a gente entra muita gente, mas a gente precisa que elas saiam e a gente não consegue fazer isso. – ENF2*

*Então, acho que teria que ter mais profissionais psicólogos para a gente poder fazer mais consultas, para a gente poder fazer muito mais encaminhamentos para que nós tenhamos esse retorno desses encaminhamentos também, para que essa pessoa possa ter um tratamento ok, que às vezes a gente faz encaminhamento aqui individual, por exemplo, aí demora muito tempo, mas demora muito tempo, não é? – ENF4*

*Eu acho que o outro desafio assim é que, também acho que não é o caso daqui, mas eu já enfrentei muito isso, assim é a resistência de muitas equipes em trabalharem na lógica do matriciamento, né? Então, antes, o que a gente tinha era uma lógica do encaminhamento e a formação dos profissionais, acho que tá mudando, mas era assim ao psicólogo, ao psiquiatra, e a lógica do matriciamento é outra, né? - PS11*

Por fim, evidencia-se através das falas dos profissionais que os mesmos reconhecem a existência da multifatorialidade do processo saúde-doença mental, observando a medicalização

desse processo por parte da APS, bem como a manutenção da lógica do encaminhamento nesses serviços. ´

As concepções de cada profissional evidenciam o que essencialmente as suas categoriais profissionais veem em relação ao processo saúde-doença mental na APS, essas concepções irão influenciar diretamente nas ações e intervenções que cada trabalhador irá replicar em seu cotidiano profissional.

#### **4.2 Ações e práticas de saúde mental desenvolvidas pelos profissionais na APS**

Durante as entrevistas os profissionais apontaram quais ações ou práticas de cuidado que realizam e consideram como ações de saúde mental dentro da APS, sendo elas: o acolhimento e a escuta ativa, a inserção de Práticas Integrativas Complementares, os grupos, as interconsultas e o cuidado compartilhado, as discussões de caso e reuniões de equipe.

O acolhimento e a escuta ativa são expressados simultaneamente nas falas dos entrevistados, eles reconhecem que é necessário estar sensível às queixas trazidas pelos usuários para ser capaz de entender as suas demandas. A escuta ativa é descrita como uma ação, que muitas vezes, por si só é altamente resolutiva:

*Aí, nas consultas, né, individuais, a gente conversa e tenta fazer um acolhimento... ver o que a pessoa precisa e o que a gente pode ajudar. Expor os meios do que dá para ser feito, onde que dá pra recorrer, né? – ENF1*

*Eu acho que uma escuta ativa, atenta, né. Então a gente só não tá ouvindo, a gente tá buscando entender, são coisas diferentes. Então começa assim a gente ser acessível ao paciente, seja virtualmente ou presencialmente. – MED1*

*Eu tento estar sensível pra identificar esses problemas com pessoas que vêm com muita frequência com queixas agudas. Geralmente tem alguma outra coisa que só vai sair a hora que tu perguntares. Então tem que tá sensível, disposto a descobrir essas coisas também. – ENF2*

*A primeira é a escuta, do paciente, porque muitas vezes só com escutar o problema com que ele vem já resolve muita coisa, mesmo sendo isso, a primeira coisa que eu acho que o paciente tem como problema, é não ser escutado por alguém. – MED2*

Algumas falas apontam, ainda, que esse acolhimento e cuidado ofertado pela Estratégia de Saúde da Família condizem com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, indo contra a lógica manicomial e, fazendo com que o usuário seja visto de forma integral no seu processo de saúde-doença:

*A principal [ação] é entender que uma pessoa que tem um sofrimento mental, ela não necessariamente precisa estar acompanhada com um psiquiatra, com super especialista. E que ela pode ser acolhida pela equipe de saúde da família. Isso é uma potencialidade, porque vai de encontro com a inversão da lógica manicomial, né? E entende a pessoa, acho que a política do SUS, os profissionais que estão engajados no SUS entendem a pessoa na sua integralidade e a saúde mental como um elemento importantíssimo nisso. – FAR1*

As PICS são um conjunto de práticas bem empregadas no cuidado em saúde mental pelos profissionais de saúde entrevistados. A auriculoterapia foi a prática mais evidenciada nas falas dos mesmos, porém ainda aparecem a fitoterapia, acupuntura e técnicas de meditação e relaxamento. As PICS são apontadas como técnicas que surgem para diminuir o excesso de medicamentos no cuidado em saúde mental:

*Então, eventualmente eu oferto a auriculoterapia pra alguns pacientes que eu vejo ali na frente, que tão precisando conversar, precisando falar sobre suas questões de saúde mental. Aí faço acompanhamento com auriculoterapia, eu às vezes indico plantas fitoterápicas, chás pra alívio dos sintomas ansiosos também. – FAR1*

*E depois, dar algumas sugestões para resolver problemas, técnicas para evitar piorar, técnicas de meditação e relaxamento, mesmo evitando no máximo a administração de medicamentos, que ao meu critério está muito alta. – MED2*

*A própria universidade tem participado também. A gente tem feito discussões de caso mensalmente. A gente pensou na ampliação do cuidado, não só a questão medicamentosa, que essa pessoa tinha muita dificuldade de aderir, então a gente pensou na auriculoterapia, pensou na acupuntura e o próprio atendimento de acolhimento no ambulatório Trans, que ainda não aconteceu, mas que faz parte desse processo de cuidado, né, de a pessoa retornar, retornar com atendimento no ambulatório, mas com um olhar mais delicado pra situação. – SSO1*

O desenvolvimento de grupos nos Centros de Saúde também foi mencionado pelos profissionais como ações de saúde mental. De acordo com os entrevistados, os grupos ocorreriam com a participação de profissionais de categorias diversas e que os mesmos tem sido uma das potencialidades do cuidado em saúde mental na APS:

*Tem os grupos, né? Daí tem que ver os grupos que existem em cada posto [UBS] né e os que tem pra isso, né... [...] A participação nos grupos onde tem, por exemplo, no grupo da psico [psicologia], tem a psicóloga ou tem outras pessoas também, outros residentes, né. – ENF1*

*Eu penso que grupos é uma potencialidade, mas depende também de, de perfil, de comunidade. Mas eu acho que que sim. – ENF3*

*Dei continuidade a um grupo, um grupo terapêutico de psicologia que já existia. Estou dando continuidade, estou fazendo os atendimentos individuais nesses casos que vem agendados pela regulação, então tô dando seguimento. – PSII*

Evidenciou-se, também, que os profissionais consideram as interconsultas e o cuidado compartilhado como práticas de cuidado coletivas em saúde mental. As interconsultas acontecem tanto com discussão simultânea ao atendimento do usuário quanto posteriormente a finalização do atendimento. O cuidado compartilhado, descrito pelos entrevistados, ocorre quando dois profissionais ou mais de categorias diferentes se juntam para realizar um atendimento em conjunto, bem como, através da alternância dos atendimentos de um mesmo usuário por diferentes atores da equipe de saúde:

*A gente está sempre discutindo, né? Além do matriciamento, tem as interconsultas também. Com psico [psicóloga] é um pouco menos frequente por causa do tempo, né, em unidade e do tempo de consultório deles, também, mas eventualmente assim acontece. – ENF3*

*Coletivas, eu acho que eu contaria os meus atendimentos psicossociais, que é algo que eu faço bastante, não aqui no (Centro de saúde) eu não faço tanto, mas nas outras unidades eu atendo muito com a psicologia e eu acho que é um ganho muito legal assim da gente compartilhar mesmo o cuidado. – SSO1*

*São casos que a gente discute, né... A pessoa fica junto, outra pessoa, por exemplo, um fisio [fisioterapeuta] ou um assistente social, psicólogo, que pode compartilhar do atendimento em conjunto ou ele acompanhar também a minha consulta. – ENF1*

*Tenho ofertado também interconsultas com as equipes de saúde da Família. Então, tenho três horários por semana de Interconsulta, que são atendimentos conjuntos e o objetivo é ajudar a equipe no manejo daquele caso, pensar em encaminhamentos. Então assim, não são pacientes que naquele momento vão seguir em acompanhamento comigo, né, é mais um paciente pra gente ver junto e pensar junto o que a gente pode ofertar, né, pra aquele paciente? – PSII*

Os profissionais afirmam que o cuidado em saúde mental é abordado através de discussões de caso principalmente durante reuniões de equipe. Porém, esses espaços para discussão não estão sendo tão assíduos e nem sempre é possível reunir todos os profissionais da equipe multiprofissional, dificultando a realização frequente dessa prática segundo os entrevistados:

*E aqui a gente tem feito aquelas reuniões mensais, né? Que agora, com a saída da fisio [fisioterapeuta] e da psico [psicóloga], tá um pouco parado, mas que também achava muito bom fazer as reuniões mensais discutindo isso, nas nossas reuniões de equipe a gente também discute essas questões. Também tinha a fisio [fisioterapeuta], tinha médico, enfermeiro, odonto [odontólogo], então também era um espaço que a gente acabava discutindo questões de saúde mental dos pacientes. – ENF2*

*Então tem as reuniões de equipe, tivemos poucas reuniões de matriciamento com a psicóloga, fisio [fisioterapeuta] e assistente social. Então, eu não acho que a gente tá tendo muito assim, né? Tirando os espaços de reunião de equipe pra conversar em relação a isso [saúde mental dos pacientes], assim. – MED1*

*A gente conversa em reunião de equipe, mas como, eventualmente aparecem casos [de saúde mental] espontaneamente, aí não é toda a equipe, mas você chama colegas para discutir a melhor conduta de agendamento, como que vai atender quem vai atender mais nesse sentido mesmo? – ODO1*

*Mas quando eu penso em NASF, em equipe multi [multiprofissional], eu penso num espaço onde a gente consiga dialogar todas as categorias ali e minimamente discutir os casos que são comuns, porque a gente tá atendendo as mesmas pessoas, mas a gente não consegue sentar e falar olha, já foi feito isso, né? – SSO1*

Desse modo, as entrevistas revelaram que os profissionais da APS reconhecem e valorizam diferentes práticas de cuidado em saúde mental. A ênfase no acolhimento e na escuta

ativa é fundamental para a compreensão das necessidades dos usuários. As PICS, como a auriculoterapia, são utilizadas como alternativa aos medicamentos e vínculo com os pacientes. O desenvolvimento de grupos foi considerado um potencial, enquanto a consulta mútua e os cuidados compartilhados em saúde mental são vistos como abordagens coletivas. No entanto, as discussões de casos enfrentam desafios de frequência e participação que parecem impactar na implementação desta prática no cotidiano dos profissionais.

Para desempenhar essas ações de modo efetivo no âmbito da saúde mental, os profissionais contam com alguns aspectos que consideram como potencialidades dentro da Atenção Primária à saúde.

### **4.3 Reconhecimento das potencialidades da APS no cuidado em saúde mental**

Os profissionais expõem em suas falas que as maiores potencialidades da APS em desenvolver práticas de cuidado em saúde mental estão no vínculo, na proximidade dos mesmos com o território e na longitudinalidade.

No discurso dos profissionais é possível identificar que o processo de firmamento de vínculo com usuários que possuem alguma demanda de saúde mental permite com que os mesmos sejam acompanhados mais de perto e com maior frequência pela equipe do Centro de Saúde:

*Tem um caso bem simbólico que é uma paciente que eu atendi de aurículo [auriculoterapia] há uns dois anos atrás e ela chegou um dia e a gente criou um vínculo, né? E ela chegou ali na frente, no balcão para pegar um medicamento, sentou, me olhou e começou a chorar. Aí eu a trouxe aqui trás. Ela me falou que ia se matar. Ela já fazia acompanhamento com psiquiatra, mas estava um tempo sem consulta. Estava com os medicamentos, bem, em doses baixas, assim para o quadro depressivo dela. E nesse atendimento ela, ela é uma pessoa que não é tão aberta a falar dos conflitos familiares, a questão de saúde dela, assim, mas fui abordando isso aos poucos. E nesse atendimento, como ela estava em risco grande, né? Então eu usei aquelas escalas que tem de avaliação de saúde mental aonde tu consegues avaliar o risco da pessoa, o grau, mais ou menos o grau de depressão. – FAR1*

*Às vezes é simples, às vezes é escutar, vincular, estreitar os laços, outras vezes é zelar pelo tratamento, para que seja feito de maneira correta, nos preocupar para que eles façam o tratamento. – MED2*

*A gente consegue ficar muito mais perto do paciente, acho que cria vínculo. Acho que isso é uma potencialidade. Eu acho que os que eu mais me lembro, assim, é os que eu faço ao auriculo [auriculoterapia], que daí a gente cria um vínculo e a pessoa volta, sabe? Que daí nessa volta a gente consegue ver com a pessoa como é que tá, às vezes ela nos traz mudanças do que que ela conseguiu mudar naqueles dias. – ENF1*

Além disso, atuar e estar próximo das famílias e do local onde elas vivem também foi evidenciado como uma grande potencialidade de APS pelos profissionais, por conhecer o território os mesmos têm a possibilidade de planejar e desenvolver ações específicas de saúde mental voltadas para o perfil de usuários que estão atendendo em seu dia-a-dia:

*Então a potencialidade é o vínculo, eu acho que é o principal. É, como a gente conhece o paciente, conhece a família, conhece o território, conhece a escola, geralmente a gente consegue, tá sensível a esses casos [de saúde mental], né, a gente consegue captar muitas vezes. Então acho que a maior potencialidade é o vínculo que a gente tem com o território e as famílias e o indivíduo. – ENF2*

*Eu acho que de potencialidade eu enxergo o território primeiramente, né, a gente conseguir trabalhar dentro desse território, entender que população é essa que a gente atende, o que que tem na comunidade, como essa comunidade se organiza? É o próprio saber, É, eu diria, ampliado da atenção primária, né? [...] A atenção primária, ela é transversal, assim, ela atravessa muitas questões, não só de saúde, mas de enfim, de vida mesmo, né? Normalmente eu tenho essa ideia de que normalmente é a pessoa sabe onde é o centro de saúde. Normalmente, é o primeiro lugar que ela recorre quando ela precisa não só de uma questão de saúde, mas às vezes uma orientação social, né? Então, acho que o centro de saúde tem esse papel dentro do território e isso é muito potente. – SSO1*

*Basicamente, a APS tem que fazer essa avaliação também, não apenas do indivíduo, mas também daquele contexto familiar e do contexto social e comunitário, né? Para poder avaliar de fato o que o que está levando essa condição de saúde mental dessa comunidade, quais são os pontos no bairro que mereceriam uma intervenção, que mereceria uma ação, que mereceria, sei lá, uma intervenção coletiva para melhorar a situação dessas pessoas? Então, as potencialidades são muitas, exatamente porque a atenção primária se pressupõe que ela tem que conhecer o território, que ela tem que conhecer a comunidade, né? E tem que fazer esse diagnóstico que possibilita exatamente planejar ações de promoção de saúde, né? – FAR2*

Associado à proximidade do território e o vínculo observou-se nas falas dos profissionais a presença da longitudinalidade do cuidado. Os entrevistados demonstram que a APS é privilegiada por estar acompanhando o usuário e a sua família em várias etapas da sua vida. Esse acompanhamento longitudinal, expresso nos discursos, favorece a continuidade do cuidado e as próprias abordagens dos profissionais em saúde mental:

*Quando tem uma rede familiar, a gente acaba acionando também. Então, a gente tem esse privilégio da atenção primária, de se conhecer um familiar, de estar acompanhando. Então, a gente consegue acionar alguma rede de apoio dessa pessoa e eu tento afastar pessoas do, do que é adoecedor [mentalmente] pra ele também [...] foi um atendimento de um paciente que eu já conhecia ele, já atendia por outras questões, mas que ele passou por uma separação conjugal. Eu já conhecia os pais, por conta dessa separação conjugal, ele procurou novamente o serviço. E pelo fato, assim, também da gente já se conhecer, né? – MED1*

*Então, a gente fez uma abordagem bem legal. A (residente) primeiro marcou uma consulta só para a gente conversar, desmistificar algumas coisas, né? Esse receio do julgamento do profissional da saúde. E foi muito bacana, porque daí a gente conseguiu fazer todo o atendimento dele e até onde a gente consegue na APS, porque depois ele precisava de prótese e tal, a gente não tem, né? É, mas foi bem legal, daí ele criou um vínculo tão grande que ele só queria ser atendido pela (residente). – ODOI*

*E eu penso muito na questão desse acompanhamento de saúde mental, não visando tanto a vulnerabilidade em si, mas o processo de adoecimento. [...] Acho que pela atenção primária ter essa característica de ser um cuidado longitudinal. E acaba que o nosso trabalho tem se constituído como um trabalho de formiguinha, mas que não necessariamente tenha um fim. [...] o próprio cuidado longitudinal de você acompanhar aquela família desde sempre. Assim, de você acompanhar uma gestação e acompanhar uma visita domiciliar de uma pessoa acamada, por exemplo. Você consegue acompanhar ali todo o trajeto de vida. Isso é muito potente, o próprio território. – SSO1*

De acordo com os participantes, a proximidade com os usuários, suas famílias e o território permite a realização de ações específicas, enquanto a continuidade do cuidado ao longo do tempo favorece tratamentos e decisões, consolidando o cuidado em saúde mental na APS como uma abordagem potente e integral.

Ao mesmo tempo que enxergam potencialidades para ofertar um cuidado em saúde mental adequado aos usuários os profissionais da APS vivenciam uma série de adversidades diante de seus contextos de trabalho.

#### 4.4 Fragilidades da rede na assistência em saúde mental

Como fragilidades da rede frente ao cuidado em saúde mental, destacadas pelos profissionais de saúde, observa-se demandas envolvendo os recursos humanos, a ausência de educação permanente, os recursos estruturais dos centros de saúde, o produtivismo dentro do sistema de saúde e a própria dificuldade dos profissionais em lidarem com o tema saúde mental.

Em relação aos recursos humanos, os entrevistados apresentam falas que nos mostram a insuficiência de profissionais frente a demanda em saúde mental nos centros de saúde, bem como a sobrecarga daqueles que atuam na rede. A equipe multiprofissional é a que mais sente o impacto com o baixo número de profissionais por território, de acordo com os discursos:

*Dois dias para um profissional é muito pouco, né? Então assim, começa pelo tempo o profissional, não consegue fazer... O profissional fica de mãos amarradas, né? Então é pouco, é muito pouco. Mas é difícil assim, trabalhar com uma rede que é frágil, com um profissional que fica muito pouco na unidade, mesmo que dê acesso, que tá disponível, não consegue fazer o impossível, né. É difícil. – ENF3*

*As equipes têm me procurado bastante. Mas é isso. Eu gostaria de ter um espaço. O ideal, na verdade seria, imagina, hoje eu tenho 18 equipes de Saúde da Família. O ideal seria ali no máximo. Seis, sete, que seria só um (centro de saúde), né? Para a gente ter essa abertura de conseguir discutir os casos e tudo mais. Mas basicamente fica esse trabalho a distância. Acho que ainda tem um olhar muito médico-centrado, né? Então eu não consigo compreender como que, sei lá, um território de meio milhão de pessoas a gente só tenha seis assistentes sociais, por exemplo. Eu nem sei se ainda é seis, mas é muito pouco, sabe? A gente está com territórios descobertos, não só a serviço social, psicologia, também. Pra você conseguir uma consulta na atenção primária é uma coisa, uma consulta com psicologia é dois ou três meses pra mais. – SSO1*

*Eu acho que nós temos bons profissionais sobrecarregados. A gente teve um aumento populacional e um aumento que eu não vou saber dizer ao certo porque não fiz essa pesquisa, mas assim, eu imagino que houve sim um aumento do número de pessoas com sofrimento e também um aumento do diagnóstico. Infelizmente, a gente não*

*caminhou para esse aumento de acesso de porta de entrada. [...] Então, acho que a demanda, o aumento da demanda da população, empobrecimento, tem afetado muita gente nesse sentido. Acho que hoje seria a maior dificuldade, falta de RH [recursos humanos] e alta demanda. – ODO1*

*Eu acho que a gente tem profissionais muito bons, né, mas sobrecarregados e frustrados, né? Pela dificuldade em fazer um trabalho legal. Eu acho que a gente que tá muito mal dimensionado, assim, é pouca gente, né, pra, pra fazer um trabalho legal. – PSII*

É evidenciado, na fala dos profissionais, que existe a necessidade de mais ações de educação permanente voltadas para o cuidado em saúde mental na APS, os mesmos pontuam que é possível que muitos profissionais não sejam capacitados para desenvolver habilidades de comunicação com usuários que chegam ao CS com algumas demandas específicas:

*Capacitar a equipe, isso não tem acontecido, mas capacitar a equipe com alguns manejos [em saúde mental] é plausível ou seria possível? Eu acho que é isso. – ENF3*

*Acho que educação permanente é uma demanda que acho que a gente tem que estar sempre reforçando, sempre trazendo temas para capacitar as equipes e vejo que isso também está longe do ideal também, é difícil a gente ter capacitações e educação permanente para abordar a saúde mental. Eu acho que de vez em quando tinha que ter alguma ação de capacitação. E é, é difícil ter, sim. – FAR2*

*Eu acho que primeiro que nós teríamos que fazer o treinamento frequente do profissional pra poder resolver cada vez mais problemas dado a demora do atendimento especializado. – MED2*

*Os desafios são que nem todos os profissionais são treinados para isso, nem todos tem o trato, o jeito, as habilidades de comunicação e nem todos sabem como reagir de frente a uma situação onde um paciente chega para ti em surto ou em crise, ou ele chega para ti com uma tentativa de suicídio ou te informando que quer se suicidar. – FAR1*

Outra fragilidade evidenciada na fala dos profissionais foram os recursos estruturais e a ambiência insuficientes. Os entrevistados apontam que o ambiente do Centro de Saúde não é acolhedor e o espaço é insuficiente para admitir todos os profissionais que atuam na rede, sobretudo os atores da equipe multiprofissional:

*Então, a nossa estrutura eu não considero acolhedora, quando a gente não tem manutenção do centro de saúde, um espaço verde, um espaço de convivência, então, eu já não considero, diante das condições físicas, já o estado que estão, acolhedor. –*

*MEDI*

*O desafio é lidar com a escassez de recursos, com as más condições de trabalho, isso é um grande problema, não é? Assim, atualmente, graças a Zeus, é as minhas condições de trabalho melhoraram porque eu mudei de distrito, mas antes eu estava em outro distrito que, por exemplo, uma sala pra atender um grande problema. Isso gerava um estresse enorme. Não é? [...] Isso pra mim foi um gerador imenso de estresse e eu tenho certeza também que pros meus colegas assim, pra a equipe Multi [multiprofissional] isso é um grande problema a APS não foi preparada pra receber a equipe Multi [multiprofissional], então mal dá conta de acolher as novas equipes de saúde da Família que tão crescendo, né? Quanto mais a equipe multiprofissional.*

*– PSII*

*Mas para isso precisa ter condições adequadas, precisa ter equipe, precisa ter condições até de local de trabalho apropriado. Nós estamos aqui num CS que já não cabe, quase mais profissionais dentro. Né? Outra coisa que eu sempre gosto de ressaltar é que eu tenho visto assim toda uma mudança de modelo assistencial no município ao longo da última década. Digamos assim, em que eu, a minha impressão é de que cada vez mais estamos ficando longe do modelo original da estratégia de saúde da Família. – FAR2*

São apresentados nos discursos, também, o produtivismo na área da saúde, os profissionais relatam que os retornos dos usuários acabam ficando mais espaçados do que deveriam devido à alta demanda dos serviços e reconhecem que não conseguem prover um cuidado mais adequado devido ao número de vagas e tempo reservado de agenda para cada usuário:

*Hoje em dia, como tem muitos pacientes por território, isso acaba também dividindo nosso tempo em mais pessoas. Então, às vezes a gente não consegue prover aquilo que a gente queria. A gente queria um retorno em uma semana, mas ele vai virar em 15 dias, um mês. A gente queria ficar 01h00 com ele, mas a gente vai ter 20 minutos. Então o manejo de tempo por conta disso hoje é muito complicado, porque a saúde mental geralmente ela demanda mais, é. A falta [de tempo] daí surge como uma coisa ruim. – ENF2*

*Então, no dia a dia tem muitos casos de pessoas que vem em consulta e, é, estão deprimidos e choram no meio da consulta e você sente que precisa de mais tempo pra atender eles, pra fechar mais esse relacionamento, do que meia hora de consulta. A falta de tempo pra mim é uma das coisas que dá muito problema, você sabe que tem pouco tempo pra escutar porque detrás tem outro paciente, então primeiro problema é esse. – MED2*

Por fim, os profissionais relatam que têm dificuldade em lidar com a temática de saúde mental, ora pelo sofrimento psíquico possuir grande relação com as vulnerabilidades sociais ora por desconhecerem ferramentas ou dispositivos para auxiliá-los no diagnóstico e cuidado desses usuários na APS:

*A gente lida muito com essa questão social, o que é muito difícil, porque geralmente a gente acaba mesmo fazendo a escuta e acolhendo. A gente não consegue, enfim, dar uma resposta, finalizar, enfim, encerrar toda essa pessoa. Então é uma coisa que a gente acaba acompanhando por muito tempo e que às vezes a gente não vê tanta evolução. – ENF2*

*A gente tem essa dificuldade... É, eles de acesso a serviços e a gente também de conseguir manejar um pouco mais além de consultório, hoje tem o grupo na unidade, mas nem todo mundo, né, se sente bem em acessar. E também não são. Não é para um certo público, né? Para pacientes de saúde mental assim, mais leves, no máximo moderados. Então, o que eu vejo é que é bem difícil assim o lidar com esses pacientes no dia a dia, mais pela fragilidade da rede mesmo. – ENF3*

*E eu acho que é um serviço bem difícil, né? O manejo dessas pessoas, é, porque você não tem um exame específico que você faz, tipo um exame de sangue específico que você faz. Você é, é um clínico mesmo do paciente. E eu acho que é muito difícil de remanejar assim, bem difícil mesmo. [...]É bem difícil de lidar com isso porque dentro do consultório, como é que eu vou te explicar isso? É nervoso ficar... Dentro do consultório, é difícil mesmo porque, talvez uma palavra que tu fale para essa pessoa possa ser bom, como pode ser ruim. – ENF4*

Foi evidenciado, ainda, que os profissionais não tem fácil acesso ao apoio matricial para discutir casos, que em suas concepções, sejam mais complexos. Os entrevistados sentem que a equipe de apoio especializada em saúde mental está muito distante da APS e isso parece dificultar o trabalho dos mesmos:

*Então, mas eu tinha que tentar manejar esses casos na atenção básica sem ter o apoio da psiquiatria, que a gente já teve psiquiatria na atenção básica. Então a gente conseguia sentir que tinha mais respaldo pra pensar o caso junto e tal. E depois a psiquiatria saiu da atenção básica. eles também faziam matriciamento e não fazem mais. Então, outra dificuldade é ter acesso aos especialistas, poder discutir os casos com eles. Então, não consigo conversar com o psiquiatra, não consigo falar com neurologista, né? – PSII*

*Dentro da atenção primária, agora, pra mim tá difícil, no sentido de que, tanto o trabalho com pouco tempo atrapalha quanto a falta de um vínculo com o especializado em um tempo certo, também atrapalha, e eu sinto que isso dá dificuldade para o paciente mesmo, até para o médico ter um apoio, sempre precisa de um pessoal preparado pra te orientar no clínico. – MED2*

*E o que eu sinto, assim é que, quando a gente fala de saúde mental, o que eu sinto no momento é principalmente a fragilidade de ter a esse suporte mais qualificado dos profissionais da saúde mental. Então, o que eu sinto falta muitas vezes, é de ter mais, mais perto, a presença da psicologia, da psiquiatria e, poderíamos pensar outros profissionais, mas principalmente a psiquiatria e a psicologia. Eu sinto falta de eles estarem mais próximos também da APS, fazendo essas discussões aqui com a gente, dando esse suporte, né? – FAR2*

Os profissionais trazem em seus discursos o quanto a redução de recursos humanos causa sobrecarga de trabalho aos mesmos e dificulta o atendimento adequado em saúde mental. Os recursos estruturais também atuam como uma barreira na oferta desse cuidado, assim como a ausência de ações de educação permanente sobre essa temática. O apoio de uma equipe especializada também é descrito como uma fragilidade para a melhoria das práticas de saúde mental nesse nível de atenção.

Uma das formas de superar as adversidades frente à produção e promoção de saúde mental dentro da APS é atuar de forma interprofissional, conhecendo, acompanhando e validando os múltiplos saberes das diversas categoriais profissionais envolvidas no cuidado dos usuários.

#### **4.5 Conceito de interprofissionalidade para os profissionais de saúde da APS**

Em relação a concepção dos profissionais frente a interprofissionalidade evidenciou-se, que a maior parte dos participantes, acredita que atuar interprofissionalmente é permeado

por uma junção das potências de cada categoria profissional, construindo, assim, um entendimento coletivo sobre determinado caso e validando os saberes de cada um:

*O que eu considero de interprofissionalidade, interprofissionalidade é uma ação que, onde o objetivo dos profissionais que trabalham dessa maneira é o paciente. É cuidar dessa pessoa e cada um com seu saber, construir um entendimento coletivo do caso e ver qual, de qual maneira pode contribuir, qual, qual o seu papel no cuidado daquele indivíduo que é para mim diferente da multiprofissionalidade que quando eu vou e encaminho alguém para uma outra pessoa, de um outro, de uma outra categoria profissional e eu não, eu me desresponsabilizo daquele paciente, eu não tenho uma corresponsabilidade no cuidado. – FAR1*

*A gente conhecer mais o que é da área do outro, né? Então a gente conseguir sentar, conversar, tirar dúvidas também com os colegas. Cada um entender o teu papel e, a partir dessa comunicação, a gente conseguir ter um plano terapêutico, uma proposta assim, em comum, né? Juntar as potências assim seria uma, uma boa abordagem, assim. – MED1*

*Então, eu entendo que a multidisciplinaridade são vários profissionais olhando aquele caso, mas sem conversar, né? E a interdisciplinaridade envolve diferentes avaliações e um olhar conjunto pra aquilo e pensar junto ao caso, discutir o caso. E eu acho que a atenção básica me parece que é um dos locais do sistema público em que isso mais acontece, né? [...] – PSII*

Também foi apontado nas falas dos participantes que a interprofissionalidade consiste em buscar profissionais de outras categorias para ajudar no seu atendimento ou realizar algum atendimento em conjunto:

*A interprofissionalidade hoje no SUS. Ela está cada vez mais constante, forte, e os profissionais estão tendo essa relevância de estar buscando outros profissionais para ajudar no seu atendimento em comum. – ODO2*

*Bom, então, interprofissionalidade pra mim é quando você se vincula com outros profissionais para realizar uma tarefa, e nós aqui na vida diária, no trabalho, temos por exemplos os vínculos da equipe de trabalho, porque a opinião de outros sempre é boa. – MED2*

*Então, nesse conceito de que o interprofissional é quando a gente está trabalhando com outras categorias profissionais em conjunto para, para fazer um atendimento ou para resolver alguma demanda, né? – FAR2*

Conforme os profissionais de saúde, a APS é um local propício para que ocorram práticas interprofissionais e, os mesmos, compreendem que a interprofissionalidade consiste em atuar em conjunto com um olhar voltado para uma situação buscando a melhor resolução de forma coletiva.

## **5 DISCUSSÃO**

Estudos demonstram que as concepções dos profissionais de saúde frente ao processo saúde-doença mental seguem não sendo bem delimitadas, os profissionais afirmam que atuar frente a essa demanda é amplo e complexo, porém não pontuam o que seria a saúde mental em si. É evidenciado, ainda, que o acolhimento dos indivíduos em sofrimento psíquico é realizado com dificuldades pelos profissionais de saúde, que afirmam não possuírem preparo para atendimentos a esses usuários (Santos *et al.*, 2020; Silva Filho *et al.*, 2020).

O usuário que apresenta algum tipo de transtorno mental, ainda, é visto como uma pessoa agressiva e de difícil contato, fragilizando ainda mais o cuidado do mesmo dentro da rede (Santos *et al.*, 2020). Um estudo realizado com estudantes de enfermagem evidenciou que os mesmos reconhecem que o estigma e o preconceito frente a esses usuários seguem perpetuados pela população, os colocando como indivíduos improdutivos e reforçando a estigmatização do processo saúde-doença mental na sociedade (Cortes; Pinho; Passos, 2023).

Pesquisas internacionais, realizadas nos EUA e Canadá, demonstraram que o estigma frente às condições de saúde, dentre elas os transtornos mentais, está ligado a barreiras no atendimento prestado a esses usuários, gerando desde a oferta de qualidade inferior de cuidados até a completa omissão do mesmo à essas pessoas. É apontando a necessidade de reduzir o estigma dentro das unidades de saúde com a finalidade de melhorar e potencializar o cuidado em saúde mental prestado pelos profissionais (Nyblade *et al.*, 2019).

No Brasil, as mudanças na Política de Saúde Mental começaram a ser trabalhadas em 1970, porém a superação do estigma, através do incentivo ao acompanhamento dos usuários em serviços extra-hospitalares e de base comunitária, segue sendo uma ação que precisa ser reafirmada constantemente, pois a relação da loucura com a sociedade continua baseada na perpetuação de estereótipos, resultando na criação de cidadãos excluídos (Costa; Lotta, 2021).

Em relação às vulnerabilidades sociais, foram apontadas relações entre a existência das mesmas com o sofrimento psíquico. As transformações recentes, como urbanização rápida, aumento da população na periferia sem suporte público, entrada massiva de mulheres no trabalho sem apoio maternal adequado, crises econômicas e precarização do emprego, alteraram significativamente o estilo de vida no Brasil, intensificando desigualdades sociais e elevando os índices de adoecimento mental (Lopes, 2020).

Outros pontos relacionados ao sofrimento psíquico são o excesso de responsabilidade e preocupação com a criação dos filhos; preocupações financeiras e com trabalho; desamparo familiar; problemas conjugais e a; violência doméstica. Um estudo realizado com usuários que fazem uso de psicotrópicos evidenciou que dentre as queixas que os levaram a receber a prescrição dos medicamentos estas demandas estavam presentes (Molck; Barbosa; Domingos, 2021).

Quanto à manutenção da medicalização excessiva da saúde mental, profissionais da medicina referem que na maioria das vezes, por falta de recursos, os mesmos são deixados sem muitas alternativas não farmacológicas para o cuidado dos usuários, fazendo com que, dessa forma, que se tornem altamente prescritivos. No entanto, os demais profissionais da saúde apontam que grande parte dos médicos possui uma visão medicalizada da saúde mental e, sendo assim, iniciam o tratamento dos usuários com psicotrópicos como primeira escolha frequentemente, hipervalorizando os aspectos biológicos e deixando em segundo plano os aspectos sociais e psicológicos (Doblyté, 2020).

Observa-se que ainda persiste, na atenção básica, uma hegemonia do poder biomédico, em que o cuidado do usuário em sofrimento psíquico é centrado na figura do médico devido ao seu poder como prescritor. Estudos nacionais mostram que a medicação é quase uma alternativa exclusiva para o tratamento do sofrimento na APS, levando em consideração a demanda sintomática dos usuários, deixando de lado assim todo seu contexto biopsicossocial. Desse modo, os profissionais trabalham com a lógica da estabilização dos sintomas com o auxílio exacerbado dos psicotrópicos (Caminha *et al.*, 2021; Molck; Barbosa; Domingos, 2021).

Estudos demonstram que profissionais atuantes na APS quando não se sentem confortáveis ou estão frente a um caso mais complexo de saúde mental realizam o encaminhamento dos usuários a um nível especializado de atenção, sem buscar uma alternativa de tratamento e/ou acompanhamento dentro deste nível de atenção (Cardoso *et al.*, 2022; Poghosyan *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2023). Para profissionais que atuam no CAPS, essa reprodução de encaminhamentos sem uma avaliação adequada e ausência de

corresponsabilização no cuidado é uma repetição da lógica hospitalocêntrica fugindo dos princípios da RAPS (Souza, 2023).

Apesar das práticas na APS permanecerem centradas na medicalização do cuidado em Saúde Mental e nos encaminhamentos, algumas ações e condutas vão ao encontro da inversão da lógica manicomial. Profissionais demonstraram que buscam realizar seus atendimentos com uma postura acolhedora e ofertando uma escuta ativa aos usuários, porém encontram dificuldade nesse processo devido ao alto fluxo de pacientes nas unidades (Caminha *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada com enfermeiros atuantes na APS, demonstrou que a escuta terapêutica clínica está intrínseca a sua atuação profissional cotidiana, fazendo com que a mesma se torne um instrumento que permite, com maior facilidade, a introdução e aceitação dos tratamentos propostos ao usuário e, também, funcione como uma forma de redução de angústias e sofrimento psíquico dos mesmos (Gusmão *et al.*, 2022).

Outra ferramenta de cuidado ofertada na APS são os grupos terapêuticos e de convivência. Estudos mostram que a realização dessa prática só se torna possível quando há uma interação ou incentivo de profissionais do NASF ou de alguma outra equipe de apoio e, que na área da saúde mental é onde os profissionais mais tem dificuldades em manter a adesão dos usuários aos grupos (Almeida *et al.*, 2022; Pinheiro; Kantorski, 2020).

Todavia, uma pesquisa realizada com usuárias participantes de um grupo terapêutico de convivência evidenciou que o envolvimento com grupo tem um impacto positivo nas percepções de sofrimento mental, reduz o estigma, promove a tolerância e a participação comunitária. A utilização de tecnologias de baixo custo nas intervenções beneficia participantes e profissionais ao contribuir para a promoção da saúde mental. Isto reduz a necessidade de atendimentos individualizados e identifica solicitações específicas e ações importantes para a promoção e prevenção da saúde mental (Brunozi *et al.*, 2019).

Os grupos também são instrumentos que podem ser realizados de forma virtual, modelo bastante difundido durante a pandemia da Covid-19. Um relato de experiência recente, nessa modalidade, demonstrou a potência dos grupos de ajuda mútua para pessoas trans. O grupo foi formado com o objetivo de ofertar às pessoas trans um ambiente propício ao compartilhamento de experiências, abordando temas como: disforia com alguma parte do corpo, atendimento nos serviços de saúde, hormonização, ansiedade/depressão, solidão, entre outros. O grupo se mostrou como uma prática potente para a formação de vínculo, escuta, compartilhamento de experiências e informações à população transgênera, com impacto positivo na promoção da saúde mental da mesma (Cortes *et al.*, 2023).

Aliada aos grupos terapêuticos, as Práticas Integrativas e Complementares, também, constituem-se como intervenções aliadas ao cuidado em Saúde Mental na APS, elas são bastante empregadas em casos de transtornos mentais leves e graves; problemas familiares ou do trabalho, sociais e econômicas e; como alternativa ao uso de medicamentos (Aguiar; Kanan; Masiero, 2019).

As PICS são consideradas estratégias potentes na APS, pois consideram e valorizam os conhecimentos dos indivíduos, possuem efeito terapêutico e fornecem um entendimento amplificado do processo saúde-doença mental tanto para os usuários quanto para os profissionais, permitindo a concretização da atenção psicossocial e da oferta de uma atenção holística aos indivíduos em sofrimento mental (Muricy, 2021).

As PICS ocasionam acesso equitativo à saúde, sobretudo em dores, doenças crônicas e saúde mental. Incorporadas na APS, favorecem a resolutividade, promovem uso racional de serviços, fortalecem vínculos, empoderam indivíduos no autocuidado, valorizam saberes tradicionais e cooperam para um sistema de saúde mais resolutivo e sustentável (Amado *et al.*, 2020).

Um estudo qualitativo sobre dança circular, prática incluída as PICS em 2017, desenvolvido com usuários idosos em UBS demonstrou a diminuição do isolamento social e um pertencimento comunitário após a realização das práticas pelos mesmos. Felicidade, prazer e otimismo foram marcadores destacados pelos participantes frente a inserção dessa atividade em seus cotidianos, apontando a relevância das PICS no campo da promoção da saúde mental dos indivíduos (Silva *et al.*, 2021).

As ações extramuros também são evidenciadas como extremamente necessárias para o cuidado em saúde mental, nesse quesito identificou-se na figura do ACS um elemento essencial para a manutenção dessas práticas. O ACS está em contato frequente com o território, por ser morador do local onde atua, faz visitas domiciliares rotineiramente e, de modo geral, tem um vínculo estreito com a população, desse modo conseguem contribuir, tanto com o acolhimento quanto com a captação de casos de sofrimento psíquico no território (Almeida *et al.*, 2022; Cardoso, *et al.*, 2020).

O vínculo duradouro formado entre o ACS e a comunidade permite com que o mesmo assista os pacientes, em suas residências, acompanhe os tratamentos propostos e mantenha a Equipe de Saúde da Família informada sobre os casos de saúde mental de seus territórios (Lima *et al.*, 2021).

O vínculo é visto, de acordo com profissionais, como um fator vital para firmar um relacionamento de confiança entre os profissionais de saúde e os usuários, ele serve como base

fundamental para a assistência, pois permite a sensibilização do profissional diante das demandas dos usuários e faz com que os mesmos sintam que suas experiências são valorizadas dentro da rede (Cardoso *et al.*, 2022).

Um estudo realizado com equipes do NASF-AB evidenciou que esses profissionais também veem a potencialidade do vínculo com a comunidade como uma forma de ressignificar os processos de trabalho dentro do território e manter a longitudinalidade desse cuidado. Reforçam ainda a importância do vínculo entre os profissionais do NASF-AB com as eSF. Porém, os desafios para a manutenção desse vínculo são constantes, devido ao número de eSF assistido pelas equipes do NASF-AB, as particularidades de cada território e a ausência de um espaço físico próprio para os mesmos (Dias *et al.*, 2023).

Alguns estudos recentes trazem o reconhecimento dos trabalhadores da necessidade de uma prática fundamentada na lógica do apoio matricial, ou matriciamento, onde um grupo de profissionais fornece apoio às eSF através de encontros rotineiros, discussões de caso e suporte técnico-pedagógico às mesmas (Soares *et al.*, 2023).

Profissionais da equipe de matriciamento demonstram que o vínculo com os usuários e o território em si, favorece o atributo da longitudinalidade, diretriz norteadora das práticas do SUS, as práticas desses profissionais ocorrerem em diversos ambientes extramuros as unidades de saúde também é apontado como elemento aliado ao cuidado longitudinal (Silva; Oliver, 2020).

A assistência longitudinal e integral, evidenciada pela colaboração NASF-AB e a eSF, é capaz de promover uma abordagem holística, estimular autonomia na comunidade e favorecer a melhoria da qualidade na atenção à saúde, com condutas terapêuticas interprofissionais e relações intersetoriais (Dias *et al.*, 2023).

No entanto, o número de profissionais para atender às demandas de saúde mental é insuficiente frente ao tamanho da população adstrita dos territórios, associado a isto observa-se ainda a necessidade de qualificação dos profissionais que atuam na APS para abordagens frente ao sofrimento psíquico. Além disso, o produtivismo na área da saúde é notório, profissionais atuam com agendas lotadas, que passam por até 2 meses de fila de espera, e buscam soluções mais simplistas durante seus atendimentos como uma válvula de escape para assistir o maior número possível de sujeitos, buscando o alcance de metas e atendendo, assim, a lógica capitalista de produção (Cardoso *et al.*, 2022).

É evidenciado, ainda, que a carga horária dos profissionais do NASF é insuficiente diante do cenário atual da Saúde Mental no país, as contratações temporárias e ausência de

concursos públicos são citadas como dificultadores na garantia da longitudinalidade e do cuidado em uma lógica comunitária (Guimarães *et al.*, 2023).

Um estudo internacional, realizado na Nova Zelândia, com profissionais de um centro de cuidados em saúde mental com base territorial, demonstrou que os participantes do estudo também relatam escassez de RH e alta rotatividade dos profissionais na equipe. Além disso, as estruturas físicas dos edifícios onde são realizados os atendimentos foram pontuadas como insatisfatórias, não favorecendo a privacidade dos usuários (Craik, 2023).

Pesquisas realizadas tanto com usuários da APS quanto com profissionais de Saúde Mental que atuam no CAPS demonstraram a insatisfação dos mesmos com as estruturas físicas das unidades. Estruturas físicas inadequadas dificultam o processo de acolhimento dos usuários, enfraquecendo as construções de vínculos e conseqüentemente a atuação longitudinal (Fidelis *et al.*, 2021; Melo; Silva; Martelli, 2021).

Os profissionais que atuam na APS mencionam que existe também uma necessidade de ações de educação permanente e capacitações sobre Saúde Mental aos mesmos, para que possam identificar, acompanhar e ofertar um tratamento oportuno às pessoas em sofrimento psíquico (Pereira; Amorim; Gondim, 2020). Porém, percebe-se que é mais comum que aconteçam investimentos em cursos pontuais sobre a temática, e que a alta rotatividade dos profissionais da eSF, devido à falta de condições de trabalho, ocasiona a perda dos profissionais capacitados (Guimarães *et al.*, 2023).

Já se tem trazido para a discussão, em nível global, a relevância da realização de capacitações continuadas com profissionais e usuários que tiveram experiências vividas em saúde mental, os benefícios dessa prática envolvem: trazer a autorreflexão crítica dos participantes; maior compreensão sobre a realização do cuidado em SM; reflexão sobre os conhecimentos mútuos e; compartilhamento do poder (Harris *et al.*, 2023).

No Brasil, busca-se trabalhar em uma lógica de matriciamento, onde uma equipe de profissionais de diferentes categorias oferta apoio às equipes de referência na APS, essa equipe pode ser constituída tanto pelos profissionais do NASF, quanto do CAPS ou outros serviços especializados. As práticas trabalhadas dentro desse formato de cuidado permitem o encontro e o diálogo entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, favorecendo práticas colaborativas e promovendo, assim, a ampliação do cuidado integral aos usuários (Iglesias; Avellar, 2019).

Estudos nacionais, evidenciam que quando o matriciamento ocorre de modo efetivo, ele é apontado como o principal componente facilitador para a tomada de decisões e cuidado em saúde mental dentro do âmbito da APS, além de demonstrarem que, de modo geral, os

profissionais preferem trabalhar nessa lógica (Chazan *et al.*, 2019; Gusmão *et al.*, 2022). No entanto, os profissionais demonstram que ainda vivenciam várias dificuldades no desenvolvimento e concretização do Apoio Matricial na APS, como a pressão por atendimentos individuais pela equipe do NASF, ausência do suporte dos gestores e coordenadores e a resistência de alguns profissionais em trabalharem de forma colaborativa (Chazan *et al.*, 2019; Guimarães *et al.*, 2023).

O cuidado de forma colaborativa é associado a interprofissionalidade, a colaboração interprofissional é descrita como um processo complexo, pois depende de diversos fatores para sua concretização, como o compartilhamento de responsabilidades e da tomada de decisões; de afinidade entre os profissionais; interdependência e valorização dos saberes entre os colaboradores. Na APS, o apoio matricial é um espelho potente para a elaboração e conjectura da colaboração interprofissional (Queiroz *et al.*, 2021).

Um estudo quantitativo realizado com 544 profissionais que atuam na APS, através da utilização de dois instrumentos validados, evidenciou que os profissionais com o maior índice de práticas colaborativas interprofissionais são aqueles que trabalham em equipes com maior índice de participação, maior clareza quanto aos objetivos da equipe e aos papéis nela desempenhados (Vasconcelos *et al.*, 2024).

Dentro do campo da saúde mental, o trabalho interprofissional é descrito, pelos profissionais atuantes na APS, como fundamental para aprimorar a clínica dos mesmos, apontando que através da discussão de casos e compartilhamento de cuidados se tornaram menos medicalizadores, buscando com frequência atuar em conjunto com a equipe de saúde mental e ofertar outras alternativas de cuidado durante seus atendimentos (Rugkåsa *et al.*, 2020).

Através da colaboração interprofissional, percebe-se, ainda, que os profissionais desconstruem pensamentos perpetuados há muitos anos, como a ideia de que saúde mental é algo que deva ser abordado apenas por psicólogos, psiquiatras ou outros especialistas da área. A interprofissionalidade surge como um pilar para romper com a lógica médico-centrada dentro do campo da Saúde Mental, principalmente no momento em que ela propõe a horizontalidade das práticas em saúde (Faria *et al.*, 2022).

Os estudos revelam lacunas nas concepções dos profissionais de saúde frente ao processo saúde-doença mental, destacando a ausência de definições claras sobre o mesmo. O estigma em relação aos usuários em sofrimento psíquico, juntamente com estereótipos sociais, ergue barreiras para um cuidado eficaz e integral. A medicalização excessiva persiste na APS, demonstrando uma abordagem fortemente médico-centrada. Os desafios nesse nível de atenção,

como a insuficiência de recursos humanos e a ausência de infraestrutura adequada, corroboram para o comprometendo da implementação de estratégias de cuidado em saúde mental.

No entanto, ações como grupos terapêuticos e de ajuda mútua, PICS e o apoio matricial exibem-se como práticas promissoras, proporcionando uma compreensão mais ampliada do processo saúde-doença mental e contribuindo para a resolutividade. A interprofissionalidade, também, constitui-se como um componente transformador, desafiando a tradicional divisão de papéis na abordagem à saúde mental, dando impulso a práticas mais inclusivas e contribuindo para a construção de uma rede de cuidado integral e longitudinal na APS.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou analisar as concepções dos profissionais de saúde ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS. Os profissionais de saúde possuem concepções abrangentes diante do processo saúde-doença mental na APS, foi perceptível o reconhecimento da complexidade multifatorial desse processo, enfatizando o modelo capitalista de produção do trabalho e as vulnerabilidades sociais como componentes centrais no adoecimento dos usuários.

Os entrevistados reconheceram a alta prevalência do uso de antidepressivos pela população no território, e a atribuíram à insuficiência de alternativas terapêuticas na rede, refletindo a medicalização excessiva da demanda de saúde mental. Embora a APS seja vista como um espaço sensível para o cuidado frente ao adoecimento psíquico, foi demonstrada a continuidade da lógica de encaminhamento para níveis secundários ou terciários de atenção à saúde.

Diante das concepções dos profissionais foi evidenciada a necessidade de repensar práticas para romper com a supervalorização do caráter biológico, refletidos através da medicalização excessiva, do processo saúde-doença mental na APS e buscar alternativas que deem valor aos aspectos psicossociais envolvidos nesse processo. Alinhando-se com a compreensão de que as causas e consequências do adoecimento mental são intrinsecamente multifacetadas, promover uma abordagem mais integrada na APS tende a aprimorar a qualidade da assistência em saúde mental nesse âmbito da atenção.

Em relação às práticas e ações desenvolvidas na APS, o acolhimento e a escuta ativa foram destacados como ferramentas de grande resolutividade frente às demandas de saúde mental. As PICS são citadas como um recurso que auxilia na redução do uso de medicamentos dos usuários e que, ainda, auxiliam na firmamento do vínculo e no cuidado longitudinal. Os grupos, os atendimentos compartilhados e as discussões de caso se mostram como práticas coletivas essenciais nesse nível de atenção, porém frequentemente são realizadas apenas na presença de profissionais da psicologia ou do serviço social,

É preciso reforçar a importância de que todos os profissionais que trabalham na APS têm potencial para atuar frente às demandas de saúde mental, desconstruindo a ideia de que esse cuidado seja responsabilidade apenas de categorias específicas da área da saúde.

Os profissionais revelaram que o vínculo próximo com usuários, a compreensão das necessidades através da proximidade com o território, e a longitudinalidade do cuidado são

potencialidade dentro desse nível de atenção, demonstrando que esses elementos fortalecem a capacidade da APS em ofertar atendimentos em saúde mental.

A escassez de profissionais sobrecarrega a equipe, comprometendo a qualidade dos serviços. A ausência de ações de educação permanente para lidar com saúde mental, recursos físicos inadequados e falta de tempo, também, são desafios destacados. O produtivismo exigido pela gestão e a dificuldade de acesso a um apoio especializado, também, são apontados como fragilidades na APS.

A Atenção Primária à Saúde deve ser considerada como um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de saúde mental, pois através da proximidade com o território e a comunidade, permite a construção de um cuidado de base comunitária visando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda assim, diversas adversidades são pontuadas na realização dessas práticas, porém uma atuação colaborativa entre os profissionais é um dos elementos essenciais para a superação dessas dificuldades, pois desse modo ocorre o fortalecimento do vínculo entre a própria equipe, ampliação do conhecimento dos mesmos, redução da sobrecarga de trabalho e da necessidade de suporte dos demais níveis de atenção.

Em relação a interprofissionalidade, notou-se um consenso na valorização da colaboração entre diferentes categorias profissionais no contexto da APS. Os entrevistados destacaram a importância de integrar as potências de cada profissão para construir um entendimento coletivo sobre determinadas situações, validando os saberes individuais. Além disso, a interprofissionalidade foi associada, pelos entrevistados, à busca de profissionais de outras categorias para auxílio mútuo no atendimento dos usuários em sofrimento psíquico.

É necessário o reconhecimento de que a APS proporciona um ambiente favorável para práticas interprofissionais, principalmente através do apoio matricial, reforçando a importância de atuar em conjunto com um olhar voltado para a resolução coletiva de problemáticas encontradas no cotidiano do trabalho, ampliando assim a compreensão e a abordagem integrada no cuidado aos pacientes.

Como limitação do estudo assume-se que a realização do mesmo ocorreu apenas com profissionais de nível superior e, considera-se importante o desenvolvimento de estudos, também, com profissionais de nível médio. Em concordância com a natureza exploratória dessa pesquisa, espera-se que a mesma abra possibilidades para o desenvolvimento de novas investigações que explorem as concepções de profissionais da saúde diante da inserção de práticas de saúde mental no âmbito da APS.

Através desse estudo foi possível descrever, por meio das narrativas dos profissionais, as ações de saúde mental que vêm sendo desenvolvidas em um Centro de Saúde do município

em que ocorreu o estudo, indicando as potencialidades e fragilidades no desenvolvimento dessas ações. Os resultados desta pesquisa serão apresentados a Secretaria Municipal de Saúde com a finalidade de demonstrar os desafios identificados possibilitando que sirvam como subsídio para discussões de estratégias com a finalidade de superar essas dificuldades, e também como incentivo para o desenvolvimento de novas práticas de cuidado em saúde mental, além da busca por maior compreensão por parte dos profissionais e gestores das políticas já existentes.

Entende-se que as concepções dos profissionais de saúde são constituídas por meio de um conjunto de eventos que envolvem todo o histórico da assistência em saúde mental ao longo das décadas. Para superar as percepções relacionadas aos modelos da psiquiatria tradicional, sugere-se o incentivo às práticas de educação permanente constantes que abordem temas relacionados a essas demandas cotidianas dos profissionais, bem como o estímulo a atuações interprofissionais dentro da Atenção Primária à Saúde, tendo a lógica da atenção psicossocial como norteadora do cuidado em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

- AMADO, Daniel Miele; BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena; SANTOS, Layza Nogueira Dias dos; MELO, Lorena Toledo de Araújo; ROCHA, Paulo Roberto Sousa; ALBA, Rafael Dall. Práticas integrativas e complementares em saúde. **Aps em revista**, v. 2, n. 3, p. 272–284. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/150>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc saúde coletiva** [Internet], vol. 6, p. 2067–2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 26 mai. 2023.
- AGUIAR, Jordana; KANAN, Lilia Aparecida; MASIERO, Anelise Viapiana. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1205–1218, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5NdgGYwFCNsQPWZQmZymcqM/>. Acesso em: 16 jan. 2024.
- ALMEIDA, Daiane Leite de; ALVIM, Ronaldo Gomes; COTA, Ana Lúcia Soares; PEREIRA, Thalita da Silva. Saberes em saúde mental e a prática profissional na estratégia saúde da família. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, v. 9, n. 3, p. 27–42, 2022. DOI: 10.17564/2316-3801.2022v9n3. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/7865>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- ARANHA E SILVA, Ana Luisa; FOSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 6, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8zMC6L66PzSjtLykDf9nSCz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 mai. 2023.
- ARTHUR E AGUIAR, Neliane; COSTA, Rosane de Albuquerque. Os caminhos da loucura: recortes sobre o papel do louco e os cuidados em saúde mental na história. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.14, n.38, p.74-90, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69521/48708>. Acesso em: 25 mai. 2023.
- BARROS, Sônia et al. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 6, p. 1609-1617, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0743>. Acesso em: 25 mai. 2023.
- BAPTISTA, Juliana Ávila; CAMATTA, Marcio Wagner; FILIPPONN, Paula Gonçalves; SCHNEIDER, Jacó Fernando. Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** v.73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508>. Acesso em: 27 mai. 2023.
- BATISTA, Eraldo Carlos. A Saúde Mental e o Cuidado à Pessoa em Sofrimento Psíquico na História da Loucura. **Rev Enfermagem e Saúde Coletiva**, Faculdade São Paulo: FSP, 2018.

Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/341102947>. Acesso em: 26 mai. 2023.

BATISTELA, Mariana da Rocha; GARCIA, Andreia Sanches; OLIVEIRA, Daniela Emilena Santiago. Oficinas terapêuticas e a música no caps: contribuições para a saúde mental brasileira. **Intraciência Revista Científica**, v. 19, 2020. Disponível em: <http://www.uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20200522114251.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2023.

BRANDÃO, Beatriz; CARVALHO, Jonatas. Comunidade Terapêutica democrática ou nova racionalização de operação do poder psiquiátrico: referências históricas de sua emergência. **Revista Ingesta**, São Paulo, v.1, n. 1, mar. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistaingesta/article/view/151759/151750>. Acesso em: 14 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. HumanizaSUS. 1 ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 28 mai. 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 26 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 05 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**. 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). 2011. Disponível: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Saúde mental**. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de saúde da família. **Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília, Distrito Federal, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRUNOZI, Naipy Abreu; SOUZA, Samanta Silva; SAMPAIO, Cíntia Rosa; MAIER, Suellen Rodrigues de Oliveira; SILVA, Lilian Carla Vieira Gimene; SUDRÉ, Graciano Almeida. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000100447&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100447&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 jun. 2023.

CAMINHA, Emília Cristina Carvalho Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; PIRES, Ronaldo Rodrigues; CARVALHO, Rebeka Rafaella Saraiva; COSTA, Lourdes Suelen Pontes; LEMOS, Aline Mesquita; COSTA, Juliana Pessoa. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. **Saúde em Debate [online]**. v. 45, n. 128, p. 81-90, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112806>. Acesso em: 17 jan. 2024.

CARDANO, Mario. **Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação**. Tradução: Elisabeth da Rosa Conill. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

CARDOSO, L.C.B.; ARRUDA, G.O.; GIACON-ARRUDA, B.C.C.; PAIANO, M., PINHO, L.B.; MARCON, S.S. Processo de trabalho e fluxo de atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, v. 29, 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0191>. Acesso em: 19 jan. 2024.

CARDOSO, L.C.B.; MARCON, S.S.; RODRIGUES, T.F.C.S.; PAIANO, M.; PERUZZO, H.E.; GIACON-ARRUDA, B.C.C. Mental health assistance in Primary Care: perspective of professionals from the Family Health Strategy. **Rev Bras Enferm.**, v. 75, n. 3, 2022.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0326>. Acesso em: 18 jan. 2024.

CHAZAN, L. F., FORTES, S., CAMARGO JR., K. R. D., & FREITAS, G. C. D.. (2019). 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**, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290212>. Acesso em: 10 jan. 2024.

COELHO, L. A. M.; NUNES C. J. R.; FEITOSA C.A. Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica: um relato de experiência à luz do Arco de Magueréz. **Health Residencies Journal (HRJ)**, v. 4, p. 1-9, 2023. Disponível em:

<https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/692>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Comentários acerca da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde: alerta sobre os graves retrocessos da Reforma Psiquiátrica Brasileira em tempos sombrios**. 2018.

CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi; PASSOS, Bernardo Otto Sousa. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o processo saúde-doença mental. **Rev baiana enferm.**, vol. 37, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.51763>.

Acesso em: 27 jan. 2024.

CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi; ARAÚJO, Lorena Moura Pontes; PASSOS, Bernardo Sousa; CARQUEIJA, Aline Santos. Grupo papo trans: experiência de

ajuda mútua entre pessoas trans na pandemia – segunda edição. **Matinhos**, v. 16, n. 2, p. 473-491, jul./dez. 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/diver.v16i2.92505>. Acesso em: 20 jan. 2024.

CORTES, J. M. **Lugar de morar**: o cotidiano de pessoas com transtornos mentais em um serviço residencial terapêutico. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <http://DOI:10.11606/T.83.2017.tde-12052017-110329>. Acesso em: 25 jul. 2023.

COSTA, Marcelo Viana da; AZEVEDO, George Dantas; VILAR, Maria José Pereira. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. **Saúde debate [Internet]**, v. 43, p. 64-76, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s105>. Acesso em: 06 jun. 2023

COSTA, Marcelo Viana da. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? [recurso eletrônico]. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.

COSTA, Maria Izabel Sanches; LOTTA, Gabriela Spanghero. “From "mentally ill" to "citizens": historical analysis of the construction of political categories in mental health in Brazil.” **Ciência & saúde coletiva**, vol. 26, supl. 2, p. 3467-3479, 2021. Disponível em: <https://doi:10.1590/1413-81232021269.2.22712019>. Acesso em: 17 jan. 2024.

CRAIK, B.; DERRETT, S.; WYETH, E.H.; GREEN, M.; COX, A. Staff perceptions of the quality of care delivered in a New Zealand mental health and addiction service: Findings from a qualitative study. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 32, p.1072–1081, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inm.13141>. Acesso em: 19 jan. 2024.

DEL’OLMO, Florisbal de Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência (Florianópolis)**, n. 77, p. 197-220, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>. Acesso em: 27 mai. 2023.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; RODRIGUES, Paloma de Vasconcelos; MOITA, Marina Pereira; SILVA, Lielma Carla Chagas da; BRITO, Maria da Conceição Coelho. Núcleo Ampliado de Saúde da Família: análise a partir dos conceitos fundamentais e atributos do trabalho em equipe. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 28, n. 08, p. 2303-2312, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.06602023>. Acesso em: 19 jan. 2024.

DINIZ, Fernanda Rodrigues et al. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 21, 2022. Disponível em: [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38612022000100216&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612022000100216&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 jul. 2023.

DOBLYTĖ, Sigita. Under- or Overtreatment of Mental Distress? Practices, Consequences, and Resistance in the Field of Mental Health Care. **Qualitative Health Research**, v.30, n. 10,

p. 1503–1516. 2020. Disponível em: <http://doi:10.1177/1049732320918531>. Acesso em: 17 jan. 2024.

FARIA, D. L. dos S.; MODENA, C. M.; FERREIRA NETO, J. L.; SILVA, K. L. Saúde Mental e Interprofissionalidade: experiência de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Revista Polis e Psique**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 7–32, 2022. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/95881>. Acesso em: 20 jan. 2024.

FARINHA, Angélica Lucion; JAEGER, Fernanda Pires; MARCHIORI, Mara Regina Caino Teixeira Marchiori; BUDEL, Luciele Janner; COLOMÉ, Juliana Silveira. Educação interprofissional nas práticas de integração ensino-serviço-comunidade: perspectivas de docentes da área de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/JFGMsPzdjhwkKHt7yjLfGJK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2024.

FIDELIS, F. A. M.; BARBOSA, G. C.; CORRENTE, J. E.; KOMURO J. E.; PAPINI, S. J. Satisfação e sobrecarga na atuação de profissionais em saúde mental. **Esc Anna Nery [Internet]**, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0309>. Acesso em: 20 jan. 2024.

FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha; SOUZA, Maria Helena do Nascimento; CAVALCANTE, Daniela Ferreira Borba; ORFAO, Nathalia Halax; MENDES, Vanessa Ales; ALVES, Jéssica Cunha. Avaliação da integralidade na atenção primária à saúde da criança na perspectiva dos cuidadores. **Revista Enfermagem UERJ**, [S. l.], v. 28, p. e52548, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerej/article/view/52548>. Acesso em: 27 fev. 2024.

GABRIEL, Thiago Vilela. **A contrarreforma psiquiátrica: uma análise dos ataques à saúde mental pública** / Thiago Vilela Gabriel. - 2022. 40 f. Orientador: Flávia Helena Miranda de Araújo Freire. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Volta Redonda, 2022.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GUIMARÃES, Denise Alves; OLIVEIRA, Vanessa Cristina de Paiva; COELHO, Vívian Andrade Araújo; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da. Dificuldades no trabalho em saúde mental: percepção de trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na Macrorregião Oeste de Minas Gerais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333052>. Acesso em: 12 jan. 2024.

GUSMÃO, Ricardo Otávio Maia; VIANA, Tiê Menezes; ARAÚJO, Diego Dias de; TORRES, Jaqueline D'Paula Ribeiro Vieira; SILVA JÚNIOR, Rene Ferreira da. Atuação do enfermeiro em saúde mental na estratégia de saúde da família. **Journal of Health and Biological Sciences**, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v10i1.3721.p1-6.2022>. Acesso em: 19 jan. 2024.

HARRIS, H., CLARKIN, C., ROVET, J.; CRAWFORD, Allison; JOHNSON, Andrew Johnson; KIRVAN, Anne Kirvan; GRUSZECKI, Sam; WANG, Stephanie; SOKLARIDIS, Sophie. Meaningful engagement through critical reflexivity: engaging people with lived

experience in continuing mental health professional development. **Health Expect.**, v. 26, p. 1793-1798, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.13798>. Acesso em: 20 jan. 2024.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Matriciamento em Saúde Mental: práticas e concepções trazidas por equipes de referência, matriciadores e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1247-1254, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.05362017>. Acesso em: 09 jan. 2024.

KUCHENBECKER, Gustavo de Souza. Colaborar como membro de uma equipe multiprofissional. In: NEUMANN, Cristina Rolim; GERBASE, Margaret Weidenbach; BLANK, Danilo; CAPP, Edison. **Atividades profissionais confabificadoras essenciais para a prática médica**. Porto Alegre: UFRGS, 2019.

LAMB, Paolo Porciúncula; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; JUNQUEIRA, Cora Coralina dos Santos; NEVES, Robson da Fonseca; BARROS, Sara Virna Alves; ANDRADE, Augusto José Bezerra de. Práticas de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: percepções de trabalhadores. **Research, Society and Development**, v. 10, n.2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12674>. Acesso em: 20 jun. 2023.

LIMA, A.M.J.; ANDRADE, E.I.G; PERILLO, R.D.; SANTOS; A.F. Olhares sobre a assistência em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde em municípios de pequeno porte: emergência de práticas inovadoras. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200678>. Acesso em: 18 jan. 2024

LIMA, Rossano Cabral. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290101>. Acesso em: 20 jun. 2023.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Intervenções em saúde mental: um percurso pela reforma psiquiátrica brasileira**. 1. ed. São Paulo: Hucotec, 2020.

LOPES, C. de S.. Como está a saúde mental dos brasileiros? A importância das coortes de nascimento para melhor compreensão do problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00005020>. Acesso em: 17 jan. 2024.

MATOS, Graciele Silva; KAEFER, Carin Otilia; BITTENCOURT, Zelir. A construção do projeto terapêutico singular na perspectiva da intersetorialidade. **Disciplinarum Scientia.**, v. 19, n. 3, p. 425-447, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2703>. Acesso em: 15 ago. 2023.

MATTIONI, Fernanda Carlise; ROCHA, Cristianne Maria Famer; FARIA, Mateus Aparecido de. Análise das Emergências e Proveniências das Práticas de Promoção de Saúde Realizadas em um Serviço de APS. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 14, n. 2, pp. 3-19, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1854>. Acesso em: 28 mai. 2023.

MATTOS, M. P. de; GUTIÉRREZ, A.C.; CAMPOS, G. W. de S. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva [Internet]**, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.01472022>. Acesso em: 28 mai. 2023.

MELO, Denise da Silva, SILVA, Ana Lúcia Andrade da ; MARTELLI, Petrônio José de Lima. O direito à saúde no território: o olhar dos usuários para Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4569–4578, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10722021>. Acesso em: 20 jan. 2024.

MOLCK, B.V.; BARBOSA G.C.; DOMINGOS, T.S. Psicotrópicos e Atenção Primária à Saúde: a subordinação da produção de cuidado à medicalização no contexto da Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021. e200129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200129>. Acesso em: 17 jan. 2024.

MOREIRA, C.R.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S.; LARANJO, T.H.M. Harm reduction: trends being disputed in health policies. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 312-320, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671>. Acesso em: 29 mai. 2023.

MORO, Larissa Moraes; FERREIRA, Guilherme Severo; ROCHA, Kátia Bones Saúde Mental na Atenção Básica: Análise das Práticas de Apoio Matricial na Perspectiva de Profissionais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, 2020, p. 399-420. Universidade do Estado do Rio De Janeiro. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.52563>. Acesso em: 06 jan. 2023.

MURICY, Andrezza Lima. **Boas práticas em saúde mental comunitária: uma proposta de ordenação do cuidado em saúde mental a partir das práticas integrativas e complementares em saúde.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2021. Disponível em: [https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/dissertacao\\_mestrado\\_profsaude\\_andrezza\\_lima\\_muricy\\_2021\\_2.pdf](https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/dissertacao_mestrado_profsaude_andrezza_lima_muricy_2021_2.pdf). Acesso em: 18 jan. 2024.

NYBLADE, L.; STOCKTON, M.A.; GIGER, K.; BOND, V.; EKSTRAND, M.L.; LEAN, R.M.; MITCHELL, E.M.H.; NELSON, L.R.E.; SAPAG, J.C.; SIRAPRAPASIRI, T.; TURAN, J.; WOUTERS, E. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. **BMC Med**, v. 17, n. 25, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>. Acesso em: 17 jan. 2024.

OLIVEIRA, Argus Tenório Pinto de; GUIZARDI, Francini Lube; DUTRA, Evelyn de Britto. **Desafios da colaboração no trabalho interprofissional em saúde.** Editora Arca: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/46062/Desafios?sequence=2>. Acesso em: 19 jun. 2023.

OLIVEIRA, Bárbara Siteneski. **No cruzamento entre sistema de justiça e rede de atenção psicossocial (RAPS): estudo sobre a implementação da política de saúde mental.** Dissertação. 130f. (Mestrado em Políticas Públicas). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/224129>. Acesso em: 28 mai. 2023.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa.** 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Gabinete da Rede de Profissões de Saúde.** Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa-oms.pdf/>. Acesso em: 03 jun. 2023.

PEDUZZI, Marina. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: RAMONA, Fernanda Ceriotti Toassi. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? [recurso eletrônico]**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 24 jun. 2023.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M. da .; SOUZA, H. S. de. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação E Saúde**, v. 18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 24 jun. 2023.

PEREIRA, R. M. P.; AMORIM, F. F.; GONDIM, M. DE F. DE N. A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190664>. Acesso em: 05 jun. 2023.

PEREIRA, Sarah Salvador; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa; GONÇALVES, Angélica Martins de Souza; PROTTI-ZANATTA, Simone Teresinha; MARCHETTI, Priscila Maria; ZERBETTO, Sonia Regina. Redução de danos no contexto de substâncias psicoativas: discursos da enfermagem da atenção primária à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**, v. 55, p. 01-08, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0529>. Acesso em: 28 mai. 2023.

PEREIRA, S. S.; ZERBETTO, S. R.; NÓBREGA, M. P. S. S.; SILVEIRA, R. W. M.; GONÇALVES, A. M. S.; PROTTI-ZANATTA, S.T. Harm reduction conceptions: speeches of Primary Health Care nursing professionals. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 1, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0021>. Acesso em: 28 mai. 2023

PERES, Maria Angélica de Almeida et al. Twenty years of the brazilian psychiatric reform: meanings for psychiatric and mental health nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 31. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0045en>. Acesso em: 26 jun. 2023.

PINHEIRO, Guilherme Emanuel Weiss; KANTORSKI, Luciane Prado. Ações de cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde: contribuições do apoio matricial. **Revista de Atenção à Saúde**, v.18, n. 66, p. 55-68, out./dez., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n66.7320>. Acesso em: 17 jan. 2024.

PITTA, Ana Maria Fernandes; GULJOR, Ana Paula. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades**, Salvador, n. 246,

jan./abr., p. 6-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14>. Acesso em: 24 jun. 2023.

POGHOSYAN, L.; NORFUL; A. A.; GHAFARI, A.; GEORGE, M.; CHHABRA, S.; OLFSON, M. Mental health delivery in primary care: The perspectives of primary care providers. **Archives of psychiatric nursing**, v. 33, n. 5, p. 63–67. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.08.001>. Acesso em: 16 jan. 2024.

QUEIROZ, Neila Alves de; BARBOSA, Fernanda Elizabeth Sena; DUARTE, Wellington Bruno Araujo. Uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde por profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 33, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333037>. Acesso em: 18 jan. 2024.

ROTOLO, A; SILVA, MRS da; SANTOS; AM dos; OLIVEIRA, AMN de; GOMES GC. Mental health in Primary Care: challenges for the resoluteness of actions. **Esc Anna Nery [Internet].**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0303>. Acesso em: 24 jun. 2023.

RUGKÅSA, J.; TVEIT, O.G.; BERTEIG, J. et al. Collaborative care for mental health: a qualitative study of the experiences of patients and health professionals. **BMC Health Serv Res**, v. 20, n. 844, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05691-8>. Acesso em: 18 jan. 2024.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**, vol. 1, n. 2, p. 170-179. Maio/julho, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23/22> Acesso em: 05 jun. 2023.

SANTOS, Bruna Antonia Borba dos; MOMBELLI, Monica Augusta; VIEIRA, Rafaelly Gomes; LOPES, Anália Rosário. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde em Município de Médio Porte. **Pleiade**, v. 17, n. 39, p. 37-47, 2023. Disponível em: <http://doi.org/10.32915/pleiade.v17i39.926>. Acesso em: 15 jan. 2024.

SANTOS, Jomábia Cristina Gonçalves dos; ALENCAR, Andressa Aires; NASCIMENTO, Tayrine Huana de Sousa; LIMA, Antonia Renata Lopes; VALENTIM, Farley Janusio Rebouças. Acolhimento aos pacientes com necessidades de saúde mental na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Iguatu-CE. **Revista de APS**, [S. l.], v. 23, n. 3, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/30407>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SILVA, Isa Bruna Lopes da; LEMES, Jéssica Ferreira; ARRUDA, Guilherme Oliveira de; SILVA, Naiara Gajo. **Atuação da estratégia saúde da família em saúde mental em município de médio porte**. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/8227>. Acesso em: 16 jan. 2024

SILVA, Juscelino Junio Honorato. **As violações aos direitos humanos nos tratamentos psiquiátricos da antiguidade e sua integração na atualidade**. Monografia. 56f. (Bacharel em Direito). UniEvangélica, Anápolis, 2019. Disponível em: <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/handle/aee/8616>. Acesso em: 23 mai. 2023

SILVA, Kelly Maciel; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; DURAND, Michelle Kuntz; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; THOLL, Adriana Dutra; BELAUNDE, Aline Megumi Arakawa. O significado da dança circular no imaginário da pessoa idosa. **Rev bras geriatr gerontol [Internet]**, v. 24, n. 3, 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210076>. Acesso em: 27 jan. 2024.

SILVA, Larissa Kellen Pereira da; SOUZA, Aline Aparecida Costa de; FIGUEIREDO, Luanne Marcelle Vaz; SOUZA, Poliana Pereira de; SIQUEIRA, Julianny Rodrigues; DIAS, Lucas Silva; REZIO, Larissa de Almeida; BITTENCOURT, Marina Nolli; CASSOL, Linikhennia Silveira Blank. Projeto terapêutico singular no cuidado interprofissional em saúde mental na atenção primária: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 9, n.12, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i12.11025>. Acesso em: 05 jun. 2023.

SILVA FILHO, José Adelmo da; SILVA, Cicero Rafael Lopes da; MARQUES, Anna Polianna Batista Ferreira; NÓBREGA, Riani Joyce Neve; PINTO, Antônio Germane Alves. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Nursing (São Paulo)**, v. 23, n. 262, p. 3638–3642, 2020. DOI: 10.36489/nursing.2020v23i262p3638-3642. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/485>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SILVA, R. A. S.; OLIVER, F. C. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 784–808, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2029>. Acesso em: 19 jan. 2024

SOARES, Antonia Gêssica dos Santos; SOUZA, Hueder Rocha de; BARROSO, Iandara Lopes Dias; VELOSO, Luzimar Silva Lima; SÁ JÚNIOR, Pedro Pereira de Carvalho; DINIZ, Rodrygo de Moura; OLIVEIRA, Silvania Silva de; GOMES, Vitoria Regina de Sousa. Apoio matricial em saúde mental na atenção básica: percepção dos enfermeiros. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.9, n.2, p.6825-6841, 2023. Disponível em: <http://doi.org/10.34117/bjdv9n2-047>. Acesso em: 03 jan. 2024.

SOARES, N. S. A., FERNANDES, M. A.; RIBEIRO, H. K. P.; ROCHA, D. M., RIBEIRO, I. A. P. Harm reduction in primary healthcare: an integrative review of care strategies. **Rev Esc. Enferm USP.**, v. 54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018051803591>. Acesso em: 23 mai. 2023.

SOUZA, Alana dos Santos de; CORTES, Helena Moraes; PINHO, Paula Hayasi. Serviços de atendimento móvel de urgência frente às emergências psiquiátricas: uma revisão narrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 20, p. 72-80. 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.19131/rpesm.0229>. Acesso em: 17 jan. 2023.

SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A.L. Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n.6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>. Acesso em: 05 jun. 2023.

SOUZA, Denílson Rodrigues de. **Saúde mental e atenção básica**: características do cuidado ofertado no município de Francisco Morato. Monografia (Especialização). Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Curso de Especialização em Saúde Coletiva. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/03/1418951/tcc-denilson-rodrigues-de-souza.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2024.

VASCONCELOS, J.; PROBST, L.F.; SILVA, J.A.M.; COSTA, M.V.; HIGASHIJIMA, M.N.S.; SANTOS, M.L.M.; SOUZA, A.S.; CARLI, A.D. Factors associated with interprofessional collaboration in Primary Health Care: a multilevel analysis. **Ciênc. saúde coletiva [Internet]**, v. 29, n. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.10572022>. Acesso em: 22 jan. 2024.

VEDANA, Kelly Graziani Giacchero; SOUZA, Jacqueline de; RODRIGUES, Jeferson; SOUZA, Ian Jacques de. Reflexões sobre as políticas de saúde mental no Brasil a partir de marcos históricos e legislativos. **Research, Society and Development**. v. 13. 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i1.44653>. Acesso em: 27 fev. 2024.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

#### Centro de Ciências da Saúde

#### Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família – REMULTISF

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado(a) profissional de saúde: \_\_\_\_\_, Você está sendo convidado a participar como voluntário da pesquisa **“Concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde”**.

O presente documento contém todas as informações relevantes sobre a pesquisa a ser conduzida. Sua colaboração neste estudo é de extrema importância, no entanto, a decisão de participar é inteiramente sua. Recomendamos que leia cuidadosamente todas as informações abaixo, sem pressa, para que possa tomar sua decisão.

É importante ressaltar que sua decisão de participar ou desistir da pesquisa em qualquer momento não acarretará nenhum prejuízo para você. Caso opte por participar, solicitamos que assine o documento que segue. Em caso de dúvidas, estamos à disposição para esclarecê-las. Você pode entrar em contato com o responsável pela pesquisa para obter as informações necessárias. Esclarecemos que:

1. O motivo que nos leva a estudar este tema é a necessidade de compreender como ocorre o processo de implementação das ações de saúde mental desenvolvidas na APS pela

equipe multiprofissional de saúde e qual a importância dada às mesmas dentro desse nível de atenção.

2. O objetivo deste trabalho é analisar as concepções dos profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país.

3. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa terá um enfoque qualitativo, através da aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado, com duração média de 20 minutos, será escolhido um local conveniente para você para a realização das perguntas de forma presencial, conforme sua disponibilidade. A entrevista será gravada, e em seguida será realizada a transcrição do áudio, existe a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, porém nos esforçaremos para evitá-la e buscaremos minimizar qualquer constrangimento decorrente da gravação.

4. Quanto aos benefícios desta pesquisa pode-se destacar a identificação das concepções dos profissionais de saúde que atuam na APS diante das ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como quais são as principais ações que os mesmos desempenham durante seu cotidiano de trabalho. Espera-se conhecer as potencialidades e desafios do trabalho interprofissional frente ao cuidado em saúde mental prestado pelos profissionais atuantes na APS.

5. O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos profissionais ao responderem os itens do roteiro de entrevista, bem como podem evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis aos participantes. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão realizadas individualmente, em ambiente privado e em local confortável para o entrevistado. A privacidade e o anonimato dos participantes serão preservados. Para isso, os instrumentos de coleta de dados serão numerados de acordo com a sequência em que ocorre a coleta de dados, esse número, vinculado às iniciais de sua categoria profissional, substituirá o nome do participante. Sabendo-se dos riscos, caso em algum momento durante a entrevista, o participante sinta-se constrangido a entrevista será imediatamente suspensa e o residente

realizará uma escuta qualificada e em seguida, caso seja necessário, acompanhará o participante até o serviço de psicologia do Hospital Universitário. Reforça-se que o participante poderá desistir da sua participação no estudo a qualquer momento.

6. Se durante o decorrer da pesquisa surgirem dúvidas ou se por qualquer motivo você precisar de auxílio, sinta-se à vontade para procurar a orientadora deste trabalho Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Moraes Cortes, e-mail [helena.cortes@ufsc.br](mailto:helena.cortes@ufsc.br), ou no endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciência da Saúde, bloco CCS, Sala 303 - Bloco I, Rua Delfino Conti, Trindade, Florianópolis ou o residente enfermeiro David Andrey da Silva, no telefone: (47) 99230-7169, e-mail: [davidandrey1989@gmail.com](mailto:davidandrey1989@gmail.com), ou endereço: Rua Protenor Vidal, 275 – Pantanal, Florianópolis.

7. As informações obtidas no estudo serão confidenciais, ou seja, o seu nome não será mencionado e em caso de publicação científica, os seus dados serão analisados em conjunto, não sendo possível sua identificação, garantindo o sigilo.

8. A participação nessa pesquisa é voluntária e não terá nenhum custo ou vantagem financeira. Contudo, se houver alguma despesa relacionada à sua participação na pesquisa, será reembolsado conforme prevê a legislação atual. Além disso, em caso de algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, você receberá a devida indenização, conforme estabelecido por lei.

9. Você receberá uma cópia impressa deste TCLE assinada pelo residente. Os documentos assinados, bem como os dados coletados com o roteiro de entrevistas serão guardados pelo pesquisador por um período de 5 anos e após este período serão destruídos. O participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado e também, tem liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

10. O CEPESH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de

padrões éticos. Caso você tenha alguma dúvida, reclamação ou denúncia sobre este estudo você pode também contatar ou dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH - UFSC) através do endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, 7º andar, sala 701, Trindade, 88040-400, Florianópolis, SC, Brasil, no telefone (48) 3721-6094 ou e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

11. O pesquisador responsável e a orientadora, comprometem-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, legislação vigente no Brasil, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa, bem como a resolução 510/2016 que complementa a anterior.

Agradecemos a sua participação!

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2023.

---

Assinatura participante

---

Assinatura pesquisador

## **APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**

### **Conhecendo o perfil dos entrevistados:**

1. Gênero:
2. Idade:
3. Formação / categoria profissional:
4. Tempo de Formação:
5. Tempo de Atuação na APS:
6. Possui alguma especialização, mestrado, doutorado ou pós-doutorado? Em que área?

### **Questões direcionadas às concepções frente às ações de saúde mental desenvolvidas na APS:**

1. Durante a sua formação você teve contato com ações de saúde mental voltadas para a atenção primária à saúde? Se sim, como foi esse contato?
2. Fale-me sobre as concepções / compreensões / ideias que você tem de quem sofre mentalmente bem como do processo de cuidar destes usuários no contexto da APS.
3. Quais ações, que você consideraria, de saúde mental você desenvolve durante seu processo de trabalho diário na APS?
4. Conte-me um atendimento em saúde mental que ilustra sua atuação profissional.
5. As ações de saúde mental que você desempenha durante o seu processo de trabalho costumam ser individuais?
6. O que você entende por interprofissionalidade? Existe alguma prática/ação/conduita que você realize e a considere interprofissional?
7. Como ocorre a discussão das ações ou cuidado em saúde mental entre você e os demais profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde?
8. Como você avalia o cuidado multiprofissional em saúde mental ofertado pela APS?
9. Fale-me sobre as potencialidades das ações de saúde mental na APS.
10. Fale-me sobre os desafios das ações de saúde mental na APS.

## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de Anuência da Instituição



Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Secretaria Municipal de Saúde  
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 15 de Agosto de 2023.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado **“CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE ÀS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”** do pesquisador responsável DAVID ANDREY DA SILVA. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto no âmbito da sua rede assistencial de saúde. Autoriza-se, portanto, a sua execução de acordo com o combinado com a comissão de pesquisa, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH, ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade dos serviços. O período de execução será acordado entre comissão de pesquisa e pesquisador e será, em princípio, de 6 meses, a contar da data de apresentação do parecer favorável do CEP para esta comissão, podendo ser prorrogado, se necessário.

Documento assinado digitalmente  
gov.br EVELISE RIBEIRO GONCALVES  
Data: 15/08/2023 08:25:48 -0300  
Verifique em <https://validar.itf.gov.br>

---

Evelise Ribeiro Gonçalves  
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPs  
Secretaria Municipal de Saúde  
Prefeitura Municipal de Florianópolis

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** DAVID ANDREY DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73585423.9.0000.0121

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.306.906

#### Apresentação do Projeto:

As informações que seguem e as elencadas nos campos "Objetivo da pesquisa" e "Avaliação dos riscos e benefícios" foram retiradas do arquivo PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_...pdf, de 28/08/2023, preenchido pelos pesquisadores.

Segundo os pesquisadores:

#### Resumo:

As concepções da loucura passaram por diversas modificações ao longo dos anos, tendo assumido aspectos associados ao caráter mágicoreligioso, desequilíbrio e processos naturais, médico-moral, dependendo, ainda, da cultura em que o indivíduo estivesse inserido, porém é notório um padrão de segregação e exclusão do louco para com a sociedade. No Brasil, a reorganização dos serviços ofertados ao indivíduo em sofrimento

psíquico só passou a ocorrer em meados de 1970 com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, porém apenas em 2001 ocorre a aprovação da Lei n. 10.216/2001 que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde Mental, assegurando a proteção e os direitos das pessoas

portadoras de transtornos mentais, foi garantida a progressiva extinção dos manicômios e sua substituição por outras soluções assistenciais, ultrapassando o modelo hospitalocêntrico. Dentre estes serviços substitutivos podemos destacar os dispositivos da Atenção Primária à Saúde (APS). A

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.306.906

APS permite que os profissionais de saúde estejam muito próximos do cotidiano das pessoas e é um ponto altamente estratégico na prestação de cuidados em saúde mental, pois facilita o contato frequente entre profissionais e usuários, o reconhecimento da comunidade em que o usuário está inserido e o fortalecimento de vínculos, possuindo assim, aspectos fundamentais para a implementação de intervenções específicas para esse público. A colaboração entre profissionais de diferentes categorias, ou seja, um cuidado interprofissional, permite uma compreensão abrangente do paciente, desenvolvimento de planos de tratamento apropriados, gerenciamento de riscos e crises, abordagem centrada no paciente e continuidade dos cuidados de longo prazo. O objetivo geral deste estudo é analisar as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país. Para atingir esse propósito será aplicado um roteiro de entrevista com perguntas fechadas e abertas, a profissionais de saúde inseridos na atenção primária do município de pesquisa. O anonimato dos participantes será mantido, a fim de minimizar os riscos de constrangimento dos mesmos. Os dados serão tratados, agrupados e analisados de acordo com análise das narrativas de Mario Cardano. Diante desse contexto histórico, de avanços e retrocessos, do (des)conhecimento do cuidar Saúde Mental na APS, surge a necessidade de abordar essa temática, com esse estudo espera-se conhecer e discutir as concepções dos profissionais de saúde sobre ações de saúde mental na Atenção Primária. Espera-se, com esse trabalho, conhecer e discutir sobre a concepção dos profissionais de saúde que atuam nas unidades de Atenção Primária à Saúde diante das ações de saúde mental desenvolvidas pelos mesmos. Mapeando, assim, estas ações, analisando as potencialidades e limitações dos profissionais frente ao cuidado em saúde mental, e utilizando estas informações como subsídio para o desenvolvimento de novas práticas de saúde mental no município, bem como, o aperfeiçoamento das ações voltadas para o atendimento deste público já instituídas nas unidades, fortalecendo assim o envolvimento dos profissionais de saúde com as questões de saúde mental no âmbito da atenção primária.

**Hipótese:**

Tem-se como pressuposto que se há uma compreensão das ações de saúde mental e um comprometimento dos profissionais de saúde atuantes na APS com o desenvolvimento dessas práticas em suas práticas cotidianas, o atendimento ofertado

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.306.906

ao usuário em sofrimento psíquico ou com algum transtorno mental pode ser ampliado.

**Metodologia Proposta:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória descritiva. A pesquisa qualitativa é relevante pois atua com uma forma de observação mais próxima e harmonizada com as características do objeto que está sendo estudado. Pode-se dizer que a pesquisa qualitativa responde de forma específica a uma imposição geral que retome o inteiro domínio da pesquisa social, acompanhando então, a complexidade dos fenômenos em estudo (CARDANO, 2017). A abordagem exploratória é bastante empregada frente a temas que costumam ser pouco abordados, ou onde há dificuldade na formulação de hipóteses sobre os mesmos. Em grande parte dos casos, esses estudos atuam como um primeiro passo para uma pesquisa mais ampla e aprofundada, comumente são empregadas técnicas de levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o objeto estudado (Oliveira, 2016). As pesquisas descritivas, associadas às exploratórias, são as mais empregadas em casos onde os pesquisadores sociais preocupam-se com a atuação prática. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal realizar a descrição de determinado fenômeno, uma de suas características é a coleta de dados padronizada, através de questionários ou observação sistêmica, são muito utilizadas onde em estudos onde busca-se descobrir opiniões, crenças e atitudes de uma população (Gil, 2019). A investigação será realizada em um Centro de Saúde, inserido na Atenção Primária à Saúde, de uma capital do Sul do país. Este Centro de Saúde conta com 7 equipes de saúde da família, 2 equipes de saúde bucal, sendo acompanhados por uma equipe multiprofissional com profissionais da psicologia, fisioterapia, serviço social, nutrição, educação física, farmácia e acupuntura. O acesso

ao campo se dará por meio de contato prévio com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e o projeto de pesquisa será submetido à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde (CAPPS) que atua com a avaliação de pesquisas que envolvem a rede de saúde para autorização da sua execução. Também será submetido à direção do serviço um termo de autorização de entrada em campo, que conterà a anuência do Gestor Municipal, concordando com a realização do estudo. Apenas após o aval do gestor, e posterior aprovação do presente projeto no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH - UFSC), o residente dará início a coleta dos dados para posterior análise. O recrutamento dos participantes se dará

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.306.906

através de contato via e-mail institucional, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, ou presencialmente no Centro de Saúde onde será realizada a pesquisa. Os procedimentos de coleta de dados serão iniciados mediante ao termo de anuência da Secretaria de Saúde de Florianópolis (ANEXO 1) e

somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obrigatoriamente. A coleta de dados será realizada através de um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE 2), que será desenvolvido pelo residente. Define-se como população deste estudo, os profissionais de saúde com ensino superior atuantes em um Centro de Saúde da APS que trabalham no Distrito Sanitário onde a pesquisa será realizada e, que após convite feito via e-mail institucional, ou presencialmente no Centro de Saúde, e orientação verbal feita pelo residente, frisando a voluntariedade, aceitarem participar. Após o aceite inicial, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o termo será elucidado e será oportunizado tempo para leitura do mesmo, possíveis dúvidas serão sanadas pelo residente e após entendimento da pesquisa, o aceite será oficializado através da assinatura do TCLE. Maiores informações, vide Projeto de Pesquisa original em anexo.

**Critério de Inclusão:**

Profissionais de saúde de nível superior inseridos em um Centro de Saúde da APS do Distrito Centro no município de Florianópolis.

**Critério de Exclusão:**

Profissionais Residentes e; outros profissionais que estejam de férias ou afastados das suas funções por qualquer razão.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país.

**Objetivo Secundário:**

Descrever as ações de saúde mental desenvolvidas pela equipe multiprofissional de saúde no

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 6.306.906

âmbito da atenção primária à saúde de uma capital do Sul do país. Discutir sobre a interprofissionalidade frente às ações de saúde mental desenvolvidas na APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

O estudo apresenta risco mínimo aos participantes, devendo-se considerar o risco de constrangimento dos profissionais ao responderem os itens do roteiro de entrevista, bem como podem evocar memórias e mobilizar sentimentos nem sempre agradáveis aos participantes. Para minimizar os riscos, as entrevistas serão realizadas individualmente, em ambiente privado e em local confortável para o entrevistado. A privacidade e o anonimato dos participantes serão preservados. Para isso, os instrumentos de coleta de dados serão numerados de acordo com a sequência em que ocorre a coleta de dados, esse número, vinculado às iniciais de sua categoria profissional, substituirá o nome do participante. Sabendo-se dos riscos, caso

em algum momento durante a entrevista, o participante sinta-se constrangido a entrevista será imediatamente suspensa e o residente, que é enfermeiro, realizará uma escuta qualificada e em seguida, caso seja necessário, acompanhará o participante até o serviço de psicologia do Hospital Universitário. Reforça-se que o participante terá acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado e também, tem liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios desta pesquisa pode-se destacar a identificação das concepções dos profissionais de saúde que atuam na APS diante das ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como quais são as principais ações que os mesmos desempenham durante seu cotidiano de trabalho. Espera-se conhecer as potencialidades e desafios do trabalho interprofissional frente ao cuidado em saúde mental prestado pelos profissionais atuantes na APS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Informações retiradas primariamente do formulário com informações básicas sobre a pesquisa gerado pela Plataforma Brasil e/ou do projeto de pesquisa e demais documentos postados, conforme lista de documentos e datas no final deste parecer.

Trabalho Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de DAVID ANDREY DA SILVA, orientado pela Profa. Dra. Helena Moraes Cortes, docente do

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.306.906

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratória descritiva.

Os dados serão tratados, agrupados e analisados de acordo com análise das narrativas de Mario Cardano e objetiva analisar as concepções de profissionais de saúde frente às ações de saúde mental desenvolvidas em um Centro de Saúde da APS de uma capital do Sul do país. O recrutamento dos participantes se dará através de contato via e-mail institucional, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, ou presencialmente no Centro de Saúde onde será realizada a pesquisa. Os procedimentos de coleta de dados serão iniciados mediante ao termo de anuência da Secretaria de Saúde de Florianópolis e somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta de dados será realizada através de um roteiro de entrevista com perguntas abertas e fechadas, que será desenvolvido pelo residente após convite feito via e-mail institucional, ou presencialmente no Centro de Saúde. Após o aceite inicial, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE apresentado atende a todas as exigências da Resolução CNS nº466/12.

Financiamento: [ próprio ].

País de origem: [ Brasil ].

Número de participantes no Brasil: [ 20 ].

Previsão de início da coleta de dados: [ 01/10/2023 a 30/11/2023 no formulário PB ].

Previsão de término do estudo: [ 31/01/2024 no formulário PB ].

**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."

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 6.306.906

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências ou inadequações, pela aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2197448.pdf	28/08/2023 17:08:50		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_NOVA_VERSAO.pdf	28/08/2023 17:08:29	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_anuencia_da_Secretaria_Municipal_de_Saude.pdf	25/08/2023 21:56:12	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Outros	ROTEIRO_DE_ENTREVISTA.pdf	25/08/2023 21:49:37	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_DAVID.pdf	25/08/2023 21:48:12	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/08/2023 18:32:20	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	17/08/2023 18:31:45	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	17/08/2023 18:29:54	DAVID ANDREY DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 18 de Setembro de 2023

Assinado por:  
Luciana C Antunes  
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 701  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br