

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL**

JAQUELINE NAIBERT

**DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Porto Alegre

2020

JAQUELINE NAIBERT

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Camila Giugliani

Linha de pesquisa: Processos de Ensino na Saúde

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Naibert, Jaqueline
Diretrizes para Educação Permanente em Saúde Mental
na Atenção Primária / Jaqueline Naibert. -- 2021.
137 f.
Orientadora: Camila Giugliani.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Educação Continuada. 2. Saúde Mental. 3. Atenção
Primária. I. Giugliani, Camila, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Tenho muitíssimo a agradecer por ter chegado até aqui a esta conclusão de um grande sonho que era fazer o mestrado. Por isso digo:

Obrigada meu senhor Deus Altíssimo, Onipotente e Bom, o senhor me conduziu abrindo os caminhos para que eu fizesse o mestrado, utilizando as pessoas que ajudaram nesta caminhada como seu instrumento, e sei que queres que eu sempre faça uso da ciência, de tudo que aprendi e continuarei aprendendo, para o bem comum, para sempre fazer o bem.

Agradeço a minha mãe do coração, a Helena, que sempre me incentivou a fazer o mestrado e sempre que eu desistia de tentar, ela dizia que no momento certo as portas se abriam, e se abriram.

Meu muito obrigada pela minha orientadora Professora Camila Giugliani, grande apoiadora, incentivadora, que me ajudou muito neste percurso do mestrado, teve paciência de me ensinar, me escutar durante vários momentos difíceis que surgiram durante o mestrado e ela estava sempre ali para me apoiar, caminhou comigo. Meu super abraço com muito carinho.

Agradeço muito a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por todo suporte, ensinamento e oportunidade de fazer parte da história de uma das melhores Universidades do país, muito orgulho de ser mestre formada nesta Universidade. Aos queridos professores e professoras do mestrado que nos conduziram com tanta sabedoria, compartilhando seus conhecimentos conosco, nos incentivando, nos ajudando a sermos pessoas e profissionais cada vez melhores. A todas as pessoas da secretaria do PPG, ao pessoal da portaria, da higienização. A grande família que foi a nossa turma do mestrado, uma turma aonde não existia “panelinha”, um dava apoio para o outro, muitas risadas, confraternizações, partilhas de momentos difíceis no trabalho, uma turma que deixará muita saudade.

Um agradecimento muito especial também a cada participante desta pesquisa que com seu tempo reservado para realizar o diálogo comigo me enriqueceram muito com suas partilhas. Agradeço a acolhida que esta pesquisa teve por cada um e cada um deles e delas desde antes mesmo da confecção do projeto. Um grande abraço com carinho a cada um e cada uma.

Ao Dr. Roberto Issler, pediatra, docente da UFRGS que me fez o convite para eu fazer o projeto para tentar uma vaga neste mestrado, que acompanhou e

acreditou no meu trabalho na ESF aonde eu atuava e um dia, no meio de uma manhã, ele subiu até a Unidade que eu trabalhava e me perguntou se eu gostaria de fazer o mestrado. Então fizemos o projeto e fui selecionada. A ele minha grande gratidão.

A Dra. Enfermeira Christine Wetzel, docente da UFRGS e minha amiga, que me ajudou muito nesta caminhada do mestrado, dedicando seu tempo para me apoiar no que eu precisasse, sempre se colocando a disposição, incansável. A ela meu grande abraço com muito carinho.

A Dra. Enfermeira Mariane Machado, uma amiga muito querida que me ajudou muito também nesta caminhada e se colocava sempre a disposição para me ajudar sempre que precisasse. Um abraço Mari.

A designer Iasmine Paim Nique da Silva que nos ajudou com sua arte para confecção do nosso referencial para Educação Permanente. Um abraço.

Agradeço a todos e todas que compartilham comigo deste grande momento.

[...] o diálogo nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois polos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação.

(Paulo Freire)

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem o cuidado em saúde mental como um grande desafio na atualidade, e suas equipes, da forma como estão estruturadas, não têm se mostrado suficientemente preparadas para enfrentá-lo. Os espaços de educação permanente voltados para a saúde mental ainda são incipientes, e, assim, grande parte dos profissionais se sente insegura e despreparada para lidar com o sofrimento psíquico dos usuários. **Objetivo:** Propor diretrizes para a Educação Permanente em Saúde Mental na APS. **Metodologia:** Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, trazendo a percepção de diferentes atores envolvidos no cuidado em saúde mental, incluindo profissionais de saúde, gestores, agentes do controle social e representantes do meio acadêmico. A coleta de dados se deu por meio de diálogos problematizadores desencadeados a partir de duas perguntas disparadoras: Quais os nós da atenção à saúde mental na APS? Como a educação permanente pode ajudar a desatá-los? Os momentos de encontro tiveram como base teórica as categorias freireanas do diálogo e da problematização. Os diálogos ocorreram em encontros virtuais individuais, por vídeo chamada, cumprindo com as recomendações para enfrentamento da pandemia por COVID-19. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido em formato eletrônico. Os diálogos foram gravados em áudio, para servirem de referência para as anotações da pesquisadora, e foram analisados com base no seu conteúdo, à luz das questões norteadoras. **Resultados:** Foram realizados diálogos com 30 pessoas, evidenciando cinco grandes categorias temáticas: assistência, gestão, saúde do trabalhador, trabalho em rede e pandemia COVID-19. Dentro de cada uma, surgiram subcategorias: capacitação, estigma e preconceito, modelo de cuidado, processos de trabalho, modelo de gestão, infraestrutura e recursos humanos, comunicação e informação, saúde mental do trabalhador, comunicação e integração da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e intersetorialidade. Com base nos nós identificados, foram elaboradas, em um segundo momento, as diretrizes para educação permanente, configurando uma construção participativa para qualificar o cuidado em saúde mental. **Considerações finais:** Os participantes identificam que a educação permanente em saúde é uma grande chave para qualificar os atendimentos e o acompanhamento em saúde mental. Apontam também a importância de que os temas que forem abordados em capacitações ou seminários sejam praticados no cotidiano do trabalho. Tanto para a pesquisadora, como para os participantes, os diálogos trouxeram muitos aprendizados, sendo a própria coleta um processo de educação permanente. Foi uma experiência freireana de aprendizado, onde a própria pesquisa gerou reflexões fruto da interação e do diálogo, transformando o conhecimento das pessoas envolvidas. **Produto:** Foram elaboradas diretrizes para educação permanente em saúde mental na APS, que poderão ser usadas como guia para qualificar o cuidado em saúde mental.

Descritores: Educação Continuada. Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) has mental health care as a major challenge nowadays, and its teams, as they are structured, have not been sufficiently prepared to face it. Permanent education spaces focused on mental health are still incipient, and, thus, most professionals feel insecure and unprepared to deal with the users' psychological suffering. **Objective:** to propose guidelines for Continuing Education in Mental Health in PHC. **Methodology:** Exploratory study with a qualitative approach, bringing the perception from different actors involved in mental health care, including health professionals, managers, social control agents and representatives of the academic environment. Data collection took place through problematizing dialogues set off by two triggering questions: What are the knots of mental health care in PHC? How can continuing education help to untie them? The meeting moments had as theoretical basis the Freirean categories of dialogue and problematization. The dialogues took place in individual virtual meetings, by video call, complying with the recommendations for confronting the COVID-19 pandemic. All participants signed an informed consent form in electronic format. The dialogues were recorded in audio, to serve as a reference for the researcher's notes, and were analyzed based on their content, in the light of the guiding questions. **Results:** Dialogues were held with 30 people, highlighting five major thematic categories: care, management, worker's health, networking and the COVID-19 pandemic. Within each one, subcategories emerged: training, stigma and prejudice, care model, work processes, management model, infrastructure and human resources, communication and information, worker's mental health, communication and integration of the Psychosocial Care Network (RAPS) and intersectionality. Based on the identified knots, guidelines for continuing education were developed, setting up a participatory construction to qualify mental health care. **Final considerations:** Participants identify that continuing education in health is a great key to qualifying care and monitoring in mental health. They also point out the importance that the themes that are covered in training courses or seminars are practiced in the daily work. Both for the researcher and for the participants, the dialogues brought a lot of learning, and the collection itself is a process of permanent education. It was a Freirean learning experience, where the research itself generated reflections resulting from interaction and dialogue, transforming the knowledge of the people involved. **Product:** Guidelines for continuing education in mental health in PHC were developed, which can be used as a guide to qualify mental health care.

Keywords: Continuing Education. Mental health. Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Descrição dos participantes do estudo.....	32
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AD	Álcool e/ou drogas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EESCA	Equipes Especializadas de Saúde Integral da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
EPSM	Educação Permanente em Saúde Mental
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESMA	Equipe de Saúde Mental Adulto
GDGCC	Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal
GERCON	Gerenciamento de consultas
IMESF	Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PESM	Plantão de Emergência em Saúde Mental
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
3 CENÁRIO ATUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE	27
4 OBJETIVOS	30
4.1 Objetivo Geral.....	30
4.2 Objetivos Específicos	30
5 METODOLOGIA	31
5.1 Tipo de Estudo	31
5.2 Local do Estudo	31
5.3 Participantes do estudo	32
5.3.1 Como aconteceu a aproximação com os participantes	33
5.3.2 Primeiro momento do contato com os participantes.....	33
5.3.3 Segundo momento do contato com os(as) participantes.....	35
5.4 Coleta de dados	35
5.5 Análise dos dados	36
6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
7.1 Categoria 1 - Nós relacionados à assistência	39
7.1.1 Aspectos relacionados à capacitação	39
7.1.2 Estigma e Preconceito relacionados à saúde mental.....	46
7.1.3 Modelo de cuidado	48
7.1.4 Processos de Trabalho.....	51
7.2 Categoria 2 – Nós relacionados à gestão	55
7.2.1 Modelo de gestão	55
7.2.2 Infraestrutura e recursos humanos.....	63
7.2.3 Comunicação e informação.....	66
7.3 Categoria 3 - Nós relacionados à saúde do trabalhador	70
7.3.1 Cuidado com a saúde mental do trabalhador.....	71
7.3.2 Sofrimento do trabalhador relacionado a questões trabalhistas.....	72
7.4 Categoria 4 - Nós relacionados ao trabalho em rede	75

7.4.1 Comunicação e integração da RAPS	75
7.4.2 Intersetorialidade	78
7.5.1 Demanda de atendimento de pacientes de SM da APS	80
7.5.2 Saúde mental do usuário.....	83
7.5.3 Fórum da RAPS	84
7.5.4 Saúde mental do trabalhador	84
8 PRODUTO: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA	86
8.1 Sugestões de temas relacionados à assistência em saúde mental e de processos para organizar estratégias de EPS.....	88
8.2 Reuniões de equipe como espaço de EPS	91
8.3 Saúde do trabalhador no centro da EPS	92
8.4 EPS e apoio matricial à distância	92
8.5 Aspectos relacionados à EPS envolvendo os processos de gestão.....	94
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS.....	116
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	127
ANEXO A – PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA ..	128

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pelo campo do cuidado em saúde mental, ou seja, cuidar da pessoa que está em sofrimento ou que tenha doença mental, começou em 2014, quando fui trabalhar em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi desde então que comecei a participar de consultas conjuntas de matriciamento em saúde mental com a psiquiatra do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Eu falei para a psiquiatra que tinha receio, insegurança, e por isso não me sentia capaz de realizar o cuidado junto a essas pessoas, embora me esforçasse. Eu não sabia o que fazer diante de algum sofrimento que o usuário me verbalizava, parecia que eu tinha que dar solução para aquele problema. Depois percebi, ao longo dos atendimentos, que não era isso.

A psiquiatra foi aos poucos me orientando após cada atendimento que fazíamos juntas, me explicava o porquê de ela ter optado por essa ou aquela conduta, foi me dizendo que eu era capaz sim de atender, de acompanhar, dentro das minhas competências enquanto enfermeira, claro, mas fazíamos um trabalho interdisciplinar muito bom.

Com o passar do tempo, comecei a me sentir mais capaz, perdendo o medo e a insegurança, e comecei a agendar pacientes para mim também, para acompanhar os casos que íamos atendendo, bem como pessoas que vinham chegando por demanda espontânea, ou através do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou do técnico de enfermagem. E assim passei a me identificar muito com o campo da saúde mental, se tornando a área com que mais me identifico dentre todas as que atendemos na ESF, até porque em todos atendimentos (clínicos, programas de Pré-natal, Pra Nenê, saúde da mulher, saúde do homem), sempre abordo como as pessoas estão se sentindo emocionalmente, porque a saúde mental é transversal a tudo.

Percebi também que atender uma pessoa que está com sofrimento é ter uma postura de acolhimento para com ela ou ele, é escutar sem preconceito, é se dispor a ajudar, dar um abraço muitas vezes, salvo agora em tempos de pandemia pela COVID-19, que nos obriga a manter o distanciamento, conforme orientado pelas autoridades de saúde. É também entender que cada pessoa é diferente, e, portanto, a forma como essa pessoa manifesta seus sofrimentos também é diferente.

O cuidado no domicílio também é muito importante. Às vezes tem pessoas que estão de tal maneira em sofrimento que nem têm condições de vir até a unidade para uma escuta. Nessas situações, a gente vai até elas, já conhece aonde mora, o contexto da família, faz a escuta, e depois com o tempo a pessoa passa a frequentar a Unidade de Saúde (US), podendo necessitar dos atendimentos domiciliares novamente, quando tiver recaídas, e assim vai.

Os usuários de álcool e drogas e as pessoas em situação de rua costumam requerer um tempo maior para criar confiança, pois frequentemente eles ou elas já se sentem rejeitados nas suas relações.

Com isso, a equipe percebeu minha forte identificação com a área da saúde mental, e eu verbalizava muito isto também. Assim, fui me tornando referência para a equipe, a enfermeira da saúde mental. Quando chegavam na Unidade pessoas em situação de rua, os colegas me chamavam para atender, porque sabiam que eu gostava muito.

Então, um dia em uma reunião do matriciamento em saúde mental, após uma consulta conjunta entre eu e a psiquiatra, falei para ela que achava que estava na hora de fazermos uma educação continuada com as equipes da Unidade, porque eu percebia nos colegas a mesma insegurança que eu tinha em atender essa demanda e achava que ter somente uma profissional de referência não era uma coisa boa, pois não favorecia o cuidado por toda a equipe. A psiquiatra aceitou o desafio de prepararmos uma atividade de educação continuada para as equipes da Unidade de Saúde em que eu atuava. Éramos quatro equipes lá na época.

Em 2016, nós duas fizemos vários encontros para preparar essa atividade, objetivando criar um espaço de discussão e educação permanente em saúde mental, no sentido de promover o cuidado integral à saúde e a melhoria da qualidade da atenção ofertada, bem como o fortalecimento do apoio matricial. Nesse processo, ficou evidenciado, através de dinâmicas de grupo e de exposição dialogada, que os profissionais têm anseio por qualificação no atendimento dessas demandas, que são cada vez mais crescentes na Atenção Primária em Saúde (APS).

Nos encontros de educação permanente, os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas diziam não ter tido uma formação acadêmica adequada em saúde mental, principalmente no contexto da APS, e isso os deixava inseguros no atendimento desses pacientes. Os ACS também referiram

ter dificuldade, tanto no acolhimento dentro da unidade, quanto nas visitas domiciliares aos usuários com demandas de saúde mental. Não sabiam o que perguntar, às vezes tinham medo que os usuários surtassem, além de sentirem insegurança, especialmente no atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Na história dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, há uma formação acadêmica deficitária no cuidado a pessoas portadoras de doença mental, sendo essa formação realizada majoritariamente no ambiente hospitalar e/ou em ambulatórios especializados em psiquiatria, sem mostrar as particularidades do adoecimento psíquico na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2011a).

Foram, no total, oito encontros de educação continuada. Ao final, os participantes avaliaram a atividade como muito boa, tanto para subsidiar o cuidado em saúde mental, como para ir perdendo o medo e a insegurança, bem como para a própria integração e saúde mental dos(das) trabalhadores(as) das equipes.

Um dia, uma pessoa da nossa gerência distrital pediu que a psiquiatra e eu fôssemos em uma reunião de enfermeiros que a gerência promovia, para falar sobre acolhimento em saúde mental na APS, e então, fomos eu e uma outra colega enfermeira falar sobre isso no encontro, e os participantes expressaram seu anseio por Educação Permanente em Saúde (EPS) na área de saúde mental.

Diante deste contexto, percebi a importância de efetivar a EPS como um dispositivo para potencializar e qualificar a APS no cuidado em saúde mental, diminuindo as barreiras de acesso às pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e melhorando o cuidado ofertado.

E o mestrado profissional me possibilitou a efetivação de uma EPS no campo da saúde mental, como poderemos ver no decorrer desta pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um esforço político com a participação de movimentos populares, profissionais de saúde, e da sociedade civil. O comprometimento desses grupos motivou a criação de uma agenda de debates positiva, dentro de um movimento de discussões sobre a reforma sanitária, para a promoção de direitos sociais. (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Como uma estratégia para melhorar o desempenho Político-Institucional do SUS, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria 4279 de dezembro de 2010, criou as diretrizes para estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de superar a fragmentação do cuidado e da gestão das regiões de saúde e de garantir ao usuário ações e serviços que contemplem suas necessidades com eficiência. A RAS pode ser definida como arranjos organizativos de práticas e serviços de saúde de distintas densidades tecnológicas, que operam por meio de um processo integrado entre suporte técnico, logístico e de gestão, visando assegurar a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

Segundo o MS, a AB ou APS, nesta pesquisa usadas como sinônimos, deverá ser a principal porta de entrada e o ponto central de comunicação da RAS, assumindo o papel de coordenadora da atenção e ordenadora das práticas e serviços que a rede oferece. Para ampliar e fortalecer a APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem a Saúde da Família como sua estratégia principal. (BRASIL, 2017).

São consideradas atribuições principais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no SUS: ser suporte do sistema de saúde, estando a unidade básica o mais próximo possível das pessoas e da comunidade, ser resolutiva e ser coordenadora do cuidado, acompanhando o usuário e organizando o fluxo deste na RAS. (HARZHEIM; MENDONÇA, 2013).

Em 2005, em uma Conferência Regional de Reforma de Saúde Mental promovida pela Organização Pan-americana de Saúde, para avaliar o contexto da política de Saúde Mental, o MS ressalta no seu relatório que a ESF, indiscutivelmente, tem sido, um grande avanço da política do SUS nos últimos anos. Sua atuação se destaca pela perspectiva de integralidade do cuidado em saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e pela obtenção de relevantes resultados para a saúde coletiva. Refere também que a AB se depara cada vez mais

com questões de saúde mental no seu cotidiano. (BRASIL, 2005).

O relatório menciona também que, em função de a AB estar mais próxima das famílias que atende, é um recurso estratégico no enfrentamento de problemas de saúde pública, ressaltando os problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, bem como outros sofrimentos psíquicos. Ressalta ainda que “todo problema de saúde é também – e sempre- de saúde mental-, e que toda saúde mental é também – e sempre- produção de saúde”. (BRASIL, 2005, p. 33). Nesta lógica, faz-se muito importante e necessária a articulação da saúde mental com a AB. (BRASIL, 2005).

Nesta perspectiva, um estudo que objetivou analisar estratégias desenvolvidas na cidade do Rio de Janeiro para inclusão de ações de saúde mental na AB refere que a integração das ações de saúde mental nesse contexto nos desafia a inovar o cuidado, no sentido de promoção da saúde mental na comunidade, no encontro com o usuário, bem como a criar novas tecnologias na abordagem ao portador de sofrimento psíquico. (SOUZA, 2012).

Nesse sentido, o cuidado em saúde mental na APS tem um grande potencial no propósito do cuidado integral, sem separar corpo e mente, sem segregar a pessoa que sofre ou que tenha um transtorno mental. Os profissionais da APS têm o privilégio de estar inseridos dentro da comunidade, próximos do usuário, possibilitando conhecer a realidade local, cuidar de cada um e cada uma conforme suas necessidades, estabelecer uma relação de confiança, com empatia.

Leite *et al.* (2018) afirmam que a tecnologia da atenção em saúde mental requer um comprometimento diferenciado por parte dos profissionais, pois se constitui a partir da formação de vínculo com o usuário. O cuidado é centrado na pessoa e não na doença, com suas particularidades e especificidades.

No Plano de Ação sobre Saúde Mental 2013-2020, da Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre as ações propostas, está o desenvolvimento de recursos humanos para melhorar o conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde generalistas, entre outros, a fim de que possam identificar usuários com transtornos mentais e disponibilizar tratamento e suporte apropriados, ou fazer o encaminhamento, quando indicado, para outros níveis de atenção (OMS, 2013).

Também, na Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Rio Grande do Sul, existe um trabalho de inserção transversal da saúde mental em todas as políticas de atenção à saúde, estando entre as prioridades: o fortalecimento

da AB e a estruturação da atenção em rede, a fim de assegurar a qualidade do acesso e a continuidade do cuidado. (RIO GRANDE DO SUL, [2020?]).

Da mesma forma, no Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre (quadriênio 2018-2021), um dos eixos prioritários é a qualificação das ações e dos serviços de saúde, garantindo a integralidade da atenção e o avanço na ampliação e qualificação de condições de saúde prioritárias, dentre elas, a saúde mental. (PORTO ALEGRE, 2017). Dentre os eixos privilegiados para as ações de saúde mental no município está a qualificação da APS. E como um dos desafios, está a retaguarda e capacitação permanente da AB para as ações de saúde mental, incluindo álcool, drogas e infância. (PORTO ALEGRE, 2018). No entanto, mesmo entendendo que o cuidado em saúde mental na APS é estratégico, por envolver condições de saúde altamente prevalentes, este é um assunto que ainda gera muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais da saúde. (BRASIL, 2013). Com vistas à qualificação das equipes, ambas instâncias, estadual e municipal, contemplam a promoção de ações de EPS para profissionais, gestores, familiares e usuários.

Assim, a APS tem como um dos seus desafios o cuidado em saúde mental, contudo, os profissionais não se sentem seguros para oferecer um cuidado adequado em saúde mental aos seus usuários e os espaços de educação permanente em saúde mental ainda são incipientes.

Nesta direção, um estudo que se propôs a identificar as estratégias de educação em saúde preconizadas e desenvolvidas aos trabalhadores da AB pelos gestores, na região norte e noroeste do RS, evidenciou que havia escassez, incipiência, falta de projetos de EPS no território pesquisado. Foi identificado que os gestores dos municípios desta região tinham desconhecimento ou não se interessavam no sentido de instituir ações educativas de maneira organizada conforme a necessidade dos trabalhadores e usuários. O estudo aponta que a EPS é muito relevante no que se refere ao desenvolvimento dos profissionais da saúde, os quais, apropriados de uma cultura educativa poderão propor e efetivar ações de educação em saúde permanente aos usuários com o propósito de prevenção e promoção da saúde. (SILVA *et al.*, 2017a).

Em 2017, foi realizada uma atividade de educação continuada, com periodicidade mensal, na ESF onde a pesquisadora atuava havia seis anos, organizada e coordenada pela pesquisadora, juntamente com a psiquiatra do NASF.

Ao longo dos encontros de educação continuada, foi perceptível que muitos dos profissionais da equipe se sentiam inseguros para lidar com conteúdos relacionados ao sofrimento psíquico, não sabendo como agir diante do usuário, com tendência a dissociar a mente do corpo e a medicalizar os sintomas.

A partir dessa experiência de educação continuada, surgiu a motivação para esta pesquisa, que busca contribuir para o fortalecimento da Educação Permanente em Saúde Mental na APS para qualificar o cuidado em saúde mental. Acreditamos ser um caminho para que os profissionais possam ser mais resolutivos, colocando suas práticas em análise. O produto desta pesquisa, um referencial de educação permanente em saúde mental na APS, poderá servir como base para revisar os processos de trabalho, tanto na perspectiva dos profissionais como dos gestores. A proposta aqui apresentada poderá inspirar outras ESF pelo Brasil afora, dada a devida atenção às especificidades locais, pois os desafios postos são os mesmos vivenciados por muitas outras equipes. Os usuários com sofrimento ou doença mental se beneficiam muito da atenção com profissionais capacitados, mais seguros, com um olhar integral de saúde, que praticam o cuidado baseado no território. Sentir-se acolhido, escutado, com um profissional que caminha junto com ele ou ela no cuidado em saúde, faz toda diferença, especialmente na saúde mental.

Além disso, esta pesquisa pretende contribuir para aprofundar os conhecimentos na intersecção entre saúde mental e educação permanente em saúde, trazendo referências teóricas pertinentes, junto com as contribuições dos participantes nos diálogos realizados ao longo da pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Dentre as manifestações de luta voltada para o coletivo na área da saúde no Brasil, destaca-se o processo da Reforma Psiquiátrica, que se iniciou na década de 70, contemporâneo do movimento sanitário. Esses movimentos se propuseram a reestruturar os modelos de assistência e de gestão, bem como de defesa da saúde coletiva, da equidade no acesso aos serviços de saúde. Neles, sobressaiu-se o envolvimento de trabalhadores e de usuários nos processos relativos à gestão e às tecnologias do cuidado em saúde. A Reforma Psiquiátrica rompeu com o modelo centrado no procedimento psiquiátrico, que segregava as pessoas consideradas doentes mentais, considerando-as incompetentes para participar da sociedade. A proximidade da relação entre a Reforma psiquiátrica, o movimento sanitário e o SUS propiciou uma potencialização desses movimentos, que, juntos, iniciaram complexas transformações no que diz respeito à compreensão de saúde e à doença mental. (BRASIL, 2015).

A Reforma Psiquiátrica ocasionou fortes transformações na maneira de compreender os transtornos mentais, baseando-se em uma recomendação de desinstitucionalização que procura substituir o modelo biomédico e hospitalocêntrico pelo cuidado no território em conjunto com a APS. (LIMA; GONÇALVES, 2020).

Uma pesquisa de revisão sobre o tema da Saúde Mental na Atenção Básica em periódicos de Saúde Coletiva no período 1997 a 2007 apresentou como se deu a proximidade entre a APS e a Saúde Mental. Os autores referem que a inquietação com relação às demandas de Saúde mental na APS, por parte do MS, começou em 2001. Nesse período, a Coordenação de Saúde Mental desenvolveu uma oficina com o objetivo de discutir o Plano Nacional de Inclusão de Ações de Saúde Mental na Atenção Primária. Em abril de 2002, houve um Seminário Internacional sobre Saúde Mental na APS, e, em julho de 2003, foi realizada uma oficina de Saúde Mental no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, denominada “Desafios da integração com a rede básica”. Em novembro do mesmo ano, foi editada, pela Coordenação de Saúde Mental em conjunto com a Coordenação de Gestão da AB, a circular nº01/03, intitulada “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – Inclusão das ações de saúde mental na AB”. A partir desse documento, inicia-se uma aproximação com a proposta do Apoio Matricial em Saúde mental para as equipes da APS. (GAMA; CAMPOS, 2009).

O apoio matricial foi uma proposição de Campos e Domitti (2007), no contexto de uma linha de pesquisa direcionada à transformação das organizações e do trabalho em saúde. Futuramente, a proposta foi assumida pelos serviços de saúde mental, bem como da rede básica e dos hospitais da cidade de Campinas, SP. Após algum tempo, essa metodologia de cuidado foi incorporada por programas do MS-Humaniza -SUS, Saúde Mental e APS. O objetivo do apoio matricial em saúde é garantir retaguarda especializada para os profissionais que atuam na atenção aos problemas de saúde.

Os profissionais que matriciam partilham conhecimentos com os profissionais da APS e promovem educação para a população, em especial no que se refere à saúde mental e aos seus transtornos, como por exemplo: no cuidado no território através das visitas domiciliares, orientações tendo em vista a realidade em que cada usuário vive, nas consultas conjuntas com os profissionais da APS e o usuário aonde são ofertados métodos alternativos de tratamento não medicamentosos, nos grupos de usuários nas unidades de saúde onde a equipe do NASF participa juntamente com a equipe da ESF, no vínculo que se faz com o usuário. A educação em saúde mental pode ser longitudinal no seguimento do matriciamento, problematizando e promovendo ações de cuidado no território, conforme as diferentes demandas. (BRASIL, 2011a).

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, a aproximação entre a saúde mental e a APS se deu a partir da efetivação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), aprovado em 20 de maio de 1992 através da Lei Complementar 277. (PORTO ALEGRE, 1992). Nesse mesmo ano, foram realizadas as primeiras conferências municipais, salientando-se como um marco histórico a I Conferência Municipal de Saúde Mental, que teve como desdobramento a construção do I Plano Municipal de Saúde Mental. No decorrente ano, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, e como ato para efetivá-la em nível municipal, o CMS forma a Comissão Municipal de Saúde Mental, cujas funções incluíam discutir proposições para a constituição de um plano de Saúde Mental. (LIMA, 2015).

A cidade de Porto Alegre assumiu a gestão plena da saúde em 1996. O período de 1997-1998, quando o município introduzia a gestão plena, foi marcado pela prioridade de instituir a rede de atenção básica à saúde, o que repercute também na saúde mental. No mesmo período, começam a ser organizadas as equipes de saúde mental nos distritos da cidade, mediante a constituição de

ambulatórios vinculados às gerências distritais. Assim, deu-se a primeira movimentação de aproximação entre saúde mental e atenção básica. (LIMA, 2015).

O II Plano de Saúde Mental foi o último a ser formulado, em 2005, quando mudou a gestão municipal. Entre as prioridades desse plano, destaca-se a interconsulta, o que reforça a importância dos espaços que articulam saúde mental e AB. (LIMA, 2015). A interconsulta se caracteriza como uma atividade colaborativa entre profissionais de áreas distintas. Há várias formas de interconsultas: desde discussões de casos com toda equipe ou com alguns profissionais, até consultas conjuntas e visitas domiciliares realizadas pelos matriciadores junto com a equipe matriciada. (BRASIL, 2011a).

Considera-se que a APS tem uma atuação primordial no campo da saúde mental, colaborando, com seus conhecimentos específicos, para aumentar a capacidade de resolução das equipes, com o suporte do apoio matricial em saúde mental. Assim, objetiva-se superar o modelo centrado no serviço especializado, que acaba fracionando o campo da saúde mental. (JORGE; SOUSA; FRANCO, 2013).

O apoio matricial na ESF, especialmente no campo a saúde mental, é realizado pelo NASF, criado em 2008 através da Portaria nº154 do MS. Entre seus objetivos, estão a ampliação da abrangência e da resolubilidade das ações da atenção básica e a promoção da EPS junto à ESF (BRASIL, 2008). O apoio matricial em saúde mental assume, assim, um papel fundamental no processo de EPS junto aos profissionais das equipes da APS, contribuindo para um cuidado mais resolutivo e um trabalho interdisciplinar mais fortalecido, qualificando o cuidado em saúde mental no território.

A saúde mental, como campo de conhecimento e atuação, é caracterizada por grande complexidade. Sua abordagem exige um trabalho que transpassa várias áreas do conhecimento.

Lancetti e Amarante (2012) referem que a expressão “saúde mental”, sem dúvida, possui vários significados. O mais frequente é relativo à concepção de uma área profissional ou de um campo de atuação. É bastante usual ouvir as pessoas dizerem que trabalham com saúde da criança, saúde da família ou saúde mental, dentre outros. Então, propõe uma concepção de saúde mental que está relacionada a um campo de atuação ou a uma área de conhecimento relativos à saúde mental das pessoas. Portanto, falar de saúde mental diz respeito a uma grande área do conhecimento e de atividades determinadas por suas especificidades, envolvendo a

transdisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Nesse sentido, Amarante (2007) fala que são poucas as áreas de conhecimento e de ação na saúde que possuem tamanha complexidade, com tantos saberes transversais e intersetoriais. A saúde mental não está baseada em somente uma área do conhecimento, no caso, a psiquiatria, tampouco é exercida por um único tipo de profissional, o psiquiatra. A saúde mental está relacionada a um amplo leque envolvendo muitos conhecimentos.

A atenção à pessoa que está em sofrimento psíquico ou que tem algum transtorno de saúde mental, especialmente quando realizada dentro do território da ESF, tem assumido importância crescente, especialmente no contexto atual em que vivemos, com a pandemia da COVID 19.

Segundo a OMS, 10% da população global, o que corresponde a cerca de 700 milhões de pessoas, apresentam algum transtorno de saúde mental (ONU, 2015). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a saúde mental é uma das áreas que recebem menor atenção na saúde pública. No mundo, aproximadamente um bilhão de pessoas têm algum transtorno mental, três milhões de pessoas morrem todos os anos por causa do uso danoso do álcool e a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio. Além disso, a pandemia pela COVID-19, que já atingiu bilhões de pessoas no planeta, está ocasionando um efeito adicional na saúde mental da população. (OPAS, 2020).

O cuidado em saúde mental, especialmente para os profissionais da APS, costuma gerar insegurança e, muitas vezes, um sentimento de impotência diante da pessoa que sofre ou que tem algum transtorno de saúde mental. Uma pesquisa realizada na região macrometropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que fez uma análise das práticas de cuidado em saúde mental na atenção básica, demonstrou que existe um sentimento de angústia nos profissionais quando há um caso envolvendo pacientes de saúde mental, e que estes parecem não saber o que fazer com a situação, diferentemente das demais demandas. Esse mesmo estudo também apontou que há uma falta de preparo dos profissionais para realizarem a escuta dos usuários com problemas de saúde mental. (PAULON; PROTÁSIO; TSCHIEDEL, 2018).

Outro estudo, uma revisão sistemática da literatura realizada em 2013, incluindo estudos publicados entre 2007 e 2012, apontou fragilidades nos serviços de APS em relação ao acolhimento à pessoa portadora de transtorno mental, por

exemplo: o caráter prescritivo e autoritário, a falta de preparo dos profissionais para lidar com questões relacionadas ao sofrimento psíquico e à subjetividade na assistência, a medicalização dos sintomas, a dificuldade de estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência. (MULLER; MORENO, 2013).

Na mesma linha, um estudo transversal a respeito do cuidado em saúde mental com 29.778 equipes de ESF de todo Brasil (87,1% do total), incluindo avaliação normativa dos dados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) (2013-2014) nas dimensões perfil do profissional, promoção da saúde mental, dentre outras, evidenciou que 60,3% dos profissionais achavam que não tinham preparo para o cuidado em saúde mental. Uma das conclusões do estudo aponta para importância da qualificação dos profissionais em questões de saúde mental e para a necessidade de estimular atividades de promoção da saúde. (GERBALDO et al., 2018).

Outra pesquisa, que objetivou identificar a percepção dos profissionais que atuam na ESF em relação à implementação de ações de saúde mental na APS, apontou que os profissionais referem não possuir capacitação suficiente para trabalhar com tais ações. Assim, os pesquisadores acreditam que a Educação Permanente em Saúde é fundamental para potencializar os processos formativos dos trabalhadores da ESF no campo da saúde mental. (GESLANEY et al., 2016).

Esses estudos demonstram a necessidade de serem implementadas estratégias de fortalecimento e qualificação das ações de saúde mental na APS, sendo a EPS um eixo central nessa direção.

A Política Nacional de EPS foi instituída em fevereiro de 2004 pelo MS através da Portaria 198/2004, como estratégia do SUS para educação e aperfeiçoamento dos trabalhadores do sistema. (BRASIL, 2004). Essa política vem ao encontro do que preconiza o artigo 200 da Constituição Federal, que aponta que dentre outras atribuições do SUS está a ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde. (BRASIL, 1988).

Em uma análise crítica relacionada à formação para a saúde no Brasil, Ceccin e Feuerwerker (2004) apontam que o SUS tem assumido ativamente sua atribuição de reorientar o jeito de cuidar, bem como é uma forte potência no sentido de trazer importantes reflexões sobre estratégias e maneiras de “ensinar e aprender”, porém, não se formulou um potencial no método de formação. No máximo, inseriram-se

elementos críticos indicando a necessidade de reformular os profissionais para trabalharem no SUS.

A EPS é entendida, em geral, como práticas de educação para melhoria e transformação do trabalho. Para isso, é muito importante que os profissionais envolvidos no processo de trabalho sejam sujeitos da ação e transformação, problematizando suas práticas. (GOMES; BARBOSA; FERLA, 2016). Segundo Ceccim e Ferla (2008, p. 11), a EPS pode ser pensada como um processo formador, mobilizador de “[...] estranhamento, desacomodação, de perguntação e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas”.

Nesta perspectiva de uma educação participativa, Freire afirma que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou a sua construção”. (FREIRE, 1996, p. 25).

Ceccim (2005) menciona que, para vários educadores, a EPS se caracteriza como um desdobramento da Educação Popular, da Educação de Jovens e Adultos, traçando-se pelas concepções de Paulo Freire. O mesmo autor refere que a EPS se caracteriza em um conceito pedagógico, no sentido de colocar o dia a dia do trabalho, ou mesmo da formação, em análise, permeabilizada pelos relacionamentos concretos que acontecem nas vivências do trabalho, proporcionando a construção de espaços coletivos a fim de conduzir a uma reflexão sobre o sentido das ações do dia a dia no trabalho. O autor ainda destaca que o que realmente deve ser central na EPS é a sua “[...] porosidade a realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde” (p. 2). Salienta também que

[...] a ligação política da EPS com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento, experimentação em contexto, afetividade, sendo afetado pela realidade. (CECCIN, 2005, p. 2).

Outro artigo refere que o Brasil tem se destacado nos processos de formação que acontecem a partir do cenário do trabalho em saúde, em uma perspectiva dialógica permanente, que procura analisar as práticas na medida em que problematiza e desnaturaliza conceitos e fazeres hegemônicos no cuidado em saúde mental, bem como promove debates a respeito de diferentes concepções relacionadas ao sofrimento psíquico e à atenção psicossocial, integrando ações que

estão presentes no dia a dia da prática, tais como acolhimento e escuta qualificada, com isso, fortalecendo a capacidade de ampliar as maneiras de cuidar em saúde. Os autores destacam também que o cuidar em saúde mental deve ser compreendido no cuidar no contexto geral da saúde, ou seja, a demanda de saúde mental está presente junto com outras demandas de saúde trazidas pelo usuário da ESF. Desse modo, é importante refletir sobre EPS como estratégia que qualifique o cuidado em saúde mental na perspectiva de um cuidado integral focado na pessoa e sua família. (RÉZIO; FORTUNA; BORGES, 2019).

3 CENÁRIO ATUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Conforme a nova proposta de modelo de apoio matricial em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, ano 2018, (até recentemente realizado também pelos profissionais dos NASFs), apresentado em reunião do Fórum da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal (GDGCC), no dia 20 de março de 2019, deve ser realizado pelas Equipes de Saúde Mental Adulto (ESMAs), pelas Equipes Especializadas em Saúde Integral da Criança e do Adolescente (EESCA) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para que fosse possível potencializar as ações de matriciamento em saúde mental, os profissionais de psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional e serviço social que desenvolviam suas atividades nos NASFs foram remanejados para as ESMAs e EESCA dos seus territórios de atuação, ampliando as equipes e reorganizando o processo de trabalho.

Segundo a Coordenação de Saúde Mental do município, a mudança proposta tem como objetivo qualificar o apoio matricial que já vinha sendo realizado em grande parte pelas ESMAs, EESCA e CAPS nos territórios de referência desses serviços, tendo em vista que não havia cobertura de NASF para toda a cidade. Ou seja, havia uma divisão de trabalho e ações distintas entre as diferentes equipes, o que nem sempre vinha ao encontro das demandas das equipes da atenção primária. Com a proposta de que os serviços de saúde mental assumam o matriciamento, já que possuem longa trajetória de trabalho em apoio matricial, bem como já vinham realizando essas ações, busca-se intensificar o trabalho da APS no campo da saúde mental, com o suporte de profissionais especializados, ampliando o acesso das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental.

Com as mudanças, pretende-se estimular as atividades com grupos na APS, as consultas conjuntas, as avaliações mais qualificadas das demandas para especialistas, o mapeamento de recursos comunitários, a educação permanente e continuada, a supervisão de casos mais complexos, porém estabilizados, ou seja, com o suporte dos profissionais da saúde mental, compreende-se que é possível potencializar e qualificar o cuidado na APS.

O modelo de matriciamento em andamento na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desde o início de 2019 está em processo de avaliação e monitoramento por

parte da gestão e dos profissionais envolvidos.

A mudança no modelo de apoio matricial foi anunciada no Fórum da RAPS da GDGCC, não tendo havido diálogo com os profissionais diretamente envolvidos, seja da APS ou dos componentes especializados da RAPS. O último plano de saúde mental do município foi em 2005.

Em 2016, foi implantado em Porto Alegre o Sistema GERCON (Gerenciamento de consultas), ferramenta que foi desenvolvida pela SMS e pela Companhia de Processamento de Dados do município de Porto Alegre (PROCEMPA). Trata-se de um formulário padrão, online, por meio do qual os profissionais fazem solicitações de encaminhamentos aos serviços especializados e de alguns exames complementares. O agendamento das consultas acontece conforme a complexidade e a regionalização. Esse sistema é disponibilizado na APS e nos serviços especializados. (PORTO ALEGRE, 2016). Os critérios para os encaminhamentos foram definidos por uma classificação baseada em uma matriz de agravos por nível de atenção, que foi criada pela SMS e que está em processo de implantação. Até o final de 2018, os casos de saúde mental que eram atendidos pelos médicos e/ou enfermeiros da APS, quando houvesse necessidade, eram discutidos com o profissional do NASF ou das Equipes Especializadas, ou eram realizadas consultas conjuntas, e a decisão de encaminhamento ou não para o serviço especializado era realizado a partir dessa interação. As consultas conjuntas ou discussões de caso também serviam de suporte para as equipes das ESF prestarem um cuidado mais qualificado, bem como oportunidade de EPS para essas equipes. Quando o paciente precisava ser encaminhado para um serviço especializado, o profissional da APS conversava com o paciente sobre a necessidade de ele(a) ter um atendimento compartilhado entre a APS e a atenção especializada, explicava como se daria esse encaminhamento e, no caso das ESF matriciadas pelo NASF, a médica psiquiatra fazia esse encaminhamento via e-mail para a coordenação do serviço especializado. O serviço especializado, então, quando agendava a consulta, entrava em contato com a profissional do NASF, que fazia contato com a profissional da equipe da ESF responsável pelo paciente, que era então avisado da consulta pelo próprio profissional que o acompanhava na APS. Nas equipes que não eram matriciadas pelo NASF, e sim pelos serviços do CAPSII e ESMA, os profissionais da APS iam até esses serviços e discutiam os casos em reuniões de equipe. Os encaminhamentos feitos dessa forma eram qualificados, pois

quem fazia a regulação dos encaminhamentos eram os profissionais que acompanhavam esses pacientes, e não um profissional regulador que o faz somente pelo sistema, sem conhecer a pessoa.

Com o fechamento do NASF na GDGCC, o apoio matricial, que segundo a mudança proposta seria realizado pelos componentes especializados, não foi efetivamente estruturado nem pactuado. Nessa esteira, é possível interpretar que houve um retrocesso em relação ao processo de construção do apoio matricial na SMS. No momento, apenas uma profissional que pertencia ao NASF da GDGCC continua indo até algumas unidades de saúde fazer discussões de caso.

Até o momento, não foi apresentado como se daria o apoio matricial e não se avaliou se houve ampliação do acesso, conforme o objetivo apresentado na ocasião da implementação do GERCON, com o argumento de que o apoio matricial funcionava como barreira de acesso para a atenção especializada. Nessa esteira tampouco se avaliou, os efeitos produzidos pela regulação via GERCON, quanto à integração entre os componentes da rede, a transição do cuidado e a corresponsabilização do caso na AB.

Cabe interrogar se o novo arranjo de regulação com gerenciamento via GERCON está de fato ampliando o acesso à atenção especializada em saúde mental. E ainda questionar quais os efeitos produzidos após um ano dessa mudança e os impactos na relação entre AB e Saúde Mental. Houve fortalecimento do cuidado compartilhado através desse arranjo e ampliação da capacidade de análise (acolhimento das demandas em Saúde Mental e das ofertas de cuidado em Saúde Mental na AB? Potencializou a EPS na AB? Como estão sendo feitos o monitoramento e a avaliação desse novo modelo com os profissionais envolvidos?

Com relação à EPS, da mesma forma, com o fim do apoio matricial e com o fim do NASF da GDGCC, não houve mais espaços compartilhados de apoio entre as US e as equipes especializadas. Considerando que todas as ações de apoio têm uma dimensão formativa, que se dá nos compartilhamentos estabelecidos entre os profissionais a partir de seus núcleos de conhecimento para a produção de práticas colaborativas e ampliação da capacidade de análise e intervenção das equipes de AB.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Propor diretrizes de educação permanente para qualificar o cuidado em saúde mental na Atenção Primária.

4.2 Objetivos Específicos

Analisar o contexto da Rede de Atenção Psicossocial na Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/Cristal, a partir das percepções dos profissionais, seja no âmbito da assistência, da gestão, do controle social ou da academia e identificar os nós críticos na atenção à saúde mental no local estudado.

Criar um conjunto de diretrizes, de maneira participativa e reflexiva, com sugestões de temas e processos para educação permanente em saúde mental no contexto da APS.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Foi realizado um estudo exploratório de abordagem qualitativa. O estudo exploratório objetiva desenvolver, esclarecer e transformar conceitos e entendimentos para elaboração de abordagens subsequentes, a partir da aproximação do pesquisador a uma determinada situação, propiciando o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a realidade estudada. Segundo Sousa, Erdmann e Magalhães (2017), “[...] a pesquisa qualitativa consiste em práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo, a partir das quais os pesquisadores comprometem-se com uma investigação direcionada para a práxis e a mudança social”. (p. 100). As autoras referem também que a escolha pela pesquisa qualitativa se dá por ser esta uma oportunidade de implicação dos pesquisadores com o processo da pesquisa, seja pela presença pessoal, pelas experiências prévias no campo em estudo ou pela capacidade de reflexão que colocam no processo. (SOUSA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2017). A pesquisa qualitativa também propicia uma investigação mais profunda dos dados, bem como traz pontos de vista atuais, originais e abrangentes. (SAMPIERI et al., 2013).

Ao estudar a educação permanente pensando em um contexto específico – a APS -, é um tipo de pesquisa que permite apreender essa realidade, a partir da perspectiva de diferentes atores e suas experiências singulares envolvendo a temática.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado no município de Porto Alegre, RS, envolvendo serviços de saúde localizados na região da GDGCC: unidades de APS, CAPS II, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA), Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM), situado no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS). Além disso, a Gerência Distrital, localizada no Centro de Saúde Vila dos Comerciários, a Área Técnica de Saúde Mental da SMS, o Conselho Municipal de Saúde e o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) foram outros locais envolvidos na pesquisa.

5.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram profissionais da saúde da APS e dos serviços especializados acima mencionados, gestores da GDGCC e da SMS, uma profissional integrante do CMS e uma docente e pesquisadora da UFRGS.

A amostra foi intencional, e o critério de escolha dessas pessoas se deu pelas suas experiências e vivências em saúde mental, considerando as suas competências técnicas e científicas e de trabalho no território, bem como o seu conhecimento da população e suas necessidades, para que o modelo do referencial, produto desta pesquisa, não ficasse distanciado das pessoas. Além disso, uns profissionais foram indicando outros em função da afinidade com a área de saúde mental na APS.

Portanto, foi utilizada amostragem não probabilística, também conhecida como bola de neve, a qual, segundo Vinuto (2014), baseia-se em correntes de referência. Nesse tipo de amostragem, não há como precisar a probabilidade de escolha de cada sujeito, nem a quantidade de participantes na pesquisa. Porém, é muito útil para pesquisar grupos com mais dificuldade de serem acessados ou estudados e para investigar temas delicados, que requerem conhecimento por parte das pessoas que pertencem ao grupo envolvido.

Além disso, buscou-se contemplar competências de gestão e da academia, no âmbito da pesquisa envolvendo questões de saúde mental na APS.

Ao todo, participaram desta pesquisa 30 profissionais, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos participantes do estudo

APS (12 profissionais)	Três enfermeiros, duas médicas (uma de família e comunidade e outra do Programa Mais Médicos), dois técnicos de enfermagem, três ACS e duas dentistas.
CAPS AD (7 profissionais)	Uma médica psiquiatra, um médico clínico geral, um psicólogo, duas monitoras, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem.
ESMA (2 profissionais)	Uma terapeuta ocupacional e uma psiquiatra.
CAPSII (1 profissional)	Uma enfermeira.
PESM (2 profissionais)	Uma psicóloga e um assistente social.
Coordenação de Atenção à Saúde Mental da SMS (2 profissionais)	Um psicólogo e um médico.
Gerência Distrital (1 profissional)	Uma profissional.

CMS (1 profissional)	Uma profissional.
Ensino e pesquisa da UFRGS	Duas enfermeiras: uma docente do estágio de saúde mental do departamento de enfermagem e uma enfermeira pesquisadora que realizou sua pesquisa de campo do doutorado num serviço de APS da GDGCC.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Legenda: Atenção Primária em Saúde (APS); Agente Comunitário de Saúde (ACS); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD); Equipe de Saúde Mental Adulto (ESMA); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II); Plantão de Emergência em Saúde Mental (PESM); Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Conselho Municipal de Saúde (CMS); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC).

5.3.1 Como aconteceu a aproximação com os participantes

A aproximação da pesquisadora com os participantes escolhidos ocorreu de diferentes formas e em diferentes momentos: em espaços que a pesquisadora já integra como, reuniões da RAPS da GDGCC, nas equipes da unidade da ESF em que atuava e junto à Comissão de Saúde Mental do CMS de Porto Alegre. Além disso, foram realizados contatos com três pessoas chaves na instância da gestão municipal: uma assessora da GDGCC, uma profissional da Área Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e uma profissional que integra o CMS, para conversar sobre a proposta.

Em um segundo momento, após a aprovação do projeto nos comitês de ética, foi feito o convite formal para os participantes acima relacionados. Essas aproximações serão detalhadas a seguir.

5.3.2 Primeiro momento do contato com os participantes

Antes mesmo de iniciar o delineamento do projeto, conversei informalmente com diferentes profissionais para saber se o tema que eu estava pensando em propor seria de interesse, se teria relevância para eles. Primeiro, conversei com as equipes da ESF Nossa Senhora Medianeira, onde atuei por seis anos. O retorno foi positivo: as equipes ressaltaram a importância da educação permanente em saúde

mental e a inexistência de iniciativas nessa área voltadas para os profissionais da APS. Em dezembro de 2018, foram unificadas as duas Unidades: ESF N. S. Medianeira e Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila dos Comerciários, formando a atual Unidade de Saúde (US) Moab Caldas. Frente a essa nova configuração, a proposta foi apresentada novamente em uma reunião de equipe, sendo o retorno dos participantes também favorável, com destaque para a importância no contexto da APS.

A seguir, em uma reunião do Fórum da RAPS da GDGCC¹, a proposta foi apresentada para que todas(os) pudessem se manifestar em relação à mesma. As pessoas presentes expressaram que acharam a ideia muito relevante e se mostraram muito receptivas, colocando-se à disposição para participar.

O mesmo processo foi feito com um membro da gerência distrital, dois profissionais (um atual e um que já havia deixado a função) da área técnica de saúde mental da SMS, uma professora e uma pesquisadora da UFRGS que atuavam na US Moab Caldas na época e uma profissional do CMS de Porto Alegre. Todas consideraram o tema bastante relevante.

O primeiro contato com cada possível participante pode ser descrito como um diálogo inicial breve, que permitiu uma aproximação com essas pessoas, identificando se havia ou não interesse em colaborar no desenvolvimento de um estudo com a temática da educação permanente em saúde mental para a APS. Possibilitou também um melhor delineamento da problemática, a partir das diferentes contribuições possibilitadas por esses espaços iniciais de trocas e compartilhamentos. Além disso, nesses momentos, foi possível identificar outras pessoas que pudessem participar da pesquisa em um momento posterior.

Essa aproximação foi um movimento fundamental, pois possibilitou validar a relevância do tema nesses grupos, especialmente entre os trabalhadores da APS. Essa etapa foi importante para que essas pessoas se sentissem parte do processo de construção do referencial para Educação Permanente em Saúde Mental.

Esse processo vai ao encontro do pensamento de Paulo Freire, de que é importante as pessoas se sentirem “sujeitos do seu pensar, discutindo seu pensar”.

¹ O Fórum da RAPS da GDGCC é constituído por profissionais de saúde dos serviços especializados em saúde mental, profissionais de outros setores do serviço social, tem participação de residentes de universidades, docentes, representantes da gerência distrital e da área técnica da SMS. Nos encontros, são discutidos assuntos pertinentes à área de saúde mental, discussões de casos e organização da rede de atenção em saúde mental do território da gerência.

(FREIRE, 1983, p. 141).

5.3.3 Segundo momento do contato com os(as) participantes

No segundo momento, a pesquisadora fez contato por mensagem escrita com os profissionais mencionados no Quadro 1. Nos serviços especializados, foi feito contato com as coordenadoras, que conversaram com suas equipes para averiguar o interesse em participar, e forneceram os contatos daqueles que aceitaram. Em determinadas situações, não ocorrendo um retorno no contato por mensagem escrita, a mensagem foi enviada mais duas vezes, no entanto, um dos casos não houve resposta e outro a pessoa não conseguiu agendar um horário para fazer o diálogo. Nos contatos, a pesquisadora falou sobre o projeto com todos, através de mensagens escritas. Aqueles que sinalizaram o desejo de participar foi encaminhado o projeto escrito por e-mail e outros pelo WhatsApp, para quem desejasse ler.

5.4 Coleta de dados

A estratégia de coleta de dados foi norteada pelas ideias freireanas de diálogo e problematização. O diálogo, para Paulo Freire, é entendido não como uma metodologia a fim de se alcançar alguns resultados, mas sim como uma oportunidade para que as pessoas se encontrem com o objetivo de pensar a respeito da sua realidade do jeito que a “fazem e re-fazem”. Freire afirma que, visto que somos sujeitos comunicativos, que estabelecemos comunicação uns com os outros, ao passo que nos tornamos mais preparados para modificar nossa realidade, tornamo-nos capazes de “saber que sabemos, bem como saber que não sabemos”. Por meio do diálogo, numa reflexão conjunta a respeito do que sabemos e não sabemos, poderemos agir criticamente para transformar a realidade. (FREIRE; SHOR, 1986).

Os diálogos foram desencadeados por meio de duas perguntas disparadoras:

- Quais os nós da atenção à saúde mental na atenção primária?
- Como a Educação Permanente pode ajudar a desatar esses nós?

A Unidade de Saúde (US) Moab Caldas, que era o local de atuação da pesquisadora, e na qual se dariam os diálogos com as equipes da APS, teve sua

gestão terceirizada, e a maioria dos profissionais foi remanejada para outras unidades (inclusive a pesquisadora), inviabilizando a proposta original de dialogar com os membros dessas equipes. Após, considerando a pandemia da COVID19 e, com isso, a necessidade de distanciamento físico, conforme orientação das autoridades de saúde, as reuniões presenciais das equipes, tanto da APS quanto das especializadas, bem como as da gestão, foram suspensas.

Portanto, foram necessárias algumas alterações no projeto original, bem como a readequação do cronograma. As alterações do projeto dizem respeito à forma de coleta dos dados, que veio a efetivar-se por meio de encontros virtuais individuais, por vídeo-chamada no aplicativo Skype. Os encontros foram previamente agendados, de acordo com a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora.

Os momentos de encontro tiveram como base teórica as categorias freireanas do diálogo e da problematização, no sentido de que o diálogo, para o autor, necessita ser praticado, e não apenas discursado, enquanto a problematização constitui a reflexão acerca da realidade. Ambos têm um objetivo em comum: serem elementos que favoreçam a transformação da realidade incongruente com as necessidades das pessoas. (FREIRE, 1983).

O diálogo, para Paulo Freire, é uma relação horizontal de A com B e tem origem em uma matriz crítica, gerando assim habilidade para ser crítico. Esse diálogo é nutrido de amor, de humildade, esperança, fé e confiança. Sendo assim, apenas o diálogo comunica. (FREIRE, 1978).

Motivada por esse educador, Paulo Freire, a pesquisadora norteou os diálogos com os participantes, que foram gravados em áudio para servirem de referência para as anotações da pesquisadora.

5.5 Análise dos dados

Primeiramente, a pesquisadora escutou todos os áudios de forma corrida, sem fazer anotações, para ir se apropriando e internalizando os diálogos, revivendo os encontros. Após, cada diálogo foi escutado novamente, e a pesquisadora foi fazendo anotações das falas de cada participante, separadamente, já identificando, de forma preliminar, os nós e sugestões de EPS. A seguir, foi feita a leitura do material constituído das anotações. A partir desses registros, foram construídas, de

início, duas categorias principais de análise: 1) Nós críticos no cuidado em saúde mental na APS; e 2) Ideias e métodos para trabalho em EPS.

Depois, o material foi organizado a partir dos pontos emergidos nos diferentes espaços, gerando, de forma indutiva, novas subcategorias de análise. Dessa forma, os conteúdos foram sistematizados e ilustrados por alguns trechos selecionados, considerados representativos. Essa sistematização foi a base para a produção do referencial para educação permanente em saúde mental na APS, apresentado como resultado desta pesquisa.

O conteúdo foi analisado baseado na técnica da análise de conteúdo, em função dos objetivos da pesquisa. Conforme Oliveira (2017), o objetivo principal da análise de conteúdo pode ser sintetizado em manipulação das mensagens, tanto do seu conteúdo quanto da expressão deste. Isso para colocar em evidência indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a mesma da mensagem.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa está em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) (BRASIL, 2012) e foi aprovada pelos Comitês de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado para cada um por e-mail, através de um formulário on-line Google Forms, no qual manifestaram que aceitavam participar da pesquisa. (Apêndice A).

O termo de ciência e autorização da Coordenação de Atenção Primária à Saúde da SMS, incluído no projeto apresentado aos comitês de ética, é apresentado no Anexo A.

Os riscos advindos da participação dos indivíduos na pesquisa foram considerados mínimos, como algum desconforto ou constrangimento eventual durante os diálogos. Para assegurar a anonimização dos dados, a pesquisadora usou, em suas anotações a partir das gravações, códigos formados por letras e números para identificar falas feitas por sujeitos diferentes. Nenhum nome foi escrito durante o processo de sistematização e análise dos dados. Apenas as categorias profissionais foram identificadas, por exemplo, trabalhador da APS, trabalhador do CAPS ou gestor. No trabalho, as falas usadas como ilustração foram identificadas apenas por um número, precedido pela letra P de participante. Assim, evitou-se a eventual identificação de algum participante pela sua categoria profissional.

A pesquisadora se comprometeu em dar retorno aos participantes da pesquisa, a fim de compartilhar os resultados.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos diálogos sobre os nós relacionados ao atendimento em saúde mental na APS, foram evidenciadas cinco categorias, e dentro dessas categorias, surgiram subcategorias. Em cada subcategoria, são listados, em forma de itens, os aspectos relacionados, seguidos de trechos destacados nos diálogos e discussões com referências teóricas.

7.1 Categoria 1 - Nós relacionados à assistência

7.1.1 Aspectos relacionados à capacitação

Nesta subcategoria surgiram os seguintes itens:

- Falta de capacitação para os profissionais da APS - médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e ACS -, para o atendimento de pacientes em sofrimento mental ou portadores de transtorno mental.
 - Insegurança profissional relacionada a habilidades empáticas e sociais.
 - Insegurança profissional relacionada a questões técnicas, como diagnóstico e prescrição de medicamentos para uso psiquiátrico.
- Falta de capacitação equânime, com participação de todos profissionais da equipe.
 - Nem todos os membros da equipe conhecem os sintomas de transtornos mentais, resultando em dificuldade de manejo e cuidado desses pacientes. Em geral, os profissionais técnicos de enfermagem e ACS têm uma lacuna maior de conhecimentos básicos sobre saúde mental.
 - Falta de escuta qualificada do usuário por parte do profissional.
 - Formação acadêmica deficitária sobre temas relacionados à saúde mental.
 - Poucos profissionais se identificam com a área de saúde mental.
 - Falta de subsídio científico para os profissionais realizarem trabalhos com grupos na Unidade.
 - Aspectos contextuais relacionados à vulnerabilidade social da população das comunidades: baixa renda, baixo grau de escolaridade, tráfico de drogas, violência, poucas oportunidades na vida, falta de saneamento básico adequado.

Nesta categoria, foram evidenciados aspectos relacionados à percepção de despreparo e insegurança dos profissionais da APS para lidar com questões de saúde mental. Sentem necessidade de ter momentos de capacitação e percebem uma formação acadêmica deficitária na área de saúde mental. As falas seguintes ilustram esta percepção:

“A falta de preparo dos profissionais da AB para acolher, entender e saber o que fazer diante dos problemas de saúde mental, até um preparo técnico mais específico” (P1).

“Insegurança dos profissionais, sentimento de impotência no cuidado. A expectativa de cura que se tem ou de resolver os problemas daquela pessoa” (P10).

“Formação acadêmica de algumas categorias profissionais inexistente nas questões de saúde mental” (P11).

“Pouco treinamento em saúde mental, tanto na área médica quanto na de enfermagem, durante a formação na faculdade” (P4).

“Os profissionais da APS não se sentem seguros no atendimento dos usuários de álcool e drogas” (P13).

“Insegurança dos médicos da APS na prescrição medicamentosa” (P29).

Esta percepção dos profissionais relacionada à falta de capacidade para o cuidado em saúde mental apareceu muitas vezes nas falas durante os diálogos. Os trechos acima mencionados são somente alguns exemplos.

De acordo com o MS, a percepção de insegurança que os profissionais da APS têm com relação ao cuidado em saúde mental se dá, entre outras, em função de que a formação profissional em saúde tem o seu foco na doença e por isso, a expectativa que se tem, muitas vezes, é acabar com os sintomas que os pacientes expõem. Essa expectativa, provavelmente, não será correspondida, principalmente em se tratando de saúde mental. (BRASIL, 2013).

Soalheiro e Martins (2017) colocam que a insegurança e as dúvidas integram os processos de trabalho dos profissionais. As questões relacionadas à saúde mental costumam gerar esse sentimento de incapacidade de lidar com esses usuários, os profissionais se sentem limitados na sua atuação, acham que estão

improvisando quando utilizam a intuição e o bom senso. Ressaltam também que essas sensações são frequentes na prática da saúde, fazendo com que o profissional se sinta “sem chão” ou sem um conhecimento técnico específico para ser capaz de realizar um cuidado em saúde mental em situações mais difíceis.

Daí a importância de qualificar os profissionais da APS, como aponta um estudo que teve como finalidade determinar os itens do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de atenção em saúde mental. O estudo ressaltou que um fator muito importante para que a APS dê conta de atender os usuários com sofrimento mental é a qualificação dos profissionais. (ROCHA *et al.*, 2018).

Foi identificado também, nos diálogos, um desequilíbrio relacionado à capacitação, porque alguns profissionais, especialmente técnicos de enfermagem e ACS, referiram que se percebem de fora, sentem-se mais prejudicados com relação aos colegas de nível superior, os quais têm mais oportunidades e momentos de capacitação. Podemos evidenciar essa questão pelas falas a seguir:

“Tem que ter capacitação para todos da equipe” (P23).

“Importância de um acolhimento qualificado desde que o paciente chega na recepção. Cada membro da equipe (deve) saber fazer uma escuta qualificada” (P25).

“Dentro da própria unidade não se consegue compartilhar o cuidado. As diferentes profissões: técnico de enfermagem, ACS, enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliares de saúde bucal” (P18).

O MS compreende que a atuação em saúde mental na AB pode e deve ser realizada por todos os profissionais da equipe. (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, Soalheiro e Martins (2017) destacam a importância de se investir na formação em saúde mental para todos os profissionais da APS considerando o conhecimento e a práxis de todos.

É de suma importância que todos os membros da equipe de APS se apropriem do cuidado em saúde mental, que se sintam parte do processo de cuidado. Todos têm muito a contribuir. Para que esse cuidado seja assumido por todos os profissionais da equipe, os momentos de capacitações, em uma perspectiva de EPS, precisam contemplar todos os membros da equipe. Podemos

identificar esse aspecto na fala de alguns participantes.

“Precisa capacitação para todos da equipe. Nem todos sabem os fluxos, encaminhamentos, não conhecem sintomas. Todos precisariam conhecer para lidar melhor com os pacientes de saúde mental” (P22).

“Os profissionais técnicos com ensino superior recebem mais capacitação ou buscam mais informação para atendimento em saúde mental, enquanto por exemplo os ACS e até mesmo os técnicos de enfermagem deixam o acolhimento e acompanhamento de saúde mental mais a cargo de médicos e enfermeiros, e há essa divisão interna. Então, a EPS tem que ser mais equânime, (para que os profissionais) dentro das suas competências, absorvam mais esse cuidado, precisa um preparo que atravesse todos os profissionais que compõem a equipe de APS” (P1).

“Capacitação para todos da equipe, desde a portaria” (P6).

Um estudo que objetivou conhecer a percepção relacionada à prática dos profissionais a respeito da saúde mental na APS, no sentido de contribuir na elucidação das dificuldades identificadas, foi percebido que uma dessas dificuldades estava relacionada ao não compartilhamento do cuidado por toda a equipe. Os autores identificaram também que não havia clareza sobre as atribuições dos diferentes profissionais para lidarem com os usuários de saúde mental, privando-se do cuidado e demandando para o médico essa tarefa. (PEREIRA *et al.*, 2020).

Nesta linha, evidencia-se a importância de oferecer EPS, capacitações equânimes para todos da equipe, trabalhando o que é comum a todos, bem como as especificidades de cada profissão, e proporcionar um cuidado em saúde mental baseado no modelo da interdisciplinaridade.

Em relação ao nó que se refere à escuta qualificada do usuário pelo profissional de saúde, também foi apontado pelos participantes da pesquisa como algo que precisa ser melhorado, que precisa haver mais empatia no atendimento.

Uma pesquisa realizada com o objetivo de investigar o potencial da escuta qualificada como instrumento de humanização na atenção em saúde mental no âmbito da AB no Brasil mostra que a escuta qualificada proporciona o encontro com a subjetividade da pessoa e pode ser determinada como ter uma postura sensível ao que a pessoa está falando ou comunicando através de gestos, expressões, ações, emoções. Esse estudo conclui que a escuta qualificada se constitui em uma

importante ferramenta para o cuidado em saúde mental na AB. (SANTOS, 2019).

Convergindo com essa pesquisa, um outro estudo objetivou analisar as ferramentas que as enfermeiras utilizavam para desenvolver o cuidado em saúde mental na ESF. As profissionais identificaram, dentre outras, a escuta, como componente intrínseco do cuidado em saúde mental.

Considerando a importância de uma escuta qualificada, percebida também pelos participantes desta pesquisa, seguem algumas falas:

“É importante ter uma escuta qualificada” (P16).

“Existe pouca escuta do usuário por parte do profissional (P17).

“O quanto uma escuta qualificada ajuda o paciente” (P23).

Outros nós relacionados à capacitação destacados pelos participantes da pesquisa se referem à falta de subsídios para realização de grupos com usuários na APS e à descontinuidade dos grupos nas Unidades de Saúde.

Um participante colocou que na Unidade em que ele trabalhava havia um grupo chamado “Grupo da Amizade”. Esse grupo perdurou por cinco anos e, conforme o participante, era uma referência dentro da comunidade, pela oportunidade de desenvolver outro tipo de trabalho, que não só atendimento em consulta clínica. A partir desse grupo, surgiu um grupo de mulheres que se apoiavam, se ajudavam, denominado “Marias do Morro”. Esse grupo foi inclusive premiado pelo Município de Porto Alegre. Foi importante esse trânsito entre saúde e assistência social dentro da comunidade.

O Grupo da Amizade se ramificou por dentro da comunidade, conquistando seu reconhecimento como um espaço de construção e de apoio entre comunidade e profissionais da saúde. No fim, o grupo foi extinto devido ao remanejamento de grande maioria dos profissionais desta US, por causa da terceirização dos serviços da AB no Município.

Relacionadas a esse nó, algumas colocações dos participantes durante os diálogos merecem destaque:

“Algumas vezes nós pensamos enquanto equipe: o que fazer para dar

“fôlego” ao grupo de saúde mental? Qual era o objetivo do grupo?” (P9).

“A importância de criar grupos de convivência dos usuários na AB” (P14).

“Ter grupos de convivência nas Unidades onde pode se dialogar sobre vários aspectos” (P16).

Um estudo que objetivou conhecer e fazer uma análise do que tem sido elaborado na literatura científica nacional sobre as práticas no cuidado em saúde mental na atenção básica, conforme uma revisão integrativa de literatura, identificou que, na categoria relacionada às práticas de cuidado no território, alguns artigos abordaram a potência dos grupos e oficinas terapêuticas. Apontam os grupos como potências no sentido de ser um instrumento de espaço de desinstitucionalização, um espaço para promoção da saúde mental, melhora da qualidade de vida. Além disso, os grupos são compreendidos como lugares propícios para fomentar a oportunidade de falar, escutar e partilhar, bem como são espaços de aprendizagem e de ensinamento. (MATSUKURA; LOURENÇO, 2018).

Nesse sentido, o MS ressalta que os grupos possibilitam valorosas trocas de experiências e transformações subjetivas, que não seriam alcançadas em um atendimento individualizado. E isto se dá devido à pluralidade de seus integrantes, a multiplicidade de trocas de conhecimento e prováveis identificações que só o formato de grupo torna possível. Em convergência com o exemplo do Grupo da Amizade citado acima, o MS fala também que a atividade do grupo seria entendida como porosa a outras possibilidades de encontro, no momento em que se articula, discursa com a totalidade histórica construída na família, escola, igreja, hospitais, centros de saúde. (BRASIL, 2013).

Nessa mesma linha, no sentido da educação, Paulo Freire destaca que é importante o desenvolvimento do poder de captar e entender o mundo que aparece ao educando, a relação deste com o mundo, não como uma realidade sem movimento e sim uma realidade que se modifica, que está em processo. (FREIRE, 1983).

Outro aspecto importante, também destacado como um nó, foi relacionado ao contexto social onde as pessoas atendidas pelas equipes de APS estão inseridas. A grande maioria, no município de Porto Alegre, pertence a comunidades carentes, com grande vulnerabilidade social, convivendo com a violência no território. Nesse

contexto, muitos possuem renda muito baixa, baixo grau de escolaridade, poucas possibilidades e oportunidades na vida. Alguns participantes percebem isso como nó no acompanhamento em saúde mental, no sentido de que se identifica maior dificuldade de compreensão do que se passa com essas pessoas, e isso faz com que não consigam ou tenham muita dificuldade em lidar com o próprio sofrimento.

Alguns participantes referiram nos diálogos, com relação à vulnerabilidade social, o seguinte:

“O fato de a comunidade ser muito vulnerável socialmente, muita pobreza, a maioria não tem uma internet aonde possam acessar cuidados em saúde mental por exemplo online, gratuito, dependem da UBS. Muitos são analfabetos” (P25).

“Os desafios da vulnerabilidade social, muita pobreza, que muitas vezes agravam os problemas de saúde mental das pessoas” (P26).

Uma pesquisa realizada com a finalidade de fazer uma análise de vida das famílias em vulnerabilidade social e a possibilidade de estar relacionada com o bem-estar, saúde mental e a participação escolar das crianças e adolescentes, refere que um fator que determina os elevados índices de pobreza no nosso país é a estrutura de desigualdade que está presente, caracterizada pela má distribuição de renda, com escassa ou nenhuma chance de inclusão econômica e social. De maneira geral, entende-se que o modo como a vulnerabilidade social pode se apresentar é através do acesso restrito que parte de uma população tem aos bens materiais, simbólicos, culturais, colocando-a, assim, às margens da sociedade. (SOUZA; PANUNCIO-PINTO; FIORATI 2019).

Nessa perspectiva, na Conferência Mundial sobre os determinantes sociais da saúde, realizada no Rio de Janeiro em 2011, reforçou-se que as iniquidades em saúde por causa das condições sociais em que os indivíduos nascem, crescem, vivem e envelhecem são consideradas determinantes sociais da saúde. No relatório da Conferência, afirma-se que intervir nesses determinantes em prol dos grupos vulneráveis e da população como um todo, é fundamental para que haja inclusão social, equidade, para que as pessoas se sintam produtivas economicamente e saudáveis. (RIO DE JANEIRO, 2011).

Assim, trabalhar com as populações em extrema vulnerabilidade social é um grande desafio na atenção à saúde e, mais ainda, em se tratando de uma pesquisa

voltada ao cuidado em saúde mental, porque existem muitos fatores na vida das pessoas que afetam diretamente a sua saúde mental. Daí a importância de um atendimento onde a pessoa se sinta realmente acolhida, escutada, acompanhada e cuidada. A atitude de acolhimento é uma forma de agir pela não aceitação de uma realidade com tantas desigualdades sociais. É não considerá-la como uma fatalidade, como algo que está dado; é afirmar, em ato, que precisa ser mudada. Como coloca Paulo Freire, aceitar essas realidades sociais tão desiguais, é defender os poderosos. A realidade não é rigorosamente esta, e sim está sendo esta, assim como poderia ser outra, e é para que seja outra que devemos lutar. (FREIRE, 2016).

Esta próxima subcategoria se refere que ao estigma e preconceito relacionado a saúde mental, que os participantes apontaram como um dos nós do atendimento em saúde mental na APS.

7.1.2 Estigma e Preconceito relacionados à saúde mental

Os seguintes itens emergiram nesta subcategoria:

- Desmerecimento de quem sofre, principalmente os usuários de álcool e drogas.
- Fragilidade do vínculo entre profissionais da APS e os usuários portadores de sofrimento ou transtornos mentais, em especial o usuário de álcool e drogas.
- Desvalorização da queixa clínica devido ao transtorno mental.

O termo estigma foi criado pelos Gregos para fazer referência a sinais corporais por meio dos quais se procurava mostrar algo de extraordinário ou mau a respeito do status moral de quem os expunha. Depois, na era Cristã, duas representações foram acrescentadas ao termo: um se referia a sinais de graça divina na forma de flores em erupção sobre a pele; e o segundo, fazia menção médica a essa menção religiosa, se referindo a sinais corporais relacionados a algum distúrbio físico. Hoje em dia, esse termo é bastante utilizado de forma semelhante ao termo inicial, contudo, é mais empregado para fazer referência à própria desgraça do que aos sinais corporais. (GOFFMAN, 2019).

Trazendo para o contexto das pessoas portadoras de doença mental, um artigo que teve como propósito refletir a respeito das representações sociais dos transtornos mentais e/ou doença mental revelou que há diversidades de representações sociais relacionadas ao transtorno mental e que estas estão cheias

de elementos negativos, dentre eles o preconceito e o estigma. Concluíram que ainda persiste o estigma e o preconceito relacionados ao portador de doença mental e que isso impacta na assistência prestada. (BARBOSA *et al.*, 2018).

Durante os diálogos, foi destacado, sobre estigma e preconceito, principalmente relacionado ao usuário de álcool e/ou drogas (AD), que muitas vezes esses pacientes nem conseguem chegar a ter um atendimento com um profissional na AB. Os participantes desta pesquisa também apontaram uma grande fragilidade no estabelecimento de vínculos entre os pacientes com doença mental e/ou sofrimento mental principalmente aqueles que usam AD, e os profissionais da APS.

“Existe um estigma, principalmente com pacientes AD” (P3).

“Estigmatização e preconceito com os pacientes de saúde mental” (P4).

“Tem um estigma muito forte e preconceitos que criam barreiras” (P5).

“Existe muito preconceito com os pacientes de saúde mental, principalmente AD” (P7).

“Pacientes às vezes não se sentem bem acolhidos no posto de saúde” (P15).

“Há uma dificuldade em acolher os usuários AD. Existe um estigma no sentido de deixar de investir nos usuários AD” (P16).

“Preconceito com diagnóstico, porque acham que é uma forma de estigma” (P28).

“Vínculo frágil entre usuários e profissionais da saúde e vice-versa” (P29).

Essas foram algumas colocações feitas pelos participantes, evidenciando que existe uma dificuldade muito grande em romper com essas barreiras.

Um estudo que objetivou conhecer e fazer uma análise das crenças e práticas de saúde no cuidado ao usuário de álcool na APS, identificou, através dos relatos dos profissionais, a dificuldade de ofertar um cuidado adequado frente a sentimentos de impotência, ira e aversão provocados nesta relação. O estudo conclui que o cuidado ainda está muito pautado no modelo biomédico, voltado para a dimensão

biológica, o controle de riscos e a cura das doenças. Da mesma maneira, a relação entre o profissional e o usuário está baseada nesse modelo, e isso impede que o usuário construa sua autonomia, a fim de decidir sobre seus riscos e sobre como quer cuidar da sua saúde ou da sua doença. Juntamente com isso, a estigmatização do usuário de álcool acaba por levar a práticas moralizantes, pouco problematizadoras, empregando juízos de valores do que é certo e errado, o que dificulta muito a autonomia do usuário para o cuidado com sua saúde. (MALVEZZI; NASCIMENTO, 2018).

O estigma e o preconceito aparecem de forma mais marcada em pessoas com problemas com álcool e drogas, mas também para é muito presente em relação às pessoas com sofrimento ou doença mental de maneira geral.

7.1.3 Modelo de cuidado

Nesta subcategoria apareceram os seguintes itens:

- A perspectiva de saúde ainda muito focada na doença, nos sintomas.
- Modelo de cuidado biomédico, medicalização dos sintomas.
- Redução do profissional médico a um mero prescritor.
- Tendência da população à supermedicalização dos sintomas, principalmente relacionada ao uso de benzodiazepínicos.
 - Formação profissional segmentada.
 - Fragmentação do cuidado.
 - O atendimento ao portador de transtorno mental ainda não é incorporado como foco e nem como objeto de trabalho na Atenção Básica.
 - Falta de trabalho na perspectiva do território.

Uma revisão integrativa da literatura, que envolveu estudos publicados no período entre 2011 e 2015, com a finalidade de analisar potencialidades e desafios para a aplicabilidade da intersetorialidade e interdisciplinaridade no dia a dia do trabalho das equipes de APS, no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, menciona que um dos maiores desafios para pôr em prática a interdisciplinaridade na APS é superar, no trabalho, o modelo assistencial em saúde mental, que ainda está muito focado na doença e nos sintomas. Aponta que, na maior parte das pesquisas analisadas, foi evidenciada a predominância do modelo biomédico, no

qual a medicalização mostra-se como a única ou principal estratégia de cuidado em saúde mental, no qual o conhecimento médico se coloca acima dos demais saberes, tanto no que se refere à tomada de decisão, assim como no atendimento da demanda. (SOARES; MARTINS, 2017).

O mesmo estudo ainda salienta que o modelo biomédico não é suficiente frente à demanda crescente de atendimentos e da complexidade que abrange a saúde mental, bem como inviabiliza novas práticas, em especial, a interdisciplinaridade como um princípio norteador. (SOARES; MARTINS, 2017).

Matsukura e Lourenço (2018) referem que, nos estudos que realizaram, a APS ainda permanece atuando no modelo biomédico, medicalizador e excludente, e que poucos avanços foram feitos para superá-lo. Ressaltam também que a ESF se propõe a uma abordagem que se diferencia do modelo tradicional biologizante, isto é, uma abordagem, um cuidado centrado no sujeito, na sua família, na comunidade, conforme o entendimento de todo um contexto da vida daquela pessoa, compreendendo que a atenção em saúde vai muito além das ações curativas.

Nos diálogos realizados, alguns participantes referiram que existe falta de compartilhamento no cuidado e que o cuidado é muito focado no médico. Um participante citou, como exemplo, que grande parte da demanda dos demais atendimentos clínicos depende do médico, e, muitas vezes, este nem entra muito no terreno da saúde mental, porque já supõe que não vai conseguir dar conta da demanda.

“Reduzir o médico a um prescritor e visão médico centrada” (P5).

“A criação da nova matriz de agravos, médico centrada- diagnóstico-sintomas- encaminhamentos” (P7).

“Modelo gerencialista, centrado na medicalização, lógica da queixa-conduta-procedimento-medicação [...] Medicalização, nó estrutural, que está impregnada na sociedade” (P10).

“Modelo médico centrado, modelo psiquiátrico com foco no sintoma” (P17).

“Novo modelo Saúde na Hora, Clínicas de família e como resultado de tudo isso é a relação de cuidado baseado na queixa conduta, modelo biomédico. Esse modelo não valoriza o cuidado integral” (P18).

“Medicalização dos sintomas- tanto porque é muito prescrito quanto por uma questão cultural da nossa sociedade que quer ser medicada com a esperança de cura e resolução dos seus problemas” (P26).

“Importância de envolver a família no acompanhamento do paciente” (P25).

Observa-se, nestas falas, bem como naquelas referentes ao modelo de cuidado, que persiste a predominância o modelo biomédico na atenção à saúde mental.

Assim, cabe trazer aqui um exemplo de como é possível fazer um trabalho interdisciplinar, um cuidado compartilhado entre a equipe e os demais setores.

“Nossa equipe, na ESF Medianeira, era formada por uma enfermeira, uma médica de família, duas técnicas de enfermagem, três ACS, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Nosso trabalho era realizado com base no cuidado no território. Nós discutíamos casos nas nossas reuniões de equipe, decidíamos juntos qual seria a melhor conduta para cada caso discutido. A médica e a enfermeira alternavam os atendimentos tanto de pacientes com doença mental ou sofrimento mental, quanto daqueles com outros agravos de saúde. Teve uma época em que havia matriciamento com o NASF, e toda a equipe participava, possibilitando que os conhecimentos, as contribuições de todos fossem consideradas. No matriciamento, nenhum conhecimento era sobreposto ao outro, todos aprendiam, se comprometiam com o cuidado, e não sobrecarregava ninguém. Muitas vezes, a equipe da odontologia não estava junto por uma questão de processos de trabalho, mas, conversando sobre a importância de a odontologia estar presente nos matriciamentos com a equipe, conseguimos que participassem algumas vezes. A dentista da equipe trouxe casos que ela atendia no consultório dentário para discutir comigo ou com a médica. Ela também fazia acompanhamento integral nas visitas domiciliares e acompanhava pacientes de saúde mental. Em algumas reuniões de equipe, participava a professora da UFRGS, responsável pelo estágio de acadêmicos de enfermagem na unidade de saúde em que atuávamos, bem como uma pesquisadora que passou alguns meses na nossa equipe para realização da sua pesquisa de doutorado. Esta experiência mostra que é possível fazer um cuidado compartilhado e que esse tipo de cuidado dá certo em saúde mental, ajudando inclusive na saúde mental do próprio trabalhador, pois este consegue, ao compartilhar os sofrimentos do outro, no caso do usuário, partilhar suas próprias angústias, principalmente em casos mais difíceis. Assim, o profissional se sente amparado e com suporte para o acompanhamento de saúde do usuário” (Relato da pesquisadora).

Nesse sentido, um estudo realizado em Fortaleza, CE, que objetivou analisar

as práticas do cuidado territorial em Saúde Mental realizadas por enfermeiros, ACS, e usuários do Centro de atenção psicossocial e AB, referem que o conceito de território está fundamentado na compreensão de que o ser não está separado do ambiente e do lugar onde vive, e é nesse território que se constroem as relações, que decorrem do seu contexto, da sua história. Os autores apontam que, num modelo de cuidado baseado na pessoa, o foco passa a ser o sujeito que sofre, inserido no seu contexto, e não a doença. As ações devem sair do modelo medicamentoso e trazer o usuário como principal protagonista do seu acompanhamento. (CAMPOS; JORGE; BEZERRA, 2020).

7.1.4 Processos de Trabalho

Nesta subcategoria emergiram os seguintes tópicos:

- Poucas estratégias de cuidado em saúde mental por parte das equipes.
- Ter só um ou dois profissionais de referência na Unidade para atendimento de pacientes com sofrimento ou transtorno mental.
 - Modelo atual de atendimento baseado em produção, números.
 - Falta de padronização nos processos de trabalho.
 - Falta de práticas baseadas em evidências.
 - Demanda crescente de atendimentos de sofrimento mental e transtorno mental na Atenção Básica.
 - Sobrecarga de trabalho na Atenção Básica relacionada ao fechamento de Unidades de Saúde.
 - Organização do tempo de atendimento: agenda dos profissionais para acolhimento, consultas e saúde mental.

Santos *et al.* (2018) afirmam que todo trabalho é percebido como um processo, porque se constitui por fenômenos que se interligam, contém um objeto, recursos, dispensa energia para que possa ser realizada uma ação humana com algum propósito de elaborar um produto. Os mesmos autores trazem a compreensão de saúde na perspectiva de práxis social, com a finalidade de encontrar respostas em um projeto de sociedade em que estão interligadas compreensões de saúde-doença-cuidado. Assim, o trabalho em saúde se sustenta nessas compreensões, de forma dialética.

Para Soalheiro e Martins (2017), o trabalho, a saúde e os processos de trabalho em saúde, ou seja, o que é feito e refeito pelo ser humano como ser social, constitui-se através de determinantes e condicionantes impostos pela maneira de produção relacionada a uma sociedade num dado período histórico. Com relação ao conceito de saúde, a mesma autora traz como “[...] produto da reflexão sobre as práticas da existência, incluindo os hábitos, as condições, as determinações e o atendimento das necessidades fisiológicas, psíquicas, culturais e sociais”. (p. 86). Os processos de trabalho em saúde são compreendidos como um complexo de atividades envolvidas junto à produção de serviços de saúde.

Em acordo com as referências acima, os participantes desta pesquisa trouxeram alguns nós relacionados ao processo de trabalho, como o fato de ter poucas estratégias para realizar o cuidado em saúde mental, ou seja, ter outras possibilidades de cuidado que não só a consulta e a prescrição medicamentosa.

Pereira *et al.* (2020), no estudo com a finalidade de conhecer a percepção relacionada à prática dos profissionais no âmbito da saúde mental na APS ao identificar algumas dificuldades relacionadas ao dia a dia dos profissionais, destacam a possibilidade de atuação do ACS nas equipes da ESF. Esse profissional, cuja atividade está baseada no território, por meio da visita domiciliar, integra a equipe um olhar sensível, uma comunicação buscando entender a realidade do dia a dia do usuário e com isso possibilita a busca de novas alternativas e estratégias de cuidado.

Outra pesquisa, que propôs compreender as práticas do cuidado em saúde mental realizadas por enfermeiros na ESF, evidenciou que o acolhimento e a escuta, dentre outros, foram práticas que tiveram um impacto positivo na atenção em saúde mental. (FILHO *et al.*, 2020).

A criação de grupos nas unidades é uma outra estratégia que parece contribuir para melhorar o cuidado em saúde mental na APS. Soalheiro e Martins (2017) referem que as abordagens grupais nas Unidades de Saúde são capazes de promover integração dos participantes, possibilitando o compartilhamento dos sofrimentos e angústias no coletivo, assim como a produção de soluções coletivas.

Os autores acima também enfatizaram estratégias como: acolhimento, escuta visita domiciliar e formação de grupos na unidade, sempre com um olhar sensível às necessidades do usuário. (FILHO *et al.*, 2020; SOALHEIRO; MARTINS, 2017). Vale ressaltar que muitas vezes os profissionais da APS já realizam várias

dessas estratégias de cuidado, mas não as reconhecem como tal ou não são valorizados por isso.

Outra questão que foi levantada nesta subcategoria está relacionada à definição, muitas vezes, de um profissional de referência na equipe para atender pacientes com questões de saúde mental, em especial os usuários de álcool e drogas. Foi dito por alguns participantes que, várias vezes, quando chega um usuário que está alcoolizado, ou que usou drogas, ou outros casos de doença mental, não necessariamente envolvendo uso de AD chamam “aquela profissional que gosta de atender essas demandas e tem perfil”. Isso pode acabar sobrecarregando o profissional em questão com essas demandas, além de todas as outras que ele ou ela tem para atender na APS. Vejamos algumas falas ilustrativas:

“Ter um profissional de referência para atender saúde mental. Ex: o fulano de saúde mental é da ou do profissional tal” (P6).

“Toda a equipe precisa atender, acolher os pacientes de saúde mental, não pode deixar só para um profissional de referência, deixar só para quem gosta” (P7).

“Ter só um ou dois profissionais de referência na Unidade para atender saúde mental” (P16).

“Poucos profissionais se identificam com a área de saúde mental” (P29).

Daí a importância do compartilhamento do cuidado, para não sobrecarregar um só profissional, sensibilizar toda a equipe para a realização do acolhimento, da escuta, do acompanhamento compartilhado. Também já foi referido nesta pesquisa que todos os profissionais da APS precisam ser capacitados de forma equânime, para se sentirem cada vez mais seguros no cuidado em saúde. Como exemplo, tem-se o relato exposto acima, sobre o matriciamento e o trabalho em equipe realizado na ESF Medianeira.

Outro aspecto muito relevante que foi trazido como nó é referente ao modelo de saúde que está sendo mais valorizado, baseado unicamente em produção, em números. Abaixo, estão algumas falas dos diálogos com os participantes desta pesquisa relacionadas a esse ponto:

“Preocupação com o número de consultas, fazendo com que os atendimentos sejam mais breves. Exigência da gestão” (P6).

“O modelo gerencialista que está sendo implantado hoje na AB em Porto Alegre baseado na produção, no procedimento, no número de consultas, centrado na medicalização, trabalha na lógica da queixa-conduta” (P10).

“Saúde hoje na AB baseada em produção, médico centrada” (P11).

“Novo modelo Saúde na Hora, Clínicas de Família e como resultado de tudo isso é a relação de cuidado baseada na queixa-conduta. Esse modelo não valoriza o cuidado integral” (P18).

“Modelo de saúde baseado em produção, números” (P22)”.

“Modelo de produção na base de números” (P23).

Um ensaio sobre o trabalho coletivo em saúde, com foco nas suas especificidades e nas dificuldades para construir e fazer a gestão dos coletivos de trabalho, refere que a configuração atual da organização e da gestão do trabalho permanece sendo baseada prevalentemente nos princípios que acabam por sacrificar a subjetividade do trabalhador em nome do lucro, da competitividade. Se por um lado aumenta a produção, por outro fragmenta coletivos e faz uma divisão entre o trabalho e o conjunto da vida, com isso agravando as doenças decorrentes do trabalho. O artigo coloca também que não existe atividade humana que possa ser totalmente controlada. Com as mudanças sociais, tecnológicas, econômicas e outras, os trabalhadores, coletivamente, vão se renovando permanentemente acerca do debate sobre o trabalho e o emprego da força coletiva. Uma das conclusões do estudo foi que quando uma organização fala para o trabalhador que este deve se limitar ao prescrito, ela impede que este trabalhador contribua com seu conhecimento para problematizar as questões referentes ao trabalho enquanto um lugar e um tempo de produção de capacidades. (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Outro nó apontado nesta subcategoria foi relacionado à sobrecarga de trabalho, à grande demanda de atendimentos na APS e à organização do tempo da agenda dos profissionais, especialmente médicos, e enfermeiros, para poderem realizar uma escuta qualificada junto às pessoas com questões de sofrimento ou

doença mental, o que exige um tempo maior do que aquele normalmente previsto. Conforme trechos selecionados nos diálogos:

“A demanda está se tornando grande envolvendo problemas de saúde mental nas comunidades e no mundo. Como dar conta de todo esse volume de coisas de SM na AB? [...] A organização do tempo de atendimento, agendas dos profissionais para acolhimento, consultas em SM, que são diferenciadas, requerem mais tempo porque requerem mais conversa, têm menos parâmetros concretos, objetivos, físicos e muito mais subjetividade, são mais complexos e isso impacta na agenda” (P1).

*“Há uma sobrecarga de trabalho. [...] Cobrança pelo tempo de atendimento de 20/20min. Pouco tempo para atender SM, sensação de culpa muitas vezes por não conseguir dar a devida atenção que este merecia e precisava ou, se ficasse o tempo necessário, tinha que entrar no horário de almoço atendendo, fico angustiada por deixar outros pacientes esperando. Tudo isso gera um sofrimento no profissional” (P4).
“A saúde mental é uma demanda enorme dentro da AB que muitas vezes a gente ignora para poder sobreviver na AB” (P6).*

“Tempo de atendimento insuficiente para ofertar um cuidado adequado em SM. Uma consulta de 20 min é muito pouco para esse tipo de atendimento” (P5).

“Em geral se precisa mais tempo para fazer uma escuta mais qualificada do paciente, mas tem uma outra demanda aguardando e acolhimento” (P7).

Um estudo que teve como finalidade identificar os elementos que podem aumentar ou reduzir a carga de trabalho do enfermeiro da ESF identificou que um dos componentes relevantes que provoca aumento da carga de trabalho é a grande demanda de atendimentos das UBS associada à complexidade das necessidades dos usuários, bem como a situação de vulnerabilidade social em que essas pessoas vivem. (BIFF *et al.*, 2020).

7.2 Categoria 2 – Nós relacionados à gestão

7.2.1 Modelo de gestão

Nesta subcategoria apareceram os seguintes itens:

- Extinção do NASF da GDGCC.
- Terceirização dos serviços de saúde da AB.
- Fechamento de Unidades de Saúde da AB.
- Redução dos espaços de reunião de equipe.
- Inexistência de uma orientação formal da gestão para agendas de atendimento em Saúde mental.
- Não há uma exigência em atender sofrimentos ou transtornos mentais na AB.

O subitem que diz respeito ao término do NASF na GDGCC aconteceu em dezembro de 2018. Esse nó foi apontado por vários participantes da pesquisa. Referiram que isso deixou uma lacuna na EPS, principalmente na saúde mental, pois os matriciamentos que eram realizados com as ESF eram um grande suporte para os profissionais da APS. Estes discutiam os casos com os profissionais especialistas do NASF, havia uma partilha de conhecimentos, com maior resolutividade nos casos matriciados. Para aqueles usuários que necessitavam ser encaminhados para o serviço especializado, o encaminhamento era mais qualificado, pois os casos já haviam sido discutidos e eram realmente aqueles casos que ultrapassavam os limites de atuação da APS. Depois que a gestão municipal terminou com o NASF dessa gerência, as equipes ficaram sem suporte de matriciamento, restringindo as possibilidades de EPS no cotidiano dos profissionais, o que gerou bastante descontentamento por parte das equipes.

Na ESF Medianeira, por exemplo, onde a pesquisadora trabalhava, a equipe do NASF era formada por duas fisioterapeutas, uma nutricionista, uma psiquiatra, um assistente social e chegou a contar com uma médica ginecologista e obstetra e uma psicóloga por um período. Essa equipe participava junto com os profissionais da ESF em diversas atividades: saúde das mulheres, grupo de gestantes, grupo de hipertensos e diabéticos, reuniões de equipe. Faziam também visitas domiciliares em conjunto, ajudavam no planejamento de várias atividades, enfim, era uma equipe que apoiava muito.

Abaixo, algumas falas que se referem ao término do NASF nos diálogos:

“Falta do NASF como parceiro para ações de EPS nas ESF” (P6).

“Falta do apoio matricial” (P7).

“Falta do apoio do NASF que foi terminado nessa gestão” (P9).

“O fim do NASF prejudicou de forma muito grande a EPS nas ESF, aonde o cuidado em saúde mental era bem compartilhado, com isto fragiliza muito as equipes e esta fragilidade reflete muito na recusa de atender questões de agravos mentais como mecanismo de defesa da equipe” (P18).

“Ter terminado o NASF” (P25).

Um estudo que se propôs a analisar a abordagem do apoio matricial em saúde mental nas ESF e a sua relação com as situações de crise em saúde mental, identificou que os participantes das atividades de apoio matricial consideraram que as discussões dos casos clínicos ajudam a equipe da ESF na orientação desses casos, evitando alguns encaminhamentos. Os participantes falaram também sobre a importância das discussões de caso com os profissionais matriciadores antes de encaminharem os pacientes. Avaliaram que as discussões de caso asseguram uma avaliação melhor da gravidade dos casos, dos riscos e vulnerabilidades, qualificando os encaminhamentos. (MINOZZO; COSTA, 2013).

O NASF realiza uma responsabilização compartilhada com as ESF, contribuem no sentido de um cuidado integral aos usuários, por meio da expansão da clínica, ajudando na ampliação da capacidade de análise e de interferir nos problemas e necessidades de saúde clínicos e sanitários. Dentre as ações desenvolvidas pelo NASF, estão a EPS e discussão do processo de trabalho das equipes. (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva de compartilhamento do cuidado através do matriciamento, Campos e Domitti (2007) mencionam que o apoio matricial e a equipe de referência são concomitantemente arranjos organizacionais e um recurso metodológico para a saúde que, com a finalidade de aumentar as oportunidades de efetivar a clínica ampliada e o diálogo entre diferentes profissões e especialidades.

As reuniões de equipe são espaços privilegiados para EPS através do compartilhamento do cuidado, integração interdisciplinar e de cuidado com o trabalhador também. E nesse sentido, o matriciamento ocupa um lugar importante,

desenvolvendo atividades com toda equipe. Os participantes desta pesquisa evidenciaram, diante do término do NASF, a importância de serem mantidos esses espaços, que fortalecem e qualificam o cuidado, especialmente no campo da saúde mental.

Leite e Rocha (2017), em um estudo que objetivou mostrar a perspectiva dos gestores e profissionais da saúde da RAPS de Porto Alegre com relação a como e em que espaços é possível produzir EPS, referem que a EPS representa um instrumento muito importante para a transformação dos processos de trabalho, de modo especial no que se refere à saúde mental. A EPS vai ao encontro da produção coletiva dos processos de atenção à saúde, envolvendo a interdisciplinaridade. E uma das ferramentas para essa construção metodológica, dentre outras, são as reuniões de equipe, um espaço relevante onde os membros da equipe podem colocar em análise seu fazer em saúde no cotidiano. Apontam ainda que a reunião de equipe é uma potência, enquanto coletivo, para os enfrentamentos dos desafios e conflitos. É um momento de encontro, que propicia o compartilhamento e o apoio mútuo.

Diante do exposto, percebe-se a relevância do apoio matricial para as ESF, no sentido do compartilhamento do cuidado, do trabalho interdisciplinar, da EPS e do cuidado integral, e dos espaços de reunião de equipe como potência na construção do cuidado compartilhado, ao mesmo tempo em que promove a EPS nas equipes.

Algumas falas dos participantes ilustram questões relacionadas à falta das reuniões de equipe:

“O término das reuniões de equipe que eram espaços privilegiados de EPS” (P7).

“Falta espaço para os profissionais compartilharem, um ensinar o outro” (P11).

“Falta de incentivo e apoio da gestão para momentos de reuniões de equipe. A iniciativa parte do profissional para a gestão e não o inverso” (P19).

“Término das reuniões de equipe” (P22).

“Reuniões de equipe que estão suspensas” (P29).

Outro fato importante, que está ocorrendo no município de Porto Alegre, é a terceirização dos serviços de APS. Nesse processo, a administração dos recursos humanos e dos serviços está sendo transferida para empresas hospitalares privadas. Com isso, ocorreram também o fechamento de algumas US, e as pessoas atendidas por essas unidades foram referenciadas para outras, ocasionando uma enorme demanda em algumas unidades maiores, algumas das quais estão sendo transformadas em Clínicas da Família. Os trabalhadores que são concursados públicos estão sendo demitidos e remanejados em massa, trocados por trabalhadores das empresas privadas. Essas questões têm um enorme impacto no cuidado em saúde.

Nos diálogos, os participantes colocaram que a terceirização da APS traz muitos prejuízos à longitudinalidade do cuidado, ao vínculo com o usuário e em especial o usuário que tem problemas relacionados à saúde mental, pois, em geral, são situações que requerem um tempo maior para construção de uma relação de confiança com o profissional para poder falar de seus sofrimentos. Portanto, a quebra de longitudinalidade não favorece um cuidado adequado aos usuários, especialmente aqueles com demandas de saúde mental.

Neste sentido, o estudo de Daneliu *et al.* (2019) traz questões que nos fazem pensar: que tipo de gestão se quer em saúde?

A referida pesquisa estudou o caso de um hospital universitário que passou a ser gerido por uma empresa estatal de direito privado desde 2014. Os pesquisadores questionam na conclusão da pesquisa: Qual o tipo de pessoa que se quer formar num modelo de gestão organizado com base em resultados, metas, centralizadora, cheia de cargos hierárquicos, com muito pouca ou inexistente participação dos trabalhadores nos processos de trabalho e nas tomadas de decisões? (DANELIU *et al.*, 2019).

Outro estudo que se propôs a analisar as vivências dos trabalhadores da atenção básica dos sistemas públicos de saúde da Colômbia e do Brasil face à lógica neoliberal, produzida através de entrevistas com dois grupos de trabalhadores da atenção básica, incluindo profissionais da assistência e do administrativo, em Bucaramanga, na Colômbia, e em de Campinas, SP, Brasil. O estudo concluiu que os principais efeitos que a lógica neoliberal tem causado nos trabalhadores da saúde

pública nos dois países dizem respeito às mudanças incorporadas nas condições, nas relações e na organização do trabalho, os quais tiveram um impacto relacionado ao processo de trabalho tanto dos trabalhadores quanto do cuidado prestado aos usuários. Na Colômbia, na cidade pesquisada, esse modelo privatizado trouxe consequências para os trabalhadores: perda da autonomia profissional, precarização trabalhista no setor, relação da equipe marcada pela desunião e configuração desfavorável do relacionamento com os usuários. Estas duas últimas consequências são causadas pelo distanciamento do modelo da atenção primária, assim perdendo a contiguidade com a comunidade. No entanto, em Campinas, SP, ainda que mantidos alguns preceitos da APS, foi constatado que, atualmente, muitas ações que caracterizam a desconstrução do sistema público de saúde, como a demanda excessiva de trabalho para as equipes, não têm uma diretriz sistemática com relação aos programas, condicionando-os, de uma certa forma, à gestão política do momento, e favorecendo a entrada da terceirização, na mesma direção da Colômbia, porém de forma mais morosa. Nessa pesquisa, surgiram questionamentos como: a repercussão desse contexto na subjetividade do trabalhador relativa ao trabalho, à sua vida pessoal e familiar, bem como à sua saúde física e mental. Também, evocou questões sobre que estratégias de enfrentamento os trabalhadores estão articulando para resistir no dia a dia do trabalho. (PINZÓN; BERNARDO, 2017).

Da mesma forma, outro ensaio que versa sobre o SUS como política estatal converge com o estudo acima mencionado, ao referir que a relação público-privada insere no lugar público os serviços terceirizados, precarizando os vínculos e direitos trabalhistas e gerando desgaste e sofrimento do trabalhador. O ensaio traz as seguintes indagações: de que maneira se pode humanizar o SUS com investimento financeiro escasso? Como humanizar o cuidado em saúde com a precarização das condições de trabalho e de vida, as quais estão no cerne dos problemas de saúde? De que forma humanizar o cuidado em saúde explorando a classe trabalhadora e o dia a dia de trabalho? Por fim, os movimentos sociais concebem uma tensão, difundem e manifestam essa relação de forças. Nesse sentido, todo esse processo pode ser considerado um aprendizado político de lutas que são cada vez mais frequentes e potentes. (CAMPOS *et al.*, 2015).

Com relação à terceirização dos serviços de APS em Porto Alegre, os participantes desta pesquisa referiram:

“Desmonte do SUS em Porto Alegre. Terceirização do profissional da saúde, precarização de vínculo trabalhista, falta de estabilidade do servidor (P8).

“Quebra de vínculo com o usuário em função dessa rotatividade do trabalhador e que agora em Porto Alegre está muito evidente devido à terceirização da APS” (P11).

“Desmonte da AB em Porto Alegre. Terceirização da saúde” (P12).

“Precarização das equipes de APS” (P17).

“Fechamento das Unidades de Saúde para juntar com outras- com isso, junta a população dessas US, ficando uma demanda de atendimentos muito grande na AB” (P18).

“O desmonte das US, com isso a quebra de vínculo com os usuários por causa da saída de todos profissionais das equipes” (P22).

“A junção das unidades de saúde, por isso fica muita gente para atender” (P23).

“Com a terceirização da AB, o cuidado em saúde mental desqualificou. Agora não abraçam mais essa causa de saúde mental” (P24).

“Quebra de vínculo entre usuários e equipe e vice-versa, devido ao fechamento da unidade de saúde na comunidade” (P25).

“A terceirização das US, quebra do vínculo, da longitudinalidade do cuidado com a saída de todos os profissionais da equipe” (P26).

“Terceirização da AB e com isso a precarização dos vínculos de trabalho” (P27).

Outro ponto levantado nesta categoria está relacionado à falta de flexibilidade na agenda dos profissionais, o que impede que estes possam gerenciar o tempo de consulta, mais ou menos tempo, de acordo com a demanda e o tipo de paciente. Também foi apontado que o atendimento em saúde mental na APS não é considerado prioritário por parte da gestão, assim como são vários outros tipos de atendimento, que ganharam programas específicos, como: crianças até dois anos de idade (Programa Pra-nenê), gestantes (programa de pré-natal), saúde da mulher, hipertensos e diabéticos (Hiperdia). A saúde mental não tem ações estratégicas como esses programas e parece não ter a mesma visibilidade e valorização no nível da gestão.

Um estudo que teve como finalidade fazer uma análise das atividades de atenção à saúde mental desenvolvidas por uma ESF, em Fortaleza, CE, mostrou que o acompanhamento das pessoas com sofrimento mental na APS coloca em evidência algumas dificuldades, como o fato de não haver um horário especial para atender esses usuários. Além disso, ficou evidenciado que os profissionais demonstram limitações relacionadas à falta de treinamento adequado para o cuidado de pessoas com sofrimento psíquico. E quando tiveram algum tipo de treinamento, ou mesmo quando exerciam alguma atividade no campo da saúde mental, percebeu-se que foram ações reduzidas, cursos com duração pequena e/ou atividades desenvolvidas em conjunto com a equipe de matriciamento. (SILVA, 2017b).

Corroborando com este estudo, nos diálogos desta pesquisa, profissionais apontaram como nó no atendimento em SM na APS, a questão da agenda, pelo tempo maior que os atendimentos em saúde mental costumam demandar, pela necessidade de escuta qualificada, e esse tempo não está programado nas agendas dos profissionais da APS. Vejamos a seleção de trechos relacionados ao tempo na agenda:

“A organização do tempo de atendimento, agendas dos profissionais para acolhimento, consultas em SM, que são diferenciadas, requerem mais tempo porque requerem mais conversa, têm menos parâmetros concretos, objetivos, físicos, e muito mais subjetividade, são mais complexos e isso impacta na agenda” (P1).

“Não se tem um horário na agenda dos profissionais para poder conversar com a AB, periodicamente, a distância, para discutir casos, ajudar a AB. Os pacientes seriam beneficiados com isso” (P2).

“Falta de apoio institucional para os profissionais. Muitos profissionais enfrentam conflitos. Tem que brigar para se ter um horário mais estendido para o atendimento ao paciente portador de sofrimento mental ou outros transtornos mentais. Isso é muito desgastante para o profissional” (P18).

Assim, percebe-se que a pressão por um atendimento em determinado tempo previsto, sem levar em consideração o tipo de atendimento e a demanda do usuário, é considerada uma dificuldade para um cuidado mais qualificado em saúde mental.

7.2.2 Infraestrutura e recursos humanos

Nesta subcategoria foi possível evidenciar os seguintes tópicos:

- Falta de infraestrutura de locomoção para o deslocamento dos profissionais para matriciamento na Atenção Básica.
- Insuficiência de oferta de serviços especializados em saúde mental no município.
- Longo tempo de espera para os pacientes serem atendidos nos serviços especializados.
- Investimento insuficiente na saúde mental para atender as necessidades da AB em suas complexidades.
- Recursos humanos insuficientes nos serviços especializados para dar suporte para a AB.
- Dificuldade na regulação com o SAMU para atendimento de pacientes em crise que precisam ser removidos das Unidades de saúde.
- Grande rotatividade dos profissionais da AB.
- Falta de investimento na Educação Permanente em Saúde (EPS) na AB.

Outro nó que foi referido pelos participantes da pesquisa diz respeito a questões de estrutura, tanto recursos humanos, quanto materiais, dificultando também o cuidado em saúde mental.

Um estudo que analisou como são percebidas e acolhidas as necessidades de SM por equipes de saúde da família, segundo visão dos enfermeiros, identificou que os principais obstáculos e fragilidades da ESF estão relacionados à fragilidade do próprio SUS, pela fragmentação desse sistema, poucas interlocuções entre os serviços, falta de integralidade da atenção, além disso, existe a questão do acesso que não é igual nos diferentes níveis de atenção, isto é, o apoio organizacional é deficiente para a solução dos problemas, bem como para encaminhar os pacientes conforme as suas necessidades. (SOUZA; LUIS, 2012).

O nó relacionado à pouca quantidade de recursos humanos para dar suporte no cuidado em SM na APS, que os participantes da pesquisa verbalizaram nos diálogos, refere-se ao fato de que os profissionais dos serviços especializados em saúde mental têm um território muito grande para atender. Além disso, muitos

profissionais estão se aposentando e não estão sendo substituídos, o que sobrecarrega o serviço. Nesse contexto, esses profissionais referiram que ficam “apagando incêndio” e não conseguem fazer o trabalho como se deveria ser feito.

Outro ponto importante que apareceu nos diálogos, como uma das grandes fragilidades no cuidado e acompanhamento em saúde mental, é a alta rotatividade dos profissionais da APS no município de Porto Alegre, especialmente neste momento, em função da substituição de muitos profissionais de saúde ao mesmo tempo.

Um estudo realizado em um município do RS, que objetivou compreender o que os coordenadores dos serviços de saúde conheciam sobre EPS, apontou que um dos grandes desafios é a alta rotatividade de profissionais. (DUARTE; OLIVEIRA, 2012). Um relato de experiência descrito pelos integrantes do PET Saúde - Rede de Atenção Psicossocial, em uma UBS em Parnaíba, PI, evidenciou que a alta rotatividade dos profissionais dificulta os processos de trabalho na sua continuidade. (NOGUEIRA; BRITO, 2017). Outro estudo, realizado em 2012, o qual objetivou analisar a gestão do trabalho na AB em unidades que participavam do PMAQ-AB, apontou que a rotatividade dos profissionais prejudicava a efetividade do modelo de cuidado e a qualidade da atenção, com isso o usuário não se sentia satisfeito. (SEIDL *et al.*, 2014).

Outro estudo que se destinou a analisar a produção científica a respeito da RAS no cuidado em saúde mental, também apontou que a rotatividade dos profissionais da saúde é um tema repetido nas discussões sobre APS, e que a questão se agrava com a precarização dos vínculos de trabalho e a inexistência de políticas que visem qualificar a gestão do trabalho. Consequentemente, todo empenho na EPS para qualificar os processos de trabalho sofre as interferências da rotatividade, que acaba por fragilizar a longitudinalidade do cuidado. (SILVEIRA; COSTA; JORGE, 2018).

Outro nó relevante levantado pelos participantes dos diálogos foi a falta de investimento e incentivo por parte da gestão em EPS.

Um estudo que elaborou um painel brasileiro de participação, dispositivos e atendimento a demandas de EPS das ESF na AB, a partir da análise de dados secundários do MS, retirados do censo de avaliação externa do PMAQ-AB no 2º ciclo (2013), refere que, no atual cenário político, muitas são as dificuldades identificadas em um contexto de subfinanciamento histórico do sistema, de

desconstrução, falta de continuidade de alguns programas e por retrocessos estimulados pelo abismático congelamento dos investimentos financeiros em saúde, bem como o rigor fiscal. Outros fatores que se unem a esses incluem o fato de que muitos gestores privilegiam a produção (metas) em prejuízo da inserção de profissionais da saúde em atividades de formação e EPS, bem como uma infraestrutura precária de espaços, computadores, internet e dispositivos móveis, o que força as equipes a elaborar estratégias conjuntas para recriar o trabalho e a própria realidade. Conclui-se que é necessário mais investimento na EPS do trabalhador. (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Seguem algumas falas que vão ao encontro do exposto nos artigos:

“Gestão, recursos humanos, também precisa conhecer mais sobre saúde mental para poder promover um trabalho mais integrado” (P1).

“Falta de carro por parte da prefeitura para o deslocamento dos profissionais para matriciamento nas US e para visita domiciliar (VD)” (P2).

“Insuficiência de oferta de serviço de saúde mental na rede. Quando a gente precisa encaminhar um paciente para psicólogo, não consegue. Psiquiatra, não consegue. Então acaba encaminhando para CAPSII, ou CAPS AD, ou ESMA que são os serviços para atendimento adulto. Mas muitas vezes não se enquadram nos diagnósticos para serem atendidos nesses serviços” (P3).

“As equipes da atenção primária estão muito sós para acompanhar, tratar os usuários de SM” (P6).

“Falta de condições de trabalho” (P7).

“Falta de apoio do poder público, que não oferece ferramentas para o trabalhador conduzir atividades de grupo, por exemplo, de SM nas Unidades. Não tem apoio de recurso financeiro para contribuir com os grupos. Os próprios trabalhadores muitas vezes tiram dinheiro do próprio bolso para isto” (P9).

“Muita rotatividade das equipes” (P10).

“Falta de investimento da gestão em EPS e rotatividade dos profissionais. Suspensão da liberação de funcionários para fazer pós-graduação, cursos e outros. Falta de investimento na qualificação profissional” (P11).

“Rotatividade dos profissionais e com isso a quebra do vínculo com a comunidade” (P12).

“Ter poucos serviços especializados de SM para transtornos mentais no município. Por isso, não se faz um trabalho de CAPS e sim apaga incêndio e também dificuldade de dar apoio para a AB, porque hoje, da forma como o CAPS está, não tem “pernas” para dar o suporte necessário e adequado para a AB” (P15).

“As UBS são muito mal abastecidas, mal acompanhadas” (P16).

Conforme os estudos e as falas dos participantes da pesquisa, podemos perceber que o cuidado em saúde mental requer a presença de uma rede funcionando adequadamente e precisa de investimento em EPS por parte da gestão para qualificar cada vez mais os profissionais de saúde das equipes. Os profissionais que participaram da pesquisa apontaram que os serviços procuram fazer o cuidado em saúde mental da melhor forma que podem, porém, se tivesse mais apoio da gestão, esse cuidado seria ainda melhor, principalmente para o usuário dos serviços.

7.2.3 Comunicação e informação

Nesta subcategoria apareceram os seguintes itens:

- Falta de comunicação e sistemas de informação: Sistema de informação ESUS não se comunica com os serviços especializados.
- Falta de protocolo de atendimento em Saúde mental para a AB.
- Dificuldade no fluxo do paciente dentro do sistema de saúde.
- Não há indicadores para acompanhar os atendimentos de transtornos mentais na AB.
- Falta de diretrizes claras relacionadas ao apoio matricial bem como em EPS.

Essa subcategoria está relacionada às falhas nos sistemas de informação e comunicação apontadas pelos participantes da pesquisa, principalmente em relação à falta de integração dos sistemas de informação entre APS e serviços especializados, bem como com os hospitais. A falta de indicadores para que a gestão possa acompanhar os atendimentos de pacientes portadores de doença mental na APS e a falta de diretrizes claras para apoiar os profissionais da APS na assistência em saúde mental também foram apontadas como fragilidades.

Fontanive *et al.* (2013) referem que a utilização de Tecnologias de Informação

e Comunicação tem tido muitas experiências nacionais e internacionais importantes, trazendo resultados da utilização dessas ferramentas. Os prontuários eletrônicos armazenam acontecimentos que ocorrem no processo de atendimento em uma organização de saúde. Uma medida que seria fundamental com relação aos prontuários eletrônicos na APS é a integração com os demais níveis de atenção, com o objetivo de integrar a rede, a fim de que a APS possa coordenar o cuidado, bem como servir de recurso para o planejamento de políticas públicas.

Porto Alegre foi a primeira cidade do país a implementar o prontuário eletrônico em 100% das Unidades próprias do município pelo e-SUS, que é o Sistema de informação do MS que objetiva agilizar o atendimento e qualificar a Atenção Básica. O e-SUS foi aceito no município desde o seu lançamento em 2013. Em 2014 e 2015, a prefeitura equipou 125 Unidades com novos computadores e impressoras. A capacitação dos trabalhadores para trabalhar no sistema foi concluída no primeiro semestre de 2016. O e-SUS proporcionou aos trabalhadores da APS acessar o histórico de consultas e as condições de saúde do usuário, bem como exames previamente realizados e que estão inseridos nas bases de dados. (PORTO ALEGRE, 2016).

Porém, apesar de todos os avanços que esse sistema trouxe para qualificar o cuidado, o e-SUS não se comunica com outros serviços a não ser os da própria APS, e isso foi apontado por vários participantes da pesquisa no contexto do cuidado em saúde mental. Referem que se os sistemas tivessem interligados, entre APS, serviços especializados e hospitais, o acompanhamento desses pacientes seria melhor, mais completo, pois todos os profissionais de saúde, por onde esse usuário passasse, teriam acesso a tudo que foi feito com relação aos seus cuidados. Contudo, na realidade, não funciona dessa maneira, e a integração dos sistemas de informação representa um grande desafio para quem está na gestão. Abaixo, algumas falas dos participantes a respeito do sistema e-SUS:

“Sistema de informação e-SUS que não se comunica com o serviço especializado” (P14).

“Não tem um sistema de informação interligado: APS – serviços especializados (secundário e terciário)” (P23).

“Dificuldade de conseguir como AP acompanhar os pacientes que estão no nível secundário ou terciário de atenção. É só quando o paciente traz a informação. Isso é um nó muito grande que dificulta o acompanhamento e

a sequência do atendimento” (P9).

Segundo o MS, é atribuição da AB ordenar o funcionamento das RAS e para isso precisa realizar algumas funções, dentre elas, organizar o fluxo do paciente entre os diferentes pontos da atenção das RAS e organizar as necessidades dos usuários no tocante aos outros pontos da atenção à saúde. (BRASIL, 2013).

Contudo, há fragilidades no fluxo do usuário na rede de saúde como Moreira e Campos (2017) identificaram ao fazer uma análise sobre as ações da RAPS a partir da perspectiva do usuário. Seu estudo mostrou que existe uma vulnerabilidade na interlocução e na integração de cuidados nos serviços e assim as demandas de saúde mental ficam centralizadas nos serviços especializados, evidenciando a dificuldade do trabalho em rede. O estudo concluiu que essa fragilidade do trabalho em rede dificulta o dia a dia do usuário nos serviços.

“Tem uma fragilidade do cuidado em rede. Muitas vezes, o paciente que está no serviço especializado perde contato, o vínculo com a US, daí o paciente se considera do serviço especializado e não de uma rede de cuidado” (P2).

“Falta de comunicação entre a rede de atenção em saúde mental” (P6).

“Dificuldade no fluxo do paciente dentro do sistema de saúde. Muitas vezes, tinham casos complexos de saúde mental na Unidade e que se tinha poucos instrumentos para conduzir a situação da melhor forma possível. O sistema tem dificuldade, muitas vezes, de alcançar a complexidade de um atendimento como esse” (P9).

Outro nó apontado foi de que não há indicadores, no município, para monitorar os atendimentos de transtornos mentais na APS e, nesse sentido, há uma percepção, de alguns participantes, de que a gestão não valoriza a saúde mental.

Quanto ao termo indicadores, Rouquayrol (2012) o define, de maneira geral, como medidas-sínteses que incluem informação importante a respeito de alguns atributos e dimensões do estado de saúde. Vistas num todo, essas medidas precisam representar a situação sanitária de uma população para ajudar na vigilância das condições de saúde.

Um estudo que teve como finalidade verificar a oferta de ações e procedimentos pela ESF com base na Carteira de Serviço do Município do Rio de

Janeiro, RJ, e identificar quais eram os principais fatores associados a esta oferta nos distintos estratos populacionais, apontou que os serviços de saúde mental têm uma oferta muito baixa em todos os estratos, quando contrastados com outras ações de saúde, visto que a saúde mental não foi contemplada entre os dez setores estratégicos. O estudo mostrou também que existem poucos indicadores de saúde mental no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e que estes se encontram defasados. Diante disso, identificou que a saúde mental é uma área muito omitida no processo de trabalho da APS. (SALAZAR *et al.*, 2017).

O Plano de Ação sobre Saúde mental da OPAS refere que “não há saúde sem saúde mental”, evidenciando a impossibilidade de separar aspectos físicos e psicossociais no processo de saúde. O documento também chama a atenção de que os transtornos mentais elevam os riscos de incidência de outras doenças, bem como contribuem para a ocorrência de ferimentos intencionais e não intencionais. Por exemplo, está comprovado que a depressão predispõe ao infarto agudo do miocárdio, bem como ao diabetes, e que estas condições, por sua vez, aumentam as chances de depressão. O documento aponta também que vários fatores de risco são comuns tanto para transtorno mental quanto para outros agravos não transmissíveis. Por fim, o documento transmite a ideia de que uma coordenação integrada do cuidado em saúde melhora os resultados de ambos. Tal mensagem é especialmente relevante para a APS, onde o cuidado ao usuário se desenvolve com base no princípio da integralidade. (OPAS, 2014).

Outro nó levantado nesta subcategoria está relacionado ao fato de não existirem diretrizes claras, no nível municipal, para ações de EPS, nem para apoio matricial. Mesmo estes estados previstos na PNAB de 2017.

Conforme a PNAB do MS, uma das características fundamentais no processo de trabalho da AB é a EPS. Portanto, esta fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais que atuam na AB. O documento reforça a importância da EPS compreendida enquanto conhecimento desenvolvido no trabalho, construído de maneira que o aprender e o ensinar façam parte das organizações e do trabalho, colocando o fazer em análise nas práticas diárias dos trabalhadores. Assim, é essencial que a EPS seja desenvolvida nos espaços institucionalizados, como reuniões, fóruns territoriais, entre outros. Para tanto, ressalta que deve ser garantido espaço e carga horária para possibilitar a participação dos trabalhadores e gestores em processos de qualificação da equipe multiprofissional. A PNAB reforça, além

disso, estratégias que possam se associar aos espaços institucionais, onde equipe e gestores pensem e aprendam juntos, para modificar e potencializar os processos de trabalho no dia a dia, dentre as quais está a EPS. (BRASIL, 2017).

No Plano Municipal de Saúde da prefeitura de Porto Alegre, 2018-2021, um dos eixos presentes é a elaboração e implementação da Política de EPS da SMS. (PORTO ALEGRE, 2017). Porém, conforme colocado por alguns participantes desta pesquisa, até o momento, ocorreram somente alguns momentos de palestras e capacitações isoladas, não havendo uma diretriz clara de como esse eixo de EPS que está no Plano municipal seria colocado em prática. Outros colocaram também que não há continuidade nos momentos de formação e nem de incentivo para atividades de EPS nas equipes da APS, menos ainda em termos de saúde mental.

Essa situação através pode ser ilustrada por algumas falas dos participantes da pesquisa:

“Há uma falta de continuidade em EPS” (P3).

“[...] não ter EPS e falta de apoio da gestão para matriciamento e EPS” (P6).

“Não tem diretrizes claras nem para apoio, nem para EPS e que estão previstos na PNAB” (P10).

“Falta de investimento da gestão em EPS” (P11).

“Desvalorização por parte da gestão em EPS, a gestão não investe nisso” (P22).

Portanto, é necessário que a gestão reflita sobre como promover EPS junto às equipes, dialogar com os trabalhadores e com o controle social, para em conjunto elaborar diretrizes claras para o desenvolvimento da EPS na APS, de modo especial no que se refere à saúde mental para qualificar o cuidado desses usuários na APS.

7.3 Categoria 3 - Nós relacionados à saúde do trabalhador

A Saúde do Trabalhador é a esfera de domínio da saúde pública cujo objeto de estudo e ação é o processo saúde-doenças das pessoas vinculado ao trabalho.

Nesse campo da saúde pública, o trabalho pode ser apontado como uma estrutura construtiva da vida social, lugar de domínio e persistência dos trabalhadores(as), bem como determinante de condições de vida e saúde dos indivíduos. Assim, as transformações nos modos de produção devem ser com o propósito de promover a saúde, protegendo o(a) trabalhador(a) da doença e da morte e garantindo a atenção integral à sua saúde, considerando sua inclusão nos processos produtivos. (BRASIL, 2018).

Nesta categoria, surgiram duas subcategorias a partir dos diálogos com os participantes, as quais são expostas abaixo.

7.3.1 Cuidado com a saúde mental do trabalhador

Nesta subcategoria foi possível perceber o seguinte tópico:

- Falta de cuidado com a saúde mental do trabalhador.

Um relato de experiência realizado com trabalhadores da APS no Rio de Janeiro, com a intenção de contribuir para a construção de espaços de suporte, diálogo e reflexão, escuta ativa e estratégias que ajudassem os profissionais da saúde a se sentirem mais empoderados e resilientes, relata que condições de trabalho ruins e a sobrecarga física e psicológica são fatores que tornam o trabalhador vulnerável. O trabalho na APS, em função de sua própria natureza e da forma como é organizado, já coloca o trabalhador em situação de exposição a doenças e sofrimentos diversos. Nesse estudo, foram considerados fatores de adoecimento do profissional da APS, podendo levar o trabalhador(a) a desenvolver a Síndrome de Burnout: jornadas excessivas, precariedade dos vínculos trabalhistas, salários defasados. Dentre as possibilidades de intervir para que isto não ocorra, estão a EPS, a adoção de pausas durante as jornadas de trabalho, atividades em grupo para compartilhamento de experiências, dentre outras ações. (FERREIRA; ANDERSON, 2020).

Na mesma direção, uma revisão integrativa da literatura nacional, objetivando conhecer a produção de conhecimento sobre a saúde do trabalhador na ESF, identificou que a sobrecarga e as condições ambientais de trabalho estão relacionadas à motivação profissional e ao risco de adoecimento. No estudo, vários fatores foram mencionados como propulsores do adoecimento físico e mental dos profissionais: carga horária excessiva, falta de ambiente adequado, falta de

treinamento, baixos salários, cobrança por metas e resultados por parte da gestão, envolvimento emocional dos trabalhadores com os usuários de sua equipe, fragilidade do suporte intersetorial e interdisciplinar e a forma como o processo de trabalho é organizado. (FARIA *et al.*, 2020).

Há falas que ilustram a fragilidade no cuidado com a saúde do trabalhador, colocadas a seguir:

“Burnout, sobrecarga de trabalho” (P4).

“Saúde mental do trabalhador, se este não estiver bem não conseguirá atender bem e o Burnout. Não tem como fazer SM na AB sem cuidar da SM daqueles que trabalham” (P5).

“Saúde mental do trabalhador, não tem nenhum serviço na prefeitura que cuide disso” (P6).

“Falta de apoio por parte da gestão para os profissionais da AB, falta de espaço para compartilhar suas angústias, às vezes atendimentos que foram pesados” (P7).

“Desvalorização dos trabalhadores” (P17).

“Não tem na Instituição quem cuida da saúde mental do trabalhador” (P26).

Diante disso, percebe-se que o trabalhador(a) não se sente cuidado pela gestão em relação à sua saúde mental. A sobrecarga de trabalho, muitas vezes, não permite que o trabalhador pare uns instantes para fazer um lanche, respirar, descontraír um pouco, inclusive chegam a passar um turno inteiro sem parar nem para fazer suas necessidades básicas fisiológicas. Cronicamente, essa situação gera estresse e desgaste no profissional, e isso impacta no atendimento ao usuário. O trabalhador(a), via de regra, busca prestar um serviço de qualidade, mas, como mostram os estudos acima, é preciso que sejam oferecidas condições para isso.

7.3.2 Sofrimento do trabalhador relacionado a questões trabalhistas

Nesta subcategoria três pontos foram discutidos:

- Saúde mental do trabalhador do IMESF, muito sofrimento relacionado à ameaça constante de perda do emprego, pressão por parte da gestão, remanejamentos arbitrários e assédios.

- Desgaste com chefias para poder ter um horário mais estendido para atender pessoas com transtornos ou sofrimento mental.
- Falta de diálogo com os trabalhadores(as).

Esta subcategoria se refere à saúde mental do trabalhador, principalmente verbalizados por trabalhadores e trabalhadoras, concursados, do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família (IMESF), que administra a APS em Porto Alegre, ligada à Prefeitura municipal. Esses profissionais estão há um ano passando por estresse relacionado às constantes ameaças de demissão, remanejamentos arbitrários devido à terceirização dos serviços de APS. Percebe-se que essa situação está adoecendo muitos trabalhadores e isso, por consequência, prejudica o cuidado em saúde mental dos usuários, pois o trabalhador(a) precisa estar bem, ter condições de trabalho, para poder cuidar bem também.

A ESF é tida como alicerce estruturante da AB e ferramenta de reestruturação do SUS. Porém, o SUS da teoria não está em sintonia com o SUS da prática. A realidade do SUS, para os trabalhadores, é marcada por jornadas extensas, ritmo cansativo, quase sem pausas para descanso, muitas atribuições e com grande carga de responsabilidade, dentre outras questões. Tudo isso, produz sobrecarga emocional, que pode impactar na relação do profissional com o usuário. Portanto, a saúde mental do trabalhador sofre interferência direta das condições de trabalho, podendo deteriorar e se apresentar sob forma de depressão, Síndrome de Burnout e ansiedade, por exemplo. Dessa forma, é fundamental que os gestores atentem para a saúde mental do trabalhador, pois reflete diretamente no cuidado em saúde dos usuários do seu território. (FARIA *et al.*, 2020).

Outro estudo que propôs pesquisar a violência no trabalho vivenciada no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e como isso reflete na saúde psíquica do trabalhador, verificou que um dos elementos que refletiu na saúde dos trabalhadores entrevistados foi a violência institucional, que está relacionada a perda de sentido na produção do trabalho, sofrimento psíquico, piora da qualidade do cuidado ofertado, licenças médicas frequentes, rotatividade e absenteísmo. O estudo alerta também para o modelo de atenção que está sendo adotado pelos gestores públicos no Brasil, o modelo gerencialista. (GUIMARÃES *et al.*, 2020). Campos e Júnior (2016) referem que, no Brasil, de modo especial nas cidades onde a APS foi terceirizada através de Organizações Sociais, percebe-se que um dos fenômenos nocivos é o chamado gerencialismo, gestão baseada em rigorosos

sistemas de definição de metas com base nos procedimentos. Conforme Guimarães et al. (2020), este modelo provoca prejuízos à saúde mental do trabalhador.

Outra pesquisa, que realizou uma revisão da literatura a partir de artigos originais publicados nos últimos cinco anos, para verificar as evidências sobre assédio e sofrimento moral dos trabalhadores da enfermagem, mostrou que os principais fatores relacionados a essas situações estão no âmbito da gestão: falta de diálogo com os trabalhadores e falta de promoção de EPS por parte da gestão. Esse estudo também chama a atenção para a necessidade de haver espaços para o diálogo. (DIAS, 2017).

Seguem falas dos participantes da pesquisa, no tocante ao sofrimento no trabalho por causas trabalhistas:

“Principal nó é não ter uma linha de cuidado com a saúde mental do trabalhador” (P8).

“Saúde mental dos trabalhadores é um grande nó” (P11).

“Questões de saúde mental do trabalhador que está muito difícil” (P12).

“Falta de apoio institucional para os profissionais. Muitos profissionais enfrentam conflitos e têm que brigar para conseguir um horário mais estendido para atendimento ao paciente portador de transtorno ou sofrimento mental. Isso é muito desgastante para o profissional” (P18).

“Tudo o que está acontecendo com os trabalhadores do IMESF, gera muito sofrimento mental nos trabalhadores e quebra de vínculo com a comunidade aonde já se estava há anos. Eu cheguei a pensar quando fomos todos remanejados de unidade: esse funcionário morreu, esse funcionário que se doava. Porém, hoje continuo atendendo da mesma forma na Unidade em que estou agora. Estou tentando manter minha saúde mental, apesar da instabilidade do trabalho, podendo ser novamente remanejado ou demitido. Estou vivendo um dia de cada vez para não enlouquecer” (P22).

“O sofrimento mental do trabalhador com os remanejamentos arbitrários e a ameaça constante da perda do emprego desde setembro de 2019 para cá” (P26).

Todos esses nós relacionados à saúde do trabalhador afetam muito o cuidado em saúde mental dos usuários, como já foi mencionado acima. São situações que estão acontecendo em Porto Alegre, com a terceirização dos serviços, em que está havendo embates diretos entre o gestor público e os trabalhadores do IMESF. A

falta de abertura para o diálogo está causando sofrimento mental nos trabalhadores, muitos dos quais estão em licença médica em virtude do estresse institucional. O impacto disso no cuidado em saúde mental da comunidade é evidente.

7.4 Categoria 4 - Nós relacionados ao trabalho em rede

7.4.1 Comunicação e integração da RAPS

Nesta subcategoria apareceram os seguintes tópicos:

- Problema de comunicação entre os dois pontos de atenção da RAPS: APS e serviços especializados.
 - Falta de acompanhamento compartilhado entre AB e serviços especializados.
 - Falta de conhecimento por parte dos profissionais da APS sobre o funcionamento da RAPS, fluxos, encaminhamentos.
 - Pouca participação dos profissionais da AB nos fóruns da RAPS.
 - Falta de incentivo para participação dos profissionais da AB nos fóruns da RAPS.
- Falta de integração entre os serviços da RAPS.

Foi identificada também, nos diálogos, a fragilidade com relação à comunicação entre os serviços que compõem a RAPS, como também a pouquíssima participação dos profissionais da APS nos fóruns da RAPS e a falta de incentivo por parte da gestão. Os profissionais da APS que participam dos fóruns o fazem por iniciativa própria.

A RAPS foi constituída pelo MS em 2011. Entre os seus objetivos gerais, está assegurar a articulação de uma rede integrada entre os diferentes pontos de cuidado à saúde no território, com a finalidade de melhorar o cuidado através do acolhimento, da continuidade do cuidado e da atenção às emergências. Além disso, menciona, dentre os seus objetivos específicos, a promoção de EPS para os profissionais. (BRASIL, 2011b).

Com a RAPS, o MS indica uma nova organização do modelo de cuidados em saúde, partindo da atuação da AB de forma ampliada, chamando diferentes equipes para participar, com o propósito de desenvolver um trabalho interligado, por meio dos seguintes dispositivos: AB, Equipes de Consultório na Rua, atenção psicossocial

especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. (MOREIRA; CAMPOS, 2017)

Um estudo que propôs identificar a perspectiva de profissionais da ESF, NASF, CAPS II, CAPS AD E CAPSi, em Corumbá, MS, destacou que existe uma falta de integração e articulação entre as ESF com os demais serviços da RAPS. Esse estudo apontou também que reorganizar os processos de trabalho no cuidado com as pessoas com doença mental torna-se um compromisso, uma condição necessária para produzir saúde colocando a pessoa com doença mental no protagonismo de sua vida, sua saúde e sua cidadania. Além disso, é preciso que os profissionais e gestores se tornem parte integrante da RAPS, pela sua responsabilidade em promover a integralidade e incentivar a articulação entre esses serviços. É imprescindível que esse processo de integração envolva os diferentes atores: profissionais, gestores e usuários, impactando positivamente na saúde. (VIEIRA *et al.*, 2020).

Nesse sentido, os Fóruns da RAPS representam uma forma efetiva de promover a integração entre os serviços da RAPS e fortalecer os vínculos entre os profissionais envolvidos, o que, por sua vez, promove um acompanhamento compartilhado no cuidado com o usuário portador de sofrimento ou transtorno mental.

A constituição dos Fóruns da RAPS se deu em 2011, com o objetivo de construir espaços coletivos diversificados, heterogêneos e múltiplos para construir um novo modelo de cuidado às pessoas portadoras de sofrimento ou transtorno mental, incluindo usuários de álcool e drogas. (BRASIL, 2011b).

O Fórum da RAPS, constituído por profissionais de diferentes serviços, estabelece um método que tem por finalidade articular diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial. Possibilita o diálogo entre os serviços e o compartilhamento da coordenação e da execução do cuidado em saúde. Assim, a partir das relações que surgem nesse novo espaço, é possível refletir a respeito dos processos de trabalho, colocando em análise os fazeres e saberes em saúde, o que remete à EPS. (LEITE *et al.*, 2018).

Corroborando com esses estudos, percebemos, nos diálogos com os participantes desta pesquisa, que existe uma fragilidade quanto à integração entre

os serviços da RAPS da GDGCC, envolvendo tanto os profissionais da gestão quanto aqueles dos serviços:

“A comunicação entre os serviços da RAPS é um nó. Há uma fragilidade na Instituição para a participação de profissionais da AB nos fóruns da RAPS. Há uma falta de conhecimento sobre a RAPS” (P18).

“Conexão da APS com a atenção especializada, fluxo e trajetória do usuário entre os serviços é truncada, às vezes via de mão única. O problema de comunicação está entre os dois pontos de atenção e isso impacta no atendimento do usuário, porque daí não se constrói uma linha de cuidado para o paciente, e sim dinâmicas de serviço, e o paciente fica dividido: ou é de um lugar ou de outro” (P1).

“Precisa haver mais comunicação entre AB e serviço especializado. Há um entrave” (P2).

“Falta de comunicação na RAPS” (P6).

“A comunicação entre a AB e serviços especializados é incipiente e insuficiente” (P14).

“A atenção primária muitas vezes não sabe como encaminhar os pacientes, como pedir ajuda, não conhece os serviços especializados, como eles funcionam” (P16).

“Falta de comunicação da AB com os serviços especializados” (P19).

“Reuniões da RAPS suspensas devido à pandemia” (P3).

“Falta de participação da AB nos fóruns da RAPS, que ajudaria nessa aproximação entre AB e serviços especializados” (P13).

“A falta dos profissionais da AB nos fóruns da RAPS” (P15).

Conforme exposto, podemos verificar a importância da participação dos profissionais da APS nos fóruns da RAPS, uma vez que são espaços de EPS, onde ocorrem discussões de casos, integração entre os diferentes serviços que compõem a RAPS, possibilitando a formação de vínculo entre os profissionais. Além disso, os fóruns promovem um melhor conhecimento da rede de atenção, e tudo isso impacta positivamente no cuidado com os pacientes com sofrimentos ou transtornos mentais. Contudo, a participação dos profissionais da APS nos fóruns da RAPS da GDGCC

ainda é muito incipiente.

A periodicidade dos fóruns da RAPS é mensal, com duração de um turno. Na GDGCC, as reuniões acontecem em diferentes espaços, alternando entre os serviços.

7.4.2 Intersetorialidade

Esta subcategoria incluiu os seguintes tópicos:

- Pouco conhecimento e participação no controle social.
- Rede de apoio frágil: CRAS, CREAS, Redinha, rede, escolas.

A intersetorialidade se caracteriza por sua relação com distintos setores de maneira a alcançar o desenvolvimento mútuo. (SOARES; MARTINS, 2017).

Um estudo realizado entre janeiro de 2005 e agosto de 2015, que objetivou conhecer na literatura científica as atuações intersetoriais que eram desenvolvidas na saúde mental, observou a relevância da intersetorialidade na inclusão social e a sua contribuição na descentralização do cuidado na direção de outros serviços e recursos. O estudo aponta também que é preciso colocar em análise a inclusão de outros setores, pois não basta incluí-los, é preciso promover a comunicação entre eles. Os pesquisadores consideram que o maior desafio para haver uma articulação intersetorial é a comunicação e o compartilhamento dos casos de saúde mental. Destacam também a importância das políticas públicas se comprometerem promovendo o envolvimento de diferentes serviços e espaços da sociedade em uma cooperação para além do campo da saúde. Desse modo, é possível que, futuramente, se possa estabelecer um cuidado integral ao paciente de saúde mental. (SILVA, 2019).

Outro estudo que se propôs a fazer uma análise da concepção dos profissionais da ESF sobre saúde mental aponta que o envolvimento dos profissionais da ESF no cuidado em saúde mental, por si só, não é o suficiente para renovar as ações nesse campo, pelo fato de que essas ações não dependem somente do setor saúde. É necessário fortalecer as políticas intersetoriais, pois é preciso ampliar as oportunidades, promovendo o redimensionamento da pessoa com transtorno mental enquanto cidadã. O estudo ressalta, assim, a importância da estruturação de redes e articulação entre os serviços. (SILVA, 2017c).

Convergindo com os estudos acima, o MS aponta que o SUS ergueu uma

bandeira relevante com relação ao conceito de saúde, afirmando que não se trata somente da ausência de doença. O processo saúde-doença passa a ser entendido como “[...] um produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores”. Nessa perspectiva de conceito ampliado de saúde, a organização de redes faz-se uma estratégia fundamental, possibilitando a produção de respostas diversas ao desafio da produção de saúde. (BRASIL, 2009).

Esses estudos nos desafiam na construção do cuidado em rede. O setor saúde, sozinho, não consegue dar conta de todos os desafios envolvidos na atenção em saúde-doença. Em se tratando da doença mental, envolve ainda mais outros setores, como assistência social, escolas e outros. Podemos nos questionar: como estamos realizando o cuidado em saúde na APS? Há a integração entre diferentes setores no território? Como se dá essa integração?

“Falta melhorar o trabalho relacionado à intersectorialidade” (P30).

“Dificuldade na comunicação intersectorial. Ex: saúde-educação-assistência social. Isso dificulta muitas vezes a resolutividade de um atendimento integral ao paciente” (P9).

“Intersectorialidade frágil. A AB acaba muitas vezes tentando mediar essa lacuna e acaba tendo que absorver na Unidade. Por exemplo: se precisa de assistente social e muitas vezes não se consegue porque o serviço social na rede é precarizado” (P18).

“Precarização do CRAS, CREAS, dificultando muito o apoio à AB para complementar o cuidado com o usuário” (P23).

“Rede de apoio frágil - serviço social” (P26).

7.5 Categoria 5 - Nós relacionados à pandemia da COVID19

Estamos vivenciando no ano de 2020 uma crise mundial de saúde pública, causada pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2). A infecção pelo novo coronavírus foi identificada em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, e relacionada à doença chamada COVID-19. Logo foi disseminada, por transmissão pessoa a pessoa, com rapidez. É uma doença de amplo espectro clínico, indo desde infecções assintomáticas até quadros graves e fatais. Aproximadamente 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos (com

poucos sintomas), enquanto cerca de 20% dos casos detectados precisam de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória. Destes, aproximadamente 5% podem precisar de suporte ventilatório. Os sintomas podem variar desde um resfriado comum até uma Síndrome Respiratória Aguda Grave. (BRASIL, 2020a).

No dia 30/01/2020, a OMS já tinha declarado que o surto pelo novo coronavírus consistia em uma emergência de saúde pública de importância internacional, e no dia 11 de março do mesmo ano, a organização anunciou que a COVID-19 atingia o patamar de uma pandemia. (OPAS, 2020).

No Brasil, a transmissão comunitária pelo coronavírus foi declarada no dia 20 de março de 2020. Diante da emergência que o SARS-CoV-2, o MS tomou algumas medidas para o enfrentamento da COVID-19. Dentre elas, encontram-se: distanciamento social, etiqueta respiratórias, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados. A recomendação é que essas medidas sejam usadas de forma integrada, com a intenção de controlar a transmissão da COVID-19, assim possibilitando a retomada gradual das atividades em vários setores e a volta ao convívio social de forma segura. (BRASIL, 2020b).

Frente a esse agravamento de saúde pública, que surgiu no decorrer da pesquisa, foram apontados pelos participantes, nos diálogos, alguns nós relacionados ao atendimento em saúde mental em tempos de pandemia.

7.5.1 Demanda de atendimento de pacientes de SM da APS

Esta subcategoria tratou dos seguintes itens:

- Diminuição da procura por atendimento dos usuários de saúde mental na APS.
- Diminuição dos casos matriciados com a APS.

Esta subcategoria se refere à demanda por atendimento nas unidades de saúde. Na percepção dos participantes, houve diminuição da procura por atendimento em saúde mental dos pacientes crônicos, devido à recomendação do isolamento social como uma das medidas para contenção do coronavírus. A preocupação dos profissionais é com relação ao risco de descontinuidade dos acompanhamentos, pois, no contexto da pandemia, a procura está se dando

essencialmente para renovação de receitas.

“A pandemia está atrapalhando o cuidado em saúde mental na AB por dois fatores principais: o usuário de saúde mental mais complicado não está chegando mais nas unidades, está recolhido, esta demanda está reprimida e perda da continuidade do seu tratamento” (P1).

“Medo por parte dos usuários de pegar coronavírus” (P9).

“Com a pandemia, pelo fato de os pacientes de saúde mental não estarem procurando as unidades como antes, a prioridade dos atendimentos são respiratórios, acho que vai piorar os sintomas. O atendimento desses pacientes está mais restrito à renovação de receita. Atendimento pessoal” (P22).

“Com o COVID, aumentou os problemas de saúde mental, porque tem muita gente que está em sofrimento em casa e não está indo no posto, por medo de pegar a doença. A prioridade agora é o COVID, mas as pessoas com sofrimento mental estão ficando para trás. Acho que vão agravar os problemas de saúde mental por causa do COVID. Penso que não deveria tirar o olhar da saúde mental, porque os problemas tendem a agravar” (P24).

“Com o isolamento por causa da pandemia, pelo fato de as pessoas estarem indo bem menos no posto, está aumentando o sofrimento mental principalmente dos que já têm sofrimento. Têm medo de ir no posto pelo fato de correr o risco de pegar o COVID. O fato de a comunidade ser muito vulnerável socialmente, muita pobreza, a maioria não tem uma internet aonde possam acessar cuidados em saúde mental, por exemplo online, gratuito, dependem da unidade básica” (P25).

“As pessoas não estão acessando muitos serviços de saúde por medo do COVID, possivelmente vai gerar, depois que passar a pandemia, uma demanda enorme de procura por atendimento em saúde mental” (P26).

“As pessoas estão mais deprimidas devido ao isolamento, estão procurando o serviço de saúde mental, procurando ajuda, ligando para a secretaria de saúde, mandando e-mail, nível de sofrimento aumentando” (P27).

Um estudo que objetivou fazer uma análise das possibilidades de atuação dos serviços da APS no SUS, considerando o controle da pandemia e, concomitantemente, a função essencial que de garantir atenção cotidiana e capilarizada à população, refere que as ações realizadas no dia a dia da APS precisam ser mantidas durante a pandemia, visto que as previsões indicam um

longo curso com o novo vírus, com alternância de períodos de maior e menor isolamento social. Tal situação requer a adaptação de alguns procedimentos e a inclusão de outros, a fim de continuar atuando para realizar a sua missão, incorporando novas formas de cuidado na sua rotina, como os atendimentos à distância, mitigando o risco de agravamento da estrição do acesso e das desigualdades sociais. Por fim, mesmo com muitas dificuldades, é necessário reconhecer a capilaridade e a potência da capacidade de trabalho da ESF. Experiências muito bem-sucedidas pelo Brasil afora, tanto municipais quanto locais, têm expressado o esforço e a superação das ESF nos mais diferentes contextos. (MEDINA *et al.*, 2020).

Quanto à diminuição dos casos matriciados com a APS, uma participante verbalizou, quando o matriciamento era feito presencialmente, ou seja, quando o matriciador ia até a unidade de saúde discutir os casos com o profissional da APS, eram atendidos oito casos por dia. Agora, são no máximo três casos dia, porque, devido à recomendação dos órgãos de saúde, para evitar a circulação do profissional matriciador em várias unidades, as discussões são feitas por telefone ou WhatsApp, e com isso diminuiu a procura da APS por apoio matricial.

“Há uma diminuição significativa da demanda de discussão de casos com a atenção primária devido a esta discussão agora estar acontecendo por vídeo chamada, telefone e por enquanto não mais presencial” (P1).

“Falta de referência de cuidado em saúde mental, alguns pacientes não conseguem ficar isolados” (P5).

Com relação aos desafios que os profissionais que participaram da pesquisa trouxeram quanto aos atendimentos em saúde mental na pandemia, a consultora em saúde mental da OPAS, Catarina Dahl, fala sobre os principais desafios para promoção da atenção psicossocial em tempos de pandemia e refere que, em âmbito global, cerca de 75% das pessoas que necessitam de tratamento em saúde mental não estão tendo acesso, e a maior parte dessas pessoas vive em países de médio ou baixo poder financeiro. Esse hiato no cuidado em saúde mental reflete um problema relevante, visto que esses países são justamente os que mais necessitam fortalecer seus sistemas de saúde e a atenção em saúde mental. Em nível local, todas as ações e abordagens no cuidado em saúde mental e apoio psicossocial precisam ser contextualizadas considerando a pandemia e consequentemente o

distanciamento físico e o isolamento social como obstáculos. Assim, coloca-se a possibilidade de as intervenções serem feitas de forma remota, sem proximidade física. Há instrumentos para isso, porém, é necessário que sejam disponibilizados para todas e todos. Em países em desenvolvimento, como o Brasil, a maioria da população não possui internet regular, o que torna muito complicado o acompanhamento dos usuários à distância através de dispositivos de acesso remoto. (RIO DE JANEIRO, 2020).

7.5.2 Saúde mental do usuário

Nesta subcategoria foi abordada a potencialização do sofrimento mental dos usuários.

Conforme a OMS, a repercussão da pandemia na saúde mental dos indivíduos neste momento é muito preocupante: “o isolamento social, o medo de contágio e a perda de membros da família são agravados pelo sofrimento causado pela perda da renda e, muitas vezes, do emprego”. O documento refere também que a ansiedade e a depressão estão aumentando muito em diversos países. Houve também um aumento no consumo de álcool, que preocupa muito os especialistas da área da saúde mental. (OPAS, 2020).

Um estudo que teve como finalidade desenvolver pensamentos críticos a respeito dos efeitos do novo coronavírus nas pessoas e coletividades, identificou pânico generalizado e estresse relacionado à saúde mental levando a uma repercussão psicológica instantânea na sociedade por causa da pandemia e a um aumento nos sintomas de ansiedade e depressão. O estudo destaca, por fim, que os impactos da pandemia afetam direta e indiretamente a saúde mental da população, em diferentes aspectos, gerando grande preocupação em termos de saúde pública, pela perturbação psicossocial que extrapola a possibilidade de enfrentamento das pessoas acometidas. (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Corroborando com os artigos acima, os participantes da pesquisa enfatizaram sua preocupação com os casos de saúde mental, que estão aumentando, e os já existentes, agravando-se. Assim, a pandemia aparece como um desafio adicional no cuidado em saúde mental. Vejamos algumas falas:

“Está havendo um aumento dos quadros de ansiedade” (P1).

“Agravamento dos quadros de saúde mental, alguns pacientes não conseguem ficar isolados” (P5).

“Agravou os problemas de saúde mental: ansiedade, depressão devido ao isolamento” (P9).

7.5.3 Fórum da RAPS

Esta subcategoria tratou da suspensão das reuniões do Fórum da RAPS.

Os fóruns da RAPS estão suspensos em função da pandemia. Isto foi trazido como um nó, em função de que os fóruns da RAPS da GDGCC são momentos de EPS interdisciplinar e intersetorial, além de possibilitarem conhecimento dos serviços pois cada fórum é realizado em um serviço diferente.

7.5.4 Saúde mental do trabalhador

Nesta subcategoria discutiu-se sobre o aumento do sofrimento e da angústia dos profissionais da APS, por medo de contrair o coronavírus e transmitir para seus familiares

Conforme o Plano Nacional de enfrentamento da pandemia da COVID-19, de julho de 2020, que resultou de um enorme empenho de variadas entidades que trabalham na área da saúde e que formam a Frente pela Vida², destaca os problemas da precarização dos vínculos trabalhistas, das condições de trabalho inadequadas e da terceirização da saúde por meio da contratação de organizações sociais para administração de serviços e pessoal. Somado a todas essas questões, surge a conjuntura da pandemia, trazendo uma preocupação adicional aos profissionais que atuam diretamente atendendo pacientes com sintomas ou com diagnóstico de COVID-19, pelo risco de se contaminarem com o vírus. Sabe-se que os profissionais da saúde têm um elevado grau de exposição, o que atenuação especial de todas as esferas de gestão: municipal, estadual e federal, a fim de assegurar equipamentos de proteção individual (EPIs) para todos os profissionais, além de condições dignas de trabalho, para que esses profissionais possam ofertar um atendimento de qualidade e ao mesmo tempo garantir sua proteção. Ainda

² A Frente pela Vida é uma iniciativa formada por quatorze entidades científicas da saúde e bioética e pelo Conselho Nacional da Saúde (CNS). Esta entidade foi formada com o propósito de lançar um movimento amplo para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, fundamentado em evidências científicas e respeitando a saúde da população brasileira. (CNS, 2020)

chamam atenção que, além do número expressivo de trabalhadores da saúde que estão adoecendo e morrendo por causa da COVID-19, estão a sobrecarga e a pressão no trabalho, o medo, as incertezas e o assédio. (FRENTE PELA VIDA, 2020).

Na mesma linha, um ensaio sobre saúde do trabalhador e segurança do trabalho no contexto de enfrentamento da COVID-19, baseado em leis, políticas e recomendações internacionais sobre o assunto, refere que os trabalhadores da saúde têm três vezes mais chances de contrair o vírus se comparados à população geral. Os autores também chamam a atenção para as questões de precariedade trabalhista, desvalorização dos trabalhadores da saúde, salários baixos, sobrecarga de trabalho e escassez de ações de educação permanente direcionadas aos trabalhadores da saúde. Diante disso, a gestão assume um papel fundamental na tomada de decisões rápidas e eficazes, a fim de assegurar aos trabalhadores proteção e condições de trabalho dignas. (BARROSO *et al.*, 2020).

Corroborando com os artigos, algumas falas dos participantes da pesquisa ilustram os efeitos da pandemia na sua saúde mental.

“A saúde mental do trabalhador (cuidar de quem cuida), piorou na pandemia, a gestão não leva em conta a subjetividade do trabalhador e a precarização dos vínculos trabalhistas” (P8).

“Piorou a saúde mental do trabalhador” (P5).

“Medo por parte dos profissionais de contrair COVID-19 e contaminar seus familiares” (P9).

8 PRODUTO: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trata-se de um produto técnico, em formato de Guia ou Manual³, desenvolvido a partir dos diálogos realizados na pesquisa com diferentes atores envolvidos na gestão, controle social, universidade e profissionais da saúde no cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Serão apresentados um conjunto de diretrizes, abordando os temas e processos relativos à EPS, sistematizados a partir da análise dos diálogos entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa. Este conteúdo é, portanto, fruto do compartilhamento de ideias a partir das perguntas disparadoras. É resultado de uma construção participativa para qualificar o cuidado em saúde mental.

Os participantes identificam que a EPS é uma grande chave para qualificar os atendimentos e o acompanhamento em saúde mental. Apontam também para a importância de serem abordados, nas capacitações e seminários, temas que sejam praticados no cotidiano do trabalho.

É importante ressaltar que o processo de EPS para o cuidado em saúde mental na APS, está sendo proposto pela pesquisadora na perspectiva do modelo de atenção psicossocial, considerando a APS como cenário potente para incorporar esse modelo de cuidado.

Trapé e Campos (2017) referem que o “modelo” deve ser entendido sob uma perspectiva que reflita a realidade de uma organização e não como algo a ser seguido. Está relacionado a técnicas, tecnologias, concepções e teorias referentes a um certo momento social, político e histórico.

A atenção psicossocial diz respeito a um conjunto de práticas de cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico no seu território, na sua subjetividade, considerando o cuidado como um encontro com o outro; ofertar um cuidado conforme a outra pessoa se abre para esse cuidado. Assim, a atenção psicossocial procura ligar os aspectos subjetivos e sociais, por essa razão se chama psicossocial. O cuidado, então, compreende o sofrimento psíquico dentro de um processo complexo, o qual precisa de um olhar diferenciado e de práxis interdisciplinar. (SOALHEIRO; MARTINS, 2017).

³ O trabalho original pode ser acessado através do link: https://drive.google.com/file/d/1YxMwo8DCtatXZTucUtc_SmQqiFmHlaYT/view

Nesse sentido, Amarante (2007) nos desafia a pensar o campo da saúde mental e da atenção psicossocial como um processo e não como um modelo acabado. Como um modelo que está em movimento, em movimento social e complexo. Como um processo inacabado. O autor apresenta quatro dimensões dentro desse processo social complexo:

Perspectiva teórico-conceitual: na psiquiatria, segundo Franco Basaglia, a doença era considerada um fenômeno natural e, portanto, era percebida fora da pessoa. Assim, o enfoque era dado na doença e, colocando o sujeito entre parênteses. A proposta de Basaglia, conforme Amarante, é, ao contrário, ocupar-se do sujeito e de sua vivência e colocar a doença entre parênteses. Esse conceito de doença entre parênteses não deve ser entendido como uma negação de que existem experiências que causam dor, sofrimento, diferença ou mal, tampouco é rejeitar a experiência que a psiquiatria definiu como doença mental. Trata-se de romper com o modelo teórico-conceitual praticado pela psiquiatria, que acabou “coisificando” e objetivando o sujeito e se orientando pelas ciências naturais para conhecer as subjetividades. À medida em que a doença é colocada entre parênteses, os sujeitos que antes estavam invisíveis, anulados, obscuros, limitados a simples sintomas, passam a despontar. Aparece assim a possibilidade de encontrar com a pessoa nas suas dificuldades do dia a dia, seu trabalho, parentes, amigos, vizinhança, seus projetos de vida, seus desejos, e isso nos proporciona ampliar a visão sobre o indivíduo e seus problemas, no olhar da integralidade.

Perspectiva técnico-assistencial: esta dimensão tem correlação com a anterior, no sentido de que os serviços que atuam da forma onde o sujeito não está entre parênteses, não serão locais de exclusão, de punição, obediência, domínio, e sim locais de acolhimento, de atenção e compartilhamento social. Serviços que cuidam de pessoas nas suas subjetividades e que possibilitem a vivência em comunidade.

Perspectiva jurídico-política: esta dimensão nos desafia ao seguinte: se nos dispusermos a acolher as pessoas que estão em sofrimento, se nos direcionamos à pessoa e não à sua doença, podem surgir espaços terapêuticos de empatia, acolhida, sem preconceito, de confiança, de escuta, construção de subjetividades, aonde a pessoa consiga falar sobre suas angústias, suas experiências vividas. E, dessa forma, consiga contribuir na indagação prática das legislações e normas que excluem, produzindo estratégias efetivas de cidadania e atuação social.

Perspectiva sociocultural: Uma das concepções essenciais nesta dimensão diz respeito ao comprometimento que a sociedade teve na reforma psiquiátrica com a proposta de instigar a reflexão a respeito do tema da loucura, da doença mental, dos hospitais psiquiátricos, partindo da produção cultural dos próprios envolvidos: usuários, profissionais, familiares, pessoas voluntárias. Muitas iniciativas culturais foram promovidas pelas pessoas envolvidas, como apresentações musicais com cantores conhecidos, programas de rádio e televisão, dentre tantos outros, inclusive com algumas delas premiadas. Trata-se de trabalhar a dimensão sociocultural no trabalho em território, levando todos os envolvidos a refletirem sobre a loucura, a saúde mental, desmistificando estigmas e preconceitos.

8.1 Sugestões de temas relacionados à assistência em saúde mental e de processos para organizar estratégias de EPS

1. O preparo das atividades, as capacitações, os seminários devem ser **equânimes**, ou seja, devem envolver, em alguma medida, todos os profissionais da equipe de APS, para que, dentro das suas competências, em um modelo de trabalho interdisciplinar, possam realizar a sua contribuição no cuidado em saúde mental junto aos seus usuários. O cuidado não deve ser responsabilidade de um único profissional de referência na equipe.

2. Discussão sobre o que é saúde mental? Entendê-la como parte do sujeito, não como transtorno mental. Conceito de sofrimento psíquico, ligado ou não à presença de um transtorno mental.

3. Desmistificação do cuidado em saúde mental como algo inalcançável para os profissionais da APS. As pessoas com transtorno mental são igualmente usuários do serviço que precisam de cuidados. Estimular o interesse em aprender, ter abertura de espírito, para cuidar melhor.

4. Abordar, com todos os profissionais da equipe, noções básicas de urgência e emergência em saúde mental.

5. Conforme as competências de cada profissional, melhorar o preparo técnico da equipe, abordando: noções diagnósticas dos transtornos mentais comuns, suas características, e formas de apresentação e aspectos psicofarmacológicos relativos ao seu tratamento.

6. Abordar com toda equipe sobre álcool e outras drogas. Identificar que tipos

de substâncias são mais utilizadas pelos usuários do seu território de abrangência? Como os usuários gerenciam o uso da substância no território? De onde tiram dinheiro? Com isso, o profissional da saúde vai conhecendo melhor a vida e o comportamento das pessoas que usam substâncias.

7. Incluir a abordagem de redução de danos com os usuários de álcool e drogas.

8. Incluir momentos de capacitação específica para médicos e enfermeiros com conteúdo mais denso sobre: sintomatologia e diagnóstico, prescrição medicamentosa, cuidados com as medicações (orientar uso correto dos medicamentos, reconhecer efeitos indesejados, solicitar exames laboratoriais quando indicados para controlar dosagem sérica).

9. Utilização de outras ferramentas e recursos, especialmente não farmacológicos, que possam ser apropriados e adotados por outros profissionais, que não psiquiatras ou psicólogos, como: mindfulness, domínio das tecnologias leves (vínculo, escuta, relação, habilidades de comunicação), trabalhos em grupo, inclusive a terapia comunitária. Isso seria ótimo se fosse uma ferramenta usada corriqueiramente na AP.

10. Utilização do Projeto Terapêutico Singular⁴ (PTS) como ferramenta para abordagem de casos complexos.

11. Abordagem do usuário com questões de saúde mental como um cidadão do mundo (incluindo aspectos de moradia, trabalho, inserção social e outros). Abordagem da subjetividade da pessoa, em uma perspectiva de transversalidade e integralidade do cuidado. Garantir que o cuidado seja focado na pessoa e não no diagnóstico.

12. Criação de estratégias para formação de vínculo entre profissionais da APS e usuário, especialmente o usuário de AD (álcool/drogas), que é onde se identifica uma fragilidade maior.

13. Inclusão do usuário e de sua família no seu acompanhamento de saúde. Exemplo: Conversar com o usuário para ver o que está bom no atendimento e o que não está.

⁴ O Projeto Terapêutico Singular pode ser determinado como uma estratégia de cuidado que associa um conjunto de ações que resulta da discussão e da construção coletiva por uma equipe multidisciplinar, considerando as necessidades, expectativas, crenças e o contexto social em que a pessoa está inserida. O PTS implica em maior articulação interprofissional, realização de reuniões de equipe de maneira sistemática, a fim de refletir, discutir, compartilhar e se corresponsabilizar pelas ações de forma horizontalizada. (BRASIL, 2013).

14. Desconstrução do estigma e do preconceito, em especial dos usuários AD. Trabalhar adaptação da linguagem, habilidades de comunicação, empatia.

15. Reconhecimento da importância das peculiaridades locais, conforme as áreas de atuação das equipes de APS. Conhecimento do território, com suas características e perfil da população, para fazer um adequado planejamento do cuidado em saúde mental.

16. Abordagem de questões sobre o suicídio.

17. Abordagem da violência e como identificar sinais de que uma pessoa esteja sofrendo violência. Incluir capacitação sobre preenchimento da ficha de notificação de violência e a importância do preenchimento desta.

18. Flexibilização da agenda, com possibilidade de tempo de atendimento diferenciado para casos de saúde mental, para todos os profissionais. Para garantir esse aspecto, é fundamental o apoio da gestão.

19. Sensibilização de toda equipe para o acolhimento em saúde mental (especialmente usuários AD e pessoas em situação de rua) e instrumentalização com ferramentas (técnicas, abordagens de cuidado e outras) e estratégias para lidar com conflitos entre usuários e profissionais da saúde que acontecem muitas vezes nas unidades.

20. Importância da APS na formação do vínculo do usuário com o serviço especializado, sempre que o cuidado compartilhado se fizer necessário.

21. Fortalecimento de estratégias para construir linhas de cuidado entre APS e serviço especializado.

22. Fluxos de encaminhamentos para serviços especializados: que sejam do conhecimento de todos da equipe.

23. Importância do trabalho intersetorial, do trabalho em rede, envolvendo escola, assistência social, universidades e outros.

24. Importância da integração da RAPS. As equipes dos serviços devem se conhecer para que haja um trabalho de aproximação e de estreitamento da comunicação em rede e que cada um entenda melhor cada ponto da rede.

25. Inclusão de questões de saúde mental no Programa Saúde na Escola (PSE). Quanto a isso, um participante relatou um exemplo bem-sucedido:

“Na nossa unidade, uma profissional enfermeira vai a cada dois meses na Escola para trabalhar outras questões com as crianças e adolescentes,

que incluíam saúde mental. Com isso, muitas vezes as professoras da escola que a Unidade atendia, vinham até o posto trazendo questões que elas percebiam que precisavam ser trabalhadas com as crianças e/ou adolescentes, então os profissionais iam até a escola para fazer o trabalho. Ex: questões de automutilação, jogo da baleia azul. Isso resultou numa maior aproximação dos adolescentes com a Unidade, estes passaram a buscar atendimento na Unidade para diversas questões, dentre elas, depressão, ansiedade. Formou um grande vínculo entre adolescentes e os profissionais da Unidade” (P9).

26. Formação de grupos de usuários nas unidades, mas com outras denominações que não de saúde mental. Ter capacitação para desenvolver trabalho em grupos.

27. Convidar profissionais das escolas da área de abrangência da Unidade para partilhar como é a dinâmica da escola ou creche, para entender como os profissionais da saúde podem inserir-se na realização de um trabalho intersetorial.

28. Considerar o cenário de pandemia (como no caso da COVID-19), sendo flexível e adaptando as propostas às recomendações de saúde pública.

No trabalho de EPS, são linhas fundantes: o conceito ampliado de saúde da OMS, não dissociação entre o físico e o mental, o SUS e o trabalho em rede, a importância do controle social. Esses conceitos atravessam o percurso do trabalho de forma transversal.

A EPS se baseia na problematização da realidade, por isso é importante que as perguntas e reflexões da equipe e dos usuários tenham espaço para serem trabalhadas. Podemos e devemos nos perguntar:

- De que forma nós profissionais que atuamos na APS podemos provocar reflexões junto aos familiares, usuários, comunidade, sobre o tema da loucura?

- Na atenção em saúde mental na APS, qual modelo de cuidado estamos praticando? O quanto o usuário, a família, a comunidade estão envolvidas nesse cuidado? Quem colocamos entre parênteses: a doença ou a pessoa?

- Em que medida os profissionais da APS se envolvem com o controle social? E em que medida estimulam a participação da comunidade?

8.2 Reuniões de equipe como espaço de EPS

1. Fortalecer os espaços de reuniões de equipes, principalmente das

microequipes da ESF, como espaços privilegiados para discussão de casos e fortalecimento do cuidado compartilhado, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

2. Construir estratégias de cuidado no território.

3. Estimular parcerias com outros setores: escolas, assistência social e outros que possam agregar no cuidado compartilhado na perspectiva do território. Chamar esses setores para participar da reunião de equipe quando necessário, e também ir ao seu encontro em outras ocasiões, formando vínculo intersetorial. Isso favorece muito o cuidado em saúde mental como cuidado integral.

4. Nas reuniões de equipe, oportunizar espaços para o profissional poder verbalizar seus anseios, inseguranças e dificuldades no atendimento de questões de saúde mental.

5. A reunião de equipe como espaço de problematização e EPS: De que modo as reuniões de equipe nutrem ou podem nutrir a saúde mental trabalhador? Colocar as práticas em análise.

8.3 Saúde do trabalhador no centro da EPS

1. Cuidar do cuidador: ter momentos para avaliar, para pensar na saúde do trabalhador; fazer rodas de conversa, grupos terapêuticos, utilizar também a reunião de equipe como espaço de cuidado com o trabalhador.

2. Trabalhar a pessoa do profissional, sua subjetividade, afinal é uma pessoa cuidando de outra pessoa. Dentro de uma equipe, é muito importante que as pessoas se conheçam. Quem é o/a colega? Qual a sua história? Isso ajuda a ter empatia no ambiente de trabalho e humaniza os processos envolvidos, que via de regra se tornam mecânicos e desprovidos de sentido. Consequentemente, qualifica o cuidado ao usuário.

3. Partilhar sobre a saúde mental do trabalhador no contexto de pandemia.

4. A EPS como estratégia de cuidado dos próprios trabalhadores.

8.4 EPS e apoio matricial à distância

1. Com a pandemia, surgiu a possibilidade de matriciamento à distância. É uma nova modalidade, que precisa de investimento da gestão para funcionar,

formalizando o novo formato e disponibilizando as ferramentas necessárias para viabilizá-lo.

2. Ter um horário regular na agenda dos profissionais, tanto da APS quanto dos serviços especializados, para discussão de casos, podendo ser realizada presencialmente ou à distância. Nesse espaço, pode-se também discutir casos na perspectiva da transição do cuidado.

Um participante integrante de um serviço especializado citou como exemplo: a psiquiatra e a psicóloga foram até a UBS e discutiram com os profissionais da APS um caso que necessitava de transição do cuidado. Depois, na continuidade da transição, a especialista orientava a médica da UBS por telefone sempre que esta necessitava de ajuda. Ambas as partes avaliaram a experiência como muito boa, e enfatizaram que o cuidado não ficou segmentado. Exemplo: o médico da APS pode falar por telefone com o profissional do serviço especializado para ajudar a resolver uma questão pontual de medicação. Assim, não perderiam tempo se deslocando das Unidades. É uma possibilidade em tempos de pandemia, mas que também pode se estender para ocasiões rotineiras, pois agiliza a tomada de decisão e poupa recursos. A pandemia trouxe a possibilidade de usar dispositivos virtuais para fazer capacitações, articulações em rede e telemedicina. É preciso que essas ferramentas sejam sistematizadas e adaptadas à rotina dos profissionais.

3. Com o rápido desenvolvimento e disponibilização das ferramentas online, mesmo fora do contexto de pandemia, pode-se pensar em seguir utilizando esse formato, alternando entre presencial e virtual, por exemplo. Diversos recursos podem ser utilizados, com muita criatividade, como: gravação de vídeos que fiquem facilmente acessíveis, na biblioteca virtual da SMS-PMPA por exemplo, com conteúdo sobre as principais demandas dos profissionais no atendimento em saúde mental na APS. As dúvidas dos profissionais podem ser compiladas para elaborar material que fique acessível a todas as equipes.

Um dos participantes conta sobre sua experiência com atendimento remoto em tempos de pandemia:

“Por causa da COVID-19, começamos a fazer teleatendimento, atendimento remoto. Eu pensava que esse tipo de atendimento não iria funcionar, mas funcionou, acho que veio para ficar. Mas se se detecta que o paciente precisa de atendimento presencial, se faz” (P3).

4. Sugere-se também a disponibilização de um chat virtual para tirar dúvidas dos profissionais da APS sobre o cuidado em saúde mental. Poderia também ser via plataforma, aplicativo ou WhatsApp.

5. Após a pandemia, adaptar o uso da modalidade online, somando-se à presencial, aproveitando as experiências que deram certo. Esta discussão já está acontecendo na equipe do CAPS AD da GDCC. Isso porque tem usuários com muita dificuldade para chegar até o CAPS AD, devido aos deslocamentos e aos custos envolvidos. O CAPS AD atende uma região muito extensa, e assim a alternância entre atendimentos presenciais e online poderia ser benéfica.

É muito importante não perder de vista que são necessários mais serviços de CAPS no município de Porto Alegre, em uma perspectiva de território que se responsabilize pelas pessoas, famílias, que conheça os recursos que o território oferece, afim de ir além do atendimento e dos procedimentos. É preciso criar espaços de vida no território. Para isso, os CAPS têm que ter estrutura e recursos humanos apropriados. O CAPS deveria ser portas abertas também. A ideia de aumentar o quantitativo de CAPS está relacionada à possibilidade de ter CAPS que dialoguem e ajam no território, permanecendo próximos às equipes de APS também.

O atendimento on-line, como foi sugerido, é uma ferramenta que pode ajudar a compor as formas de cuidado, sempre tendo em vista as condições que o usuário tem de poder ser atendido nesta modalidade, mas esta ferramenta não pode ser vista como solução para os problemas de base.

8.5 Aspectos relacionados à EPS envolvendo os processos de gestão

1. Oferecer algum tipo de suporte para cuidar da saúde mental do(a) trabalhador(a), especialmente no atual contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus.

2. Importância de a gestão ser promotora da participação dos profissionais da APS nos Fóruns da RAPS.

3. Ter uma política e diretrizes claras para EPS em saúde mental e garantir a continuidade nos processos de educação continuada.

4. Formular diretrizes claras para o apoio matricial em saúde mental.

5. Avaliar, juntos aos trabalhadores(as) a possibilidade de, além de apoio matricial, capacitações e seminários, nas modalidades presencial e/ou a distância,

conforme o contexto, considerando os itens expostos acima. Com relação às atividades remotas, reforça-se a importância de a gestão formalizar o processo e disponibilizar as ferramentas necessárias para o seu adequado funcionamento.

6. Criar indicadores de acompanhamento pertinentes à saúde mental na APS, relativos aos transtornos mais prevalentes na APS, a fim possibilitar um monitoramento e dar mais visibilidade à saúde mental no nível da gestão.

7. Importância de a gestão dialogar com os trabalhadores(as).

8. Trabalhar no modelo da ESF na APS.

9. Reconstruir o NASF no município, pois contribui muito para a EPS na APS e qualifica o cuidado em saúde mental.

10. Que as políticas de saúde mental se baseiem no modelo de atenção psicossocial.

11. Dar mais visibilidade à saúde mental.

12. Para que a APS seja efetiva, necessita de muito suporte da gestão, considerando as necessidades das equipes, a complexidade dos atendimentos nesse nível de atenção e o bom funcionamento dos serviços articulados em rede.

Privilegiar a problematização, também no nível da gestão:

- Qual modelo de cuidado em saúde mental a gestão está adotando em suas diretrizes e políticas?

- Em que medida há participação do trabalhador e do controle social para construção das políticas públicas de atenção em saúde mental?

Destaco também a importância de usar meios criativos, promover atividades culturais, que toquem as pessoas, que façam sentido por meio do sensível: música, teatro, artes visuais, dança, etc. Atividades culturais que integrem usuários, familiares, comunidade e profissionais.

JAQUELINE NAIBERT¹

CAMILA GIUGLIANI²

**DIRETRIZES PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Porto Alegre

2020

1 Enfermeira, equipe ESF município POA, mestranda PPGENSAU.

2 Médica de família e comunidade, Professora da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da UFRGS.

APRESENTAÇÃO

Este material foi elaborado a partir de diálogos, realizados no decorrer de uma pesquisa de mestrado, com profissionais da Atenção primária à Saúde (APS), de serviços especializados em saúde mental, gestores, docentes universitários e integrante do controle social, todos envolvidos com o cuidado em saúde mental. As propostas de temas e processos para um programa de Educação Permanente em Saúde Mental (EPSM) aqui apresentadas foram sistematizadas a partir do conteúdo trazido nos diálogos.

A motivação para elaborar este material veio do anseio dos profissionais da APS por estarem inseridos em alguma proposta de EPSM, incluindo seminários e capacitações com temas voltados para a prática cotidiana dos serviços de saúde, bem como dinâmicas de reunião de equipe, apoio matricial, entre outros, a fim de qualificar o cuidado em saúde mental na APS e enfrentar a insegurança que vivem nesse campo.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a percepção de insegurança que os profissionais da APS têm com relação ao cuidado em saúde mental se dá também em função de a formação profissional em saúde ter o foco do seu trabalho principalmente na doença, e não na pessoa. Por isso, a expectativa que se tem, muitas vezes, é de acabar com os sintomas que os pacientes expõem. Expectativa esta que provavelmente não será correspondida, principalmente em se tratando de saúde mental. (BRASIL, 2013).

As pesquisas sobre o tema indicam que a qualificação dos profissionais é um fator muito importante para que a APS dê conta de atender os usuários com sofrimento mental e/ou transtornos de saúde mental. Esse foi um dos resultados do estudo que teve como finalidade determinar os itens do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que melhor avaliam a capacidade de atenção em saúde mental. (ROCHA *et al.*, 2018).

É de suma importância que todos os membros da equipe da APS se apropriem do cuidado em saúde mental e se sintam parte do processo de cuidado. Todos têm muito a contribuir. Para isso, a proposta de Educação Permanente em Saúde (EPS) precisa contemplar todos os membros da equipe.

Este referencial para EPS é uma proposta baseada na perspectiva do modelo de atenção psicossocial. Nesse modelo, o cuidado acontece no encontro com o

outro, conforme a outra pessoa se abre para esse cuidado, considerando o sujeito na sua subjetividade e no seu território. Os aspectos subjetivos e sociais se interligam, por isso o nome psicossocial. O cuidado nesta perspectiva compreende o sofrimento psíquico dentro de um processo, complexo o qual precisa de um olhar diferenciado e de práxis interdisciplinar. (SOALHEIRO; MARTINS, 2017).

A proposta abrange sugestões de abordagens em um programa de EPSM, dispostos nos seguintes itens:

- Temas emergentes relacionados à assistência em saúde mental e ideias para organizar estratégias de EPS
- Reuniões de equipe como espaço de EPS.
- Saúde do trabalhador no centro da EPS.
- EPS e apoio matricial à distância.
- Aspectos relacionados à EPS que envolvem os processos de gestão.

Ao longo do material, algumas questões para reflexão e análise, são expostas, a fim de colocar nosso fazer sempre em análise. Também são apresentados alguns exemplos exitosos vividos por equipes da APS e partilhados nos diálogos, que poderão servir de inspiração. Por fim, ao final, há sugestões de referências bibliográficas de apoio para auxiliar no processo de EPSM.

É importante ressaltar que a EPS é um processo inacabado, sempre teremos o que aprender e o que ensinar.

Como diz Paulo Freire:

“O homem existe no tempo. Está dentro. Está fora. Herda. Incorpora. Modifica. Porque está não preso a um tempo reduzido a um hoje permanente que o esmaga, emerge dele. Banha-se nele. Temporaliza-se”. (FREIRE, 1978, p. 41).

OBJETIVO

Apresentar diretrizes para apoiar iniciativas de Educação Permanente em Saúde Mental na Atenção Primária, com a intenção de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde mental.

TEMAS EMERGENTES RELACIONADOS À ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E IDEIAS PARA ORGANIZAR ESTRATÉGIAS DE EPS

1. O preparo das atividades, as capacitações, os seminários devem ser **equânimes**, ou seja, devem envolver, em alguma medida, todos os profissionais da equipe de APS, para que, dentro das suas competências, em um modelo de trabalho interdisciplinar, possam realizar a sua contribuição no cuidado em saúde mental junto aos seus usuários. O cuidado não deve ser responsabilidade de um único profissional de referência na equipe.

2. Discussão sobre o que é saúde mental? Entendê-la como parte do sujeito, não como transtorno mental. Conceito de sofrimento psíquico, ligado ou não à presença de um transtorno mental.

3. Desmistificação do cuidado em saúde mental como algo inalcançável para os profissionais da APS. As pessoas com transtorno mental são igualmente usuários do serviço que precisam de cuidados. Estimular o interesse em aprender, ter abertura de espírito, para cuidar melhor.

4. Abordar, com todos os profissionais da equipe, noções básicas de urgência e emergência em saúde mental.

5. Conforme as competências de cada profissional, melhorar o preparo técnico da equipe, abordando: noções diagnósticas dos transtornos mentais comuns, suas características, e formas de apresentação e aspectos psicofarmacológicos relativos ao seu tratamento.

6. Abordar com toda equipe sobre álcool e outras drogas. Identificar que tipos de substâncias são mais utilizadas pelos usuários do seu território de abrangência? Como os usuários gerenciam o uso da substância no território? De onde tiram dinheiro? Com isso, o profissional da saúde vai conhecendo melhor a vida e o comportamento das pessoas que usam substâncias.

7. Incluir a abordagem de redução de danos com os usuários de álcool e drogas.

8. Incluir momentos de capacitação específica para médicos e enfermeiros com conteúdo mais denso sobre: sintomatologia e diagnóstico, prescrição medicamentosa, cuidados com as medicações (orientar uso correto dos medicamentos, reconhecer efeitos indesejados, solicitar exames laboratoriais quando indicados para controlar dosagem sérica).

9. Utilização de outras ferramentas e recursos, especialmente não farmacológicos, que possam ser apropriados e adotados por outros profissionais, que não psiquiatras ou psicólogos, como: mindfulness, domínio das tecnologias leves (vínculo, escuta, relação, habilidades de comunicação), trabalhos em grupo, inclusive a terapia comunitária. Isso seria ótimo se fosse uma ferramenta usada corriqueiramente na AP.

10. Utilização do Projeto Terapêutico Singular⁵ (PTS) como ferramenta para abordagem de casos complexos.

11. Abordagem do usuário com questões de saúde mental como um cidadão do mundo (incluindo aspectos de moradia, trabalho, inserção social e outros). Abordagem da subjetividade da pessoa, em uma perspectiva de transversalidade e integralidade do cuidado. Garantir que o cuidado seja focado na pessoa e não no diagnóstico.

12. Criação de estratégias para formação de vínculo entre profissionais da APS e usuário, especialmente o usuário de AD (álcool/drogas), que é onde se identifica uma fragilidade maior.

13. Inclusão do usuário e de sua família no seu acompanhamento de saúde. Exemplo: Conversar com o usuário para ver o que está bom no atendimento e o que não está.

14. Desconstrução do estigma e do preconceito, em especial dos usuários AD. Trabalhar adaptação da linguagem, habilidades de comunicação, empatia.

15. Reconhecimento da importância das peculiaridades locais, conforme as áreas de atuação das equipes de APS. Conhecimento do território, com suas características e perfil da população, para fazer um adequado planejamento do cuidado em saúde mental.

16. Abordagem de questões sobre o suicídio.

17. Abordagem da violência e como identificar sinais de que uma pessoa esteja sofrendo violência. Incluir capacitação sobre preenchimento da ficha de notificação de violência e a importância do preenchimento desta.

18. Flexibilização da agenda, com possibilidade de tempo de atendimento

⁵ O Projeto Terapêutico Singular pode ser determinado como uma estratégia de cuidado que associa um conjunto de ações que resulta da discussão bem como da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar considerando as necessidades, expectativas, crenças e o contexto social em que a pessoa está inserida. O PTS implica numa maior articulação interprofissional, realização de reuniões de equipe de maneira sistemática a fim de refletir, discutir, compartilhar e se corresponsabilizar pelas ações de forma horizontalizada. (BRASIL, 2013).

diferenciado para casos de saúde mental, para todos os profissionais. Para garantir esse aspecto, é fundamental o apoio da gestão.

19. Sensibilização de toda equipe para o acolhimento em saúde mental (especialmente usuários AD e pessoas em situação de rua) e instrumentalização com ferramentas (técnicas, abordagens de cuidado e outras) e estratégias para lidar com conflitos entre usuários e profissionais da saúde que acontecem muitas vezes nas unidades.

20. Importância da APS na formação do vínculo do usuário com o serviço especializado, sempre que o cuidado compartilhado se fizer necessário.

21. Fortalecimento de estratégias para construir linhas de cuidado entre APS e serviço especializado.

22. Fluxos de encaminhamentos para serviços especializados: que sejam do conhecimento de todos da equipe.

23. Importância do trabalho intersetorial, do trabalho em rede, envolvendo escola, assistência social, universidades e outros.

24. Importância da integração da RAPS. As equipes dos serviços devem se conhecer para que haja um trabalho de aproximação e de estreitamento da comunicação em rede e que cada um entenda melhor cada ponto da rede.

25. Inclusão de questões de saúde mental no Programa Saúde na Escola (PSE). Quanto a isso, um participante relatou um exemplo bem sucedido:

“Na nossa unidade, uma profissional enfermeira vai a cada dois meses na Escola para trabalhar outras questões com as crianças e adolescentes, que incluíam saúde mental. Com isso, muitas vezes as professoras da escola que a Unidade atendia, vinham até o posto trazendo questões que elas percebiam que precisavam ser trabalhadas com as crianças e/ou adolescentes, então os profissionais iam até a escola para fazer o trabalho. Ex: questões de automutilação, jogo da baleia azul. Isso resultou numa maior aproximação dos adolescentes com a Unidade, estes passaram a buscar atendimento na Unidade para diversas questões, dentre elas, depressão, ansiedade. Formou um grande vínculo entre adolescentes e os profissionais da Unidade” (P9).

26. Formação de grupos de usuários nas unidades, mas com outras denominações que não de saúde mental. Ter capacitação para desenvolver trabalho em grupos.

27. Convidar profissionais das escolas da área de abrangência da Unidade para partilhar como é a dinâmica da escola ou creche, para entender como os

profissionais da saúde podem inserir-se na realização de um trabalho intersetorial.

28. Considerar o cenário de pandemia (como no caso da COVID-19), sendo flexível e adaptando as propostas às recomendações de saúde pública.

No trabalho de EPS, são linhas fundantes: o conceito ampliado de saúde da OMS, não dissociação entre o físico e o mental, o SUS e o trabalho em rede, a importância do controle social. Esses conceitos atravessam o percurso do trabalho de forma transversal.

A EPS se baseia na problematização da realidade, por isso é importante que as perguntas e reflexões da equipe e dos usuários tenham espaço para serem trabalhadas. Podemos e devemos nos perguntar:

- De que forma nós profissionais que atuamos na APS podemos provocar reflexões junto aos familiares, usuários, comunidade, sobre o tema da loucura?

- Na atenção em saúde mental na APS, qual modelo de cuidado estamos praticando? O quanto o usuário, a família, a comunidade estão envolvidas nesse cuidado? Quem colocamos entre parênteses: a doença ou a pessoa?

- Em que medida os profissionais da APS se envolvem com o controle social? E em que medida estimulam a participação da comunidade?

REUNIÕES DE EQUIPE COMO ESPAÇO DE EPS

1. Fortalecer os espaços de reuniões de equipes, principalmente das microequipes da ESF, como espaços privilegiados para discussão de casos e fortalecimento do cuidado compartilhado, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

2. Construir estratégias de cuidado no território.

3. Estimular parcerias com outros setores: escolas, assistência social e outros que possam agregar no cuidado compartilhado na perspectiva do território. Chamar esses setores para participar da reunião de equipe quando necessário, e também ir ao seu encontro em outras ocasiões, formando vínculo intersetorial. Isso favorece muito o cuidado em saúde mental como cuidado integral.

4. Nas reuniões de equipe, oportunizar espaços para o profissional poder verbalizar seus anseios, inseguranças e dificuldades no atendimento de questões de saúde mental.

5. A reunião de equipe como espaço de problematização e EPS: De que

modo as reuniões de equipe nutrem ou podem nutrir a saúde mental trabalhador? Colocar as práticas em análise.

SAÚDE DO TRABALHADOR NO CENTRO DA EPS

1. Cuidar do cuidador: ter momentos para avaliar, para pensar na saúde do trabalhador; fazer rodas de conversa, grupos terapêuticos, utilizar também o espaço da reunião de equipe como forma de cuidado com o trabalhador.

2. Trabalhar a pessoa do profissional, sua subjetividade, afinal é uma pessoa cuidando de outra pessoa. Dentro de uma equipe, é muito importante que as pessoas se conheçam. Quem é o/a colega? Qual a sua história? Isso ajuda a ter empatia no ambiente de trabalho e humaniza os processos envolvidos, que via de regra se tornam mecânicos e desprovidos de sentido. Consequentemente, qualifica o cuidado ao usuário.

3. Partilhar sobre a saúde mental do trabalhador no contexto de pandemia.

4. A EPS como estratégia de cuidado dos próprios trabalhadores.

EPS E APOIO MATRICIAL À DISTÂNCIA

1. Com a pandemia, surgiu a possibilidade de matriciamento à distância. É uma nova modalidade, que precisa de investimento da gestão para funcionar, formalizando o novo formato e disponibilizando as ferramentas necessárias para viabilizá-lo.

2. Ter um horário regular na agenda dos profissionais, tanto da APS quanto dos serviços especializados, para discussão de casos, podendo ser realizada presencialmente ou à distância. Nesse espaço, pode-se também discutir casos na perspectiva da transição do cuidado.

Um participante integrante de um serviço especializado citou como exemplo: a psiquiatra e a psicóloga foram até a UBS e discutiram com os profissionais da APS um caso que necessitava de transição do cuidado. Depois, na continuidade da transição, a especialista orientava a médica da UBS por telefone sempre que esta necessitava de ajuda. Ambas as partes avaliaram a experiência como muito boa, e enfatizaram que o cuidado não ficou segmentado. Exemplo: o médico da APS pode falar por telefone com o profissional do serviço especializado para ajudar a resolver

uma questão pontual de medicação. Assim, não perderiam tempo se deslocando das Unidades. É uma possibilidade em tempos de pandemia, mas que também pode se estender para ocasiões rotineiras, pois agiliza a tomada de decisão e poupa recursos. A pandemia trouxe a possibilidade de usar dispositivos virtuais para fazer capacitações, articulações em rede e telemedicina. É preciso que essas ferramentas sejam sistematizadas e adaptadas à rotina dos profissionais.

3. Com o rápido desenvolvimento e disponibilização das ferramentas online, mesmo fora do contexto de pandemia, pode-se pensar em seguir utilizando esse formato, alternando entre presencial e virtual, por exemplo. Diversos recursos podem ser utilizados, com muita criatividade, como: gravação de vídeos que fiquem facilmente acessíveis, na biblioteca virtual da SMS-PMPA por exemplo, com conteúdo sobre as principais demandas dos profissionais no atendimento em saúde mental na APS. As dúvidas dos profissionais podem ser compiladas para elaborar material que fique acessível a todas as equipes.

Um dos participantes conta sobre sua experiência com atendimento remoto em tempos de pandemia:

“Por causa da COVID-19, começamos a fazer teleatendimento, atendimento remoto. Eu pensava que esse tipo de atendimento não iria funcionar, mas funcionou, acho que veio para ficar. Mas se se detecta que o paciente precisa de atendimento presencial, se faz” (P3).

4. Sugere-se também a disponibilização de um chat virtual para tirar dúvidas dos profissionais da APS sobre o cuidado em saúde mental. Poderia também ser via plataforma, aplicativo ou WhatsApp.

5. Após a pandemia, adaptar o uso da modalidade online, somando-se à presencial, aproveitando as experiências que deram certo. Esta discussão já está acontecendo na equipe do CAPS AD da GDCC. Isso porque tem usuários com muita dificuldade para chegar até o CAPS AD, devido aos deslocamentos e aos custos envolvidos. O CAPS AD atende uma região muito extensa, e assim a alternância entre atendimentos presenciais e online poderia ser benéfica.

É muito importante não perder de vista que são necessários mais serviços de CAPS no município de Porto Alegre, serviços de CAPS numa perspectiva de território que se responsabilize pelas pessoas, famílias, que conheça os recursos que este território oferece afim de ir além do atendimento, procedimentos. Criar

espaços de vida no território. Para isso os CAPS têm que ter uma estrutura, recursos humanos. O CAPS deveria ser portas abertas também. A ideia do quantitativo de CAPS está relacionada a uma possibilidade desse CAPS dialogar e agir num determinado território.

O atendimento on-line como foi sugerido é uma ferramenta que pode sim ajudar a compor as formas de cuidado, sempre tendo em vista as condições que o usuário tem de poder ser atendido nesta modalidade, mas esta ferramenta não pode ser vista como solução para os problemas de base.

ASPECTOS RELACIONADOS À EPS ENVOLVENDO OS PROCESSOS DE GESTÃO

1. Oferecer algum tipo de suporte para cuidar da saúde mental do(a) trabalhador(a), especialmente no atual contexto da pandemia causada pelo novo coronavírus.

2. Importância de a gestão ser promotora da participação dos profissionais da APS nos Fóruns da RAPS.

3. Ter uma política e diretrizes claras para EPS em saúde mental e garantir a continuidade nos processos de educação continuada.

4. Formular diretrizes claras para o apoio matricial em saúde mental.

5. Avaliar, juntos aos trabalhadores(as) a possibilidade de, além de apoio matricial, capacitações e seminários, nas modalidades presencial e/ou a distância, conforme o contexto, considerando os itens expostos acima. Com relação às atividades remotas, reforça-se a importância de a gestão formalizar o processo e disponibilizar as ferramentas necessárias para o seu adequado funcionamento.

6. Criar indicadores de acompanhamento pertinentes à saúde mental na APS, relativos aos transtornos mais prevalentes na APS, a fim possibilitar um monitoramento e dar mais visibilidade à saúde mental no nível da gestão.

7. Importância de a gestão dialogar com os trabalhadores(as).

8. Trabalhar no modelo da ESF na APS.

9. Reconstruir o NASF no município, pois contribui muito para a EPS na APS e qualifica o cuidado em saúde mental.

10. Que as políticas de saúde mental se baseiem no modelo de atenção psicossocial.

11. Dar mais visibilidade à saúde mental.

12. Para que a APS seja efetiva, necessita de muito suporte da gestão, considerando as necessidades das equipes, a complexidade dos atendimentos nesse nível de atenção e o bom funcionamento dos serviços articulados em rede.

Privilegiar a problematização, também no nível da gestão:

- Qual modelo de cuidado em saúde mental a gestão está adotando em suas diretrizes e políticas?

- Em que medida há participação do trabalhador e do controle social para construção das políticas públicas de atenção em saúde mental?

Destaco também a importância de usar meios criativos, promover atividades culturais, que toquem as pessoas, que façam sentido por meio do sensível, música, teatro, artes visuais, dança. Atividades culturais que integrem usuários, familiares, comunidade, profissionais.

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS REALIZADAS EM UNIDADES DA ESF NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS

Educação continuada em uma unidade da ESF

A demanda por educação continuada em saúde mental partiu de uma necessidade percebida pelos membros de uma unidade com 3 equipes da ESF. A partir disso, a psiquiatra do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e uma enfermeira de uma das equipes organizaram uma proposta de educação continuada na Unidade em 2017, com o objetivo de criar um espaço de discussão e educação permanente em saúde mental, para promover o cuidado integral à saúde e a melhoria da qualidade da atenção ofertada, bem como o fortalecimento do apoio matricial. Ficou evidenciado, por meio de dinâmicas de grupo e de exposição dialogada, que os profissionais tinham anseio por qualificação no atendimento dessas demandas. Foram realizados oito encontros, de 4 horas cada, com periodicidade mensal.

Os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e dentistas diziam não ter tido uma formação acadêmica adequada em saúde mental, principalmente no contexto da atenção primária, e isso os deixava inseguros no atendimento desses pacientes. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dessa

unidade também referiam ter dificuldade, tanto no acolhimento dentro da unidade, quanto nas visitas domiciliares aos usuários com demandas de saúde mental. Referiam que não sabiam o que perguntar, às vezes ficavam com medo que os usuários surtassem, além de sentirem insegurança, especialmente no atendimento de usuários de álcool e outras drogas. Diante da insegurança, os profissionais não sabiam como agir e tinham a tendência de dissociar corpo e mente e medicalizar os sintomas.

Ao final dos encontros, os participantes avaliaram que foi muito bom, viram aspectos com os quais nunca tinham tido contato. Além disso, foram momentos que não só proporcionaram aproximação com o tema da saúde mental, mas também promoveram mais proximidade e integração entre os membros da equipe, que se sentiram cuidados. Nos encontros, foram utilizadas várias dinâmicas, como: dinâmicas de grupo, trechos de filmes, exposição dialogada, música, discussão de casos, privilegiando a participação ativa dos envolvidos.

Esta foi uma estratégia que deu certo para esta equipe. E foi pensada pelos próprios membros da equipe. Isso é importante, pois a própria equipe, problematizando seu fazer, pensou em formas de melhorar o que percebia que precisava ser melhorado.

Trabalho interdisciplinar: nenhuma categoria se sobrepõe a outra

Este é um exemplo de como é possível fazer um trabalho interdisciplinar, um cuidado compartilhado na equipe de saúde, com participação de todos. A equipe da ESF era formada por uma enfermeira, uma médica de família, duas técnicas de enfermagem, três ACS, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Nas reuniões de equipe, eram realizadas discussões de caso, e as condutas eram decididas em conjunto. A médica e a enfermeira alternavam os atendimentos, tanto de pacientes com doença mental ou sofrimento mental quanto os outros agravos de saúde. Na época em que havia matriciamento com o NASF, toda a equipe participava, e o conhecimento, as contribuições de todos eram consideradas, nenhum conhecimento era sobreposto ao outro. Dessa forma, todos aprendiam, comprometiam-se com o cuidado e ninguém ficava sobrecarregado. Muitas vezes, a equipe da odontologia não estava junto, em função dos processos de trabalho na unidade, mas um dia, conversando sobre a importância da presença da odonto nos matriciamentos com a

equipe, isso começou a mudar. A dentista da equipe passou a participar e, diversas vezes, trouxe casos que ela atendia no consultório dentário para discutir com a enfermeira ou com a médica. A dentista também fazia acompanhamento integral nas visitas domiciliares, inclusive com pacientes de saúde mental. Em algumas reuniões de equipe, também participava a professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que supervisionava estágio de acadêmicos na Unidade, bem como uma pesquisadora que passou alguns meses na equipe para realização da sua pesquisa de doutorado. Este exemplo mostra que é possível fazer um cuidado compartilhado e que esse tipo de cuidado dá certo em saúde mental. Inclusive, ajuda na saúde mental do próprio trabalhador, pois este tem a oportunidade de partilhar não só os sofrimentos do usuário, mas também as suas próprias angústias. Muitas vezes, em algum caso mais difícil, o profissional precisa se sentir amparado para o acompanhamento de saúde do usuário.

O Fórum da RAPS como espaço de cuidado e EPS

O Fórum da RAPS era composto por representantes dos trabalhadores dos serviços especializados em saúde mental, incluindo um hospital, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), uma representante da APS, gerência distrital, residentes e docentes universitários. A representante da APS apresentou um caso de uma paciente com doença e sofrimento mental muito sério, além de ter um suporte familiar muito frágil, o que complicava ainda mais a situação. Essa usuária teve inúmeras passagens pelo serviço de emergência em saúde mental, com diversas internações hospitalares devido a crises graves. A paciente não tinha muito vínculo com a APS, a mãe relatava que quem costumava resolver o caso da filha era o serviço especializado. A usuária verbalizava que queria morar em um dos hospitais onde ela internava. Entre uma internação e outra, ela ficava uma ou duas semanas em casa. Procurou a unidade da ESF pouquíssimas vezes para tratar outras questões de saúde. A enfermeira fazia visita domiciliar na casa dessa usuária, a ACS também acompanhava muito o caso, e traziam para a equipe na unidade. O caso foi levado para discussão no NASF. A mãe foi chamada para conversar, mas demonstrava resistência, e pedia que a equipe conseguisse um lugar aonde a filha pudesse ficar, como um residencial terapêutico. A usuária já havia passado por experiências em residenciais, e a mãe acabava tirando, porque

alegava que não gostava do atendimento desses lugares. Apesar disso, continuava insistindo para a equipe conseguir algum lugar. A usuária era acompanhada também pelo CAPSII, mas os profissionais de lá também diziam que ela não conseguia formar vínculo. Então, o caso foi levado para uma reunião do Fórum da RAPS, onde o caso foi discutido. A partir dessa discussão, foi encaminhado que os profissionais da equipe da ESF de referência (a enfermeira e uma ACS), uma psicóloga do serviço de emergência e uma do CAPSII, a psiquiatra do NASF e a mãe da paciente se reuniriam. O objetivo desse encontro era trabalhar com a mãe na tentativa de achar outras alternativas de cuidado, para além das seguidas internações, vislumbrar outros caminhos, pensando na melhora da sua qualidade de vida. Era também para procurar fortalecer o vínculo com o CAPS e reforçar o cuidado da ESF em território. Enfim, uma proposta de cuidado compartilhado para tirar a usuária da “porta giratória” que levava às repetidas internações. A mãe dizia que não tinha condições de ficar com a filha em casa. Então, entrou com pedido em um órgão público para conseguir um residencial terapêutico. Conseguiu. A usuária ficou bem nesse residencial. O vínculo da mãe com a ESF melhorou muito, ela passou a confiar mais no serviço.

O trabalho em rede é muito importante para um cuidado integral em saúde mental. No compartilhamento, além de se buscar uma solução em conjunto, promove-se o vínculo entre os serviços. Ao mesmo tempo, espaços como os fóruns da RAPS são momentos de EPS, pois há um compartilhamento de conhecimentos e experiências, que fortalece o trabalho interdisciplinar e intersetorial.

Grupo de convivência

Uma equipe da ESF do município formou um grupo de convivência, composto por bastantes usuários com sofrimento mental. Ainda assim, a Unidade não denominou como grupo de saúde mental, preferindo uma denominação mais inclusiva, que não segregava o sofrimento mental de outras necessidades do indivíduo. Era um grupo de convivência entre a comunidade e os profissionais da ESF.

Desse grupo, surgiu um outro grupo, de mulheres, por iniciativa delas mesmas, que se apoiavam, se ajudavam. Uma ACS era quem acompanhava mais de perto esse grupo de mulheres. Elas se reuniam em um espaço do serviço social

no território. A profissional que era responsável pelo grupo de mulheres foi premiada no município de Porto Alegre, da amostra da região GDGCC, em reconhecimento ao trabalho desenvolvido na APS de maior relevância e de sucesso nesta região. Nesta experiência, foi muito importante a articulação entre saúde e assistência social dentro do território. O grupo de convivência conseguiu se ramificar dentro da comunidade, sendo reconhecido pela comunidade como um espaço de construção e de apoio entre a comunidade e os profissionais da saúde. Esse grupo de convivência durou 5 anos. Terminou recentemente devido ao remanejamento em massa dos profissionais desta ESF, em virtude da terceirização dos serviços de APS em Porto Alegre.

Estes foram apenas alguns exemplos que podem inspirar as equipes da ESF no seu trabalho. São iniciativas locais, que partiram das necessidades da equipe e da população do seu território. Mostram que é possível, no coletivo, buscar soluções para os problemas identificados, usando a criatividade e valorizando a análise e a reflexão em cima das práticas do cotidiano. Esse é o processo que caracteriza a Educação Permanente em Saúde.

“O importante, do ponto de vista de uma educação libertadora, e não “bancária”, é que, em qualquer dos casos, os homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo seu pensar, sua própria visão do mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros” (FREIRE, 1983. Pedagogia do Oprimido).

SUGESTÕES DE LEITURAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, p. 51, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, p. 68, 2017

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>.

LEITE, Loiva dos Santos; ROCHA, Kátia Bones. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. *Estudos de psicologia*, v.22, n.2, p.203-213, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009.

LIMA, Ana Paula de. **Práticas entre Saúde mental e Atenção Básica**: Coletivos como dispositivos de resistência na intercessão apoio-formação. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SOALHEIRO, Nina (org); MARTINS, Desiane. **Atenção Psicossocial e a (Des) institucionalização como eixo do cuidado**. Saúde mental para a Atenção Primária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SOARES, Daniely dos Anjos Muniz; MARTINS, Alberto Mesaque. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na Atenção Primária: sua aplicabilidade no cuidado em Saúde Mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.41, n.2, a2417, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882978>.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

ROCHA Hugo André *et al.* Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Revista de saúde pública**, v. 52, n. 17, 2018.

Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-9102018000100210&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29 set 2020.

SOALHEIRO, Nina (org); MARTINS, Desiane. **Atenção Psicossocial e a (Des) institucionalização como eixo do cuidado**. Saúde mental para a Atenção Primária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo principal propor diretrizes para pensar e organizar a Educação Permanente em Saúde com a intenção de qualificar o cuidado em saúde mental na APS. Podemos afirmar que o objetivo foi alcançado, com as ricas contribuições dos participantes da pesquisa, foi possível construir um conjunto de diretrizes para EPS em saúde mental, apresentado como produto desta pesquisa.

A partir dos diálogos com cada participante foi possível identificar vários nós apontados como dificultadores de um cuidado mais qualificado ao usuário portador de sofrimento ou doença mental. Além disso, o atual contexto da pandemia representou mais um complicador nesse complexo campo que é a saúde mental. Foi possível também identificar o quanto o trabalhador necessita ser cuidado na sua própria saúde mental, ser valorizado, escutado pela gestão. Além disso, o atual contexto de saúde mental do município está sem uma direção clara quanto ao apoio matricial para as equipes da APS, e isso deixa os profissionais se sentindo mais sozinhos no cuidado em saúde mental, bem como faltam diretrizes claras para EPS para as equipes. As sugestões e ideias dos participantes para EPS foram muito importantes também no sentido de trazer experiências que deram certo nas Unidades e que poderão servir de inspiração para outras equipes. Além disso, ao compartilharem suas experiências, o trabalhador e a trabalhadora se sentem sujeitos do processo de EPS e assim participam efetivamente na construção de transformações no trabalho.

Além da construção do produto, consideramos que o processo já foi em si um momento de EPS. Houve participantes que verbalizaram isso, destacando a oportunidade de dialogar sobre o cuidado em saúde mental.

“Daqui a pouco nasce do teu trabalho uma proposta para EPS a distância. Teu trabalho é um possível motivador para isso. Do teu trabalho nasce um embrião” (P3).

“Esse espaço de conversa contigo hoje foi um espaço produtivo interessante. Para mim, foi bom para pensar sobre algumas coisas. Essa conversa para mim já foi uma educação permanente” (P7).

“Importante teu mestrado, se lançar e teorizar em cima de uma realidade tão difícil e é preciso teorizar em cima da prática” (P8).

“Teu trabalho é muito importante. A gente precisa de norte, temas, ter algo que norteie essa educação em saúde mental. Acho teu trabalho de grande valia, ainda mais por tudo que a gente vai vivenciar: um aumento de demanda por sofrimento mental devido à pandemia. Precisaremos de diretrizes para trabalhar saúde mental e teu trabalho veio a calhar” (P11).

“Acho que é bem importante teu trabalho para dar visibilidade à saúde mental” (P15).

“Eu acho que tu está num campo de trabalho da pesquisa que precisa ser explorado. É um desafio. Acho fundamental esse trabalho de pesquisa” (P16).

“Para a gente que participa deste diálogo, com certeza também é um momento de EPS, porque falar sobre essas questões faz a gente pensar. Quanto tu para para conversar sobre, também pensa em questões, discute sobre um determinado assunto. Para quem participa, também é um momento importante de articular ensino e serviço” (P17).

“Eu achei muito importante essa forma de coletar os dados, porque a gente pode conversar sem ter aquele monte de perguntas para responder. Achei muito legal. Quando é questionário, a gente quer responder logo para se livrar e enviar, e não traz para a consciência, esse bate papo é ótimo” (P19).

“Esse teu projeto é muito interessante” (P22).

“Quando eu li o resumo do teu projeto e as duas questões que iam ser dialogadas, comecei a pensar sobre o assunto já” (P26).

“Cada diálogo com os trabalhadores já serão momentos de educação permanente, pois eles e elas vão parar para refletir sobre as questões que tu está trazendo. É um momento de transformação do pesquisador e do pesquisado” (P27).

Assim, a participação de profissionais vinculados a serviços e instâncias diferentes possibilitou que contribuíssem a partir de suas vivências específicas. Isso possibilitou a construção de uma proposta de EPS voltada para o cuidado em saúde mental na APS, considerando diferentes perspectivas, fazendo com que o referencial contemplasse os nós identificados por eles e que a proposta fosse construída de forma colaborativa.

Para mim, como pesquisadora, os diálogos trouxeram muitos aprendizados. A coleta de dados, em si, foi um percurso transformador, de EPS, onde se transformaram quem participou e a própria pesquisadora. Foi uma experiência

freireana de aprendizado, onde a própria pesquisa gerou uma transformação na interação, no diálogo. O conhecimento não seria o mesmo se não tivesse havido essa interação nos diálogos.

Espera-se que o material produzido nesta pesquisa sirva de contribuição para melhorar a qualidade da atenção à saúde mental na APS.

A pesquisadora irá apresentar este material para a gestão do município de Porto Alegre e para o CMS. Também será publicado pelo menos um artigo científico, para que os resultados desta pesquisa possam ser divulgados no meio acadêmico. Também, será apresentado em eventos científicos relacionados ao tema. Por fim, será apresentado em cada serviço especializado que participou da pesquisa, para a Gerência Distrital, para os representantes das empresas contratualizadas que estão administrando a APS em Porto Alegre e no fórum da RAPS da GDGCC.

A principal limitação deste estudo foi a de não ter incluído a percepção dos usuários, o que abre caminho para novas pesquisas.

O produto desta pesquisa tem várias possibilidades de aplicação, podendo ser discutido em variados espaços, como: reuniões de equipe, momentos de capacitação para os profissionais da APS, plenárias do CMS, entre outros. Assim, espera-se que possa contribuir para o planejamento de iniciativas de EPS no município de Porto Alegre, bem como servir de inspiração para EPS no âmbito do cuidado em saúde mental em qualquer lugar do Brasil, podendo ser adaptado a cada realidade local.

A EPS é uma potência no cuidado em saúde mental, pois possibilita colocar em análise as práticas de cuidado, fortalece o trabalho em equipe, promove o trabalho interprofissional e interdisciplinar, o cuidado com o próprio trabalhador, o vínculo com o usuário, produzindo uma atenção humanizada em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BARBOSA, Diogo Jacintho *et al.* Representações sociais dos Transtornos Mentais. **Revista de Enfermagem UFPE**, on line, v. 12, n. 6, p. 1813-1816, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/naibe/Downloads/234783-114438-1-PB.pdf> Acesso em: 10 out. 2020.

BARROSO, Bárbara Iansá *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 1093 -1102, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v28n3/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoARF2091.pdf> Acesso em: 20 out. 2020.

BIFF, Daiane *et al.* Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 1, p. 147-158, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100147. Acesso em 13 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 236 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, p. 51, 2011b.

BRASIL. **Cadernos Humaniza SUS Vol.5: Saúde Mental**. Brasília, DF, 2015. 548p.

BRASIL. **Constituição da República Federal do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de importância nacional pela doença pelo Coronavírus 2019**. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID-19. Brasília, DF, 2020a. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. **Humaniza SUS: Redes de produção de saúde**. Série B Textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus (COVID-19)**. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>. Acesso em: 19 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora** (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental** (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família- NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, p.47-49, 2008.

BRASIL. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente como estratégia do Sistema único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, v. 141, n. 32, p.37-41, 2004.

BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, p. 68, 2017.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção a Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: seção 1, p. 88, 2010.

BRASIL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005

BRASIL. Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, nº 112, p. 59-62, Brasília, DF, 2012.

CAMPOS, Celia Maria Sivalli *et al.* Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde e Sociedade**, v. 24, supl.1, p. 82-91, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2015.v24suppl1/82-91/pt> Acesso em: 14 out. 2020.

CAMPOS, Daniella Barbosa; JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Indara Cavalcante. Produção do Cuidado em Saúde Mental: Práticas territoriais na Rede Psicossocial. Trabalho, educação e saúde, v. 18, n. e0023167. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100502. Acesso em: 22 set. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p.2655-2663, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n9/2655-2663/pt>. Acesso em: 22 nov. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 mar. 2019.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis - Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 23 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE (CNS). Ministério da Saúde. **Frente pela Vida: CNS e Entidades científicas da saúde e bioética unidas contra a pandemia de COVID-19**. Brasília: CNS, 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/frente-pela-vida>. Acesso em 23 nov. 2020.

DANELIU, Josnei Luis *et al.* A percepção dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em um Hospital Universitário Federal sob gestão de uma empresa estatal de direito privado. **Saúde em debate**, v. 43, n. 121, p. 378-389, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200378. Acesso em: 12 out. 2020.

DIAS, Ernandes Gonçalves. Assédio e sofrimento moral dos trabalhadores de enfermagem: uma revisão integrativa da bibliografia. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 15, n. 1, p. 54-66, 2017. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/3114/pdf_616. Acesso em: 19 out. 2020.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; OLIVEIRA, Aládia Inês de. Compreensão dos Coordenadores de Serviços de Saúde sobre Educação Permanente. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 506-512, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29292/19042>. Acesso em: 26 mar. 2019.

FARIA, Magda Guimarães de Araújo *et al.* Saúde do trabalhador no contexto da estratégia de saúde da família: revisão integrativa de literatura. **Escola Anna Nery**, v.24, n.4, e20200027, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000400702. Acesso em: 18 out. 2020.

FERREIRA, Mariana Silva Guimarães; ANDERSON, Maria Inez Padula. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2188, 2020. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2188/1555>. Acesso em: 18 out. 2020.

FILHO, José Adelmo Silva *et al.* Práticas no cuidado em Saúde Mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Nursing**, v. 23, n. 262, p. 3638-364, 2020. Disponível em:

<http://www.revistanursing.com.br/revistas/262/pg21.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

FONTANIVE, Paulo Vinícius *et al.* Prontuário Eletrônico e Sistemas de Informação em Saúde para Atenção Primária à Saúde. Medicina Ambulatorial. In: DUNCAN, Bruce B (org). **Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2013.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da indignação. In: FREIRE, Ana Maria Araújo. **Cartas pedagógicas e outros escritos**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, Paulo; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia. O Cotidiano do Professor**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

FRENTE PELA VIDA. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19**. Versão 2, 2020. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/07/PEP-COVID-19_v2.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Rosana Onoko. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 2, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68478/41256>. Acesso em: 23 set. 2020.

GERBALDO, Tiziana Bezerra *et al.* Avaliação da Organização do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica à saúde no Brasil. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, n. 3, p. 1079-1094, 2018. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301079. Acesso em: 29 set. 2020.

GESLANEY, Reis da Silva *et al.* Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde: Percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 01-08, 2016. Disponível em:

https://www.redalyc.org/pdf/4836/Resumenes/Resumen_483653650009_1.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2019.

GOMES, Luciano Bezerra; BARBOSA, Mircei Goulart; FERLA, Alcindo Antônio (org.). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 272 p.

GUIMARÃES, Ana Paula Dias *et al.* Violência relacionada ao trabalho e apropriação da saúde do trabalhador: sofrimento anunciado no Sistema Único de Assistência Social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, e300224, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2020.v30n2/e300224/pt>. Acesso em: 19 out. 2020.

HARZHEIM, Erno; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, Bruce Bartholow *et al.* **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseada em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JORGE, Maria Salete Bessa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira; FRANCO, Túlio Batista. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, n. 5, p. 738-744, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500015&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 01 nov. 2020.

LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

LEITE, Loiva dos Santos *et al.* A Tessitura dos Encontros da Rede de Atenção Psicossocial. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, n. 1, p. 183-200, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100183. Acesso em: 19 set. 2020.

LEITE, Loiva dos Santos; ROCHA, Kátia Bones. Educação Permanente em Saúde: Como e em que espaços se realiza na perspectiva dos profissionais de saúde de Porto Alegre. **Estudos de psicologia (Natal)**, v. 22, n. 2, p. 203-213, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2017000200009. Acesso em: 20 out. 2020.

LIMA, Ana Paula de. **Práticas entre Saúde mental e Atenção Básica: Coletivos como dispositivos de resistência na intercessão apoio-formação**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

LIMA, Marlene Costa; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Apoio Matricial como estratégia de ordenação do cuidado em Saúde Mental. **Trabalho, educação e saúde**, v.18, n.1, e0023266, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-77462020000100503&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

MALVEZZI, Cilene Despontin; NASCIMENTO, Juliana Luporini. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, n. 3, p. 1095-1112, 2018. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462018000301095&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 out 2020.

MATSUKURA, Thelma Simões; LOURENÇO, Mariana Santos de Giorgio. Práticas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica: identificando pesquisas no contexto brasileiro. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, p. 904-914, 2018. Disponível em : https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102018000400904&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 09 out. 2020.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0102-311X2020000800502. Acesso em: 19 out. 2020.

MINOZZO, Fabiane; COSTA, Ileno Izídio da. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. **Revista Latinoamericana de Psicologia Fundamental**, v. 16, n. 3, p. 438-450, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000300007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 out 2020.

MOREIRA, Maria Inês Badaró; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 462-474, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902017000200462&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2020.

MULLER, Suely Aparecida De Oliveira; MORENO, Vania. Acolhimento e saúde mental: revisão sistemática da literatura. **Revista Uningá**, v. 38, n. 1, p. 123-133, 2013.

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Souza; BRITO, Francisco Marcos Gomes de. Diálogos entre saúde mental e atenção básica: relato de experiência do PET Saúde no município de Parnaíba, PI. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 12, n. 2, p. 374-387, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/10.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

OLIVEIRA, Denize Cristina. Análise de conteúdo temático-categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**: da teoria à prática. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

OLIVEIRA, Israel Victor de, *et al.* Educação Permanente em Saúde e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: um estudo transversal e descritivo. **Saúde e debate**, v. 44, n. 124, p. 47-57, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2020.v44n124/47-57/pt>. Acesso em: 16 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). OMS alerta que 10% da população global tem distúrbio de saúde mental. 2015. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2015/07/1518201-oms-alerta-que-10-da-populacao-global-tem-disturbio-de-saude-mental>. Acesso em: 24 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020**. 2013. 48 p. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/. Acesso em: 24 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICA DE SAÚDE (OPAS). **OMS afirma que COVID-19 agora é caracterizada como pandemia**. Brasília: OPAS, [2020a]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso em: 19 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICA DE SAÚDE (OPAS). **ONU destaca necessidade urgente de aumentar investimentos em serviços de saúde mental durante a pandemia de COVID-19**. Brasília: OPAS, [2020b]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6170:onu-destaca-necessidade-urgente-de-aumentar-investimentos-em-servicos-de-saude-mental-durante-a-pandemia-de-covid-19&Itemid=839. Acesso em: 20 out. 2020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICA DE SAÚDE (OPAS). **Plano de Ação sobre Saúde Mental**. 66ª Região do Comitê Regional da OMS para as Américas. Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-8-p.pdf>. Acesso em: 17 out. 2020.

PAULON, Simone Mainiere; PROTÁSIO, Mairla Machado; TSCHIEDEL, Rosemarie. “Eu sei o que é Saúde Mental!”: Pesquisar e Cuidar como Fios da mesma Trama. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 06-32, 2018.

PEREIRA, Rafaela Miranda Proto *et al.* A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface (Botucatu)**, v. 24, supl. 1, e190664, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190664/pt>. Acesso em: 05 out. 2020.

PINZÓN, Johanna Garrido; BERNARDO, Marcia Hespanhol. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, e00050716, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000905002. Acesso em: 14 out. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Lei Complementar nº 277, de 20 de maio de 1992**. Porto Alegre, 1992.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Alegre, 2017.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Políticas em Saúde: Saúde Mental**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=686. Acesso em: 23 mar. 2019.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Prefeitura implementa informatização das consultas especializadas**. 2016. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_noticia=189143&PREFEITURA+IMPLEMENTA+INFORMATIZACAO+DAS+CONSULTAS+ESPECIALIZADAS. Acesso em: 17 out. 2020.

REZIO, Larissa de Almeida; FORTUNA, Cinira Magali; BORGES, Flávio Adriano. Pistas para a educação permanente em saúde mental na atenção básica guiada pela Socioclínica Institucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3204, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692019000100385&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01 nov. 2020.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado. **COVID-19**. Desafios para atenção em Saúde mental. Rio de Janeiro, 2020. Disponível: <https://coronavirus.rj.gov.br/covid-19-desafios-para-atencao-a-saude-mental/>. Acesso em: 20 out. 2020.

RIO DE JANEIRO. World Conference on Social Determinants of Health. **Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde**. Rio de Janeiro, Brazil 2011. Disponível em: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf?ua=1. Acesso em: 09 out. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. Atenção Básica do RS. **Saúde mental**. Porto Alegre, [2020?]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/saude-mental>. Acesso em: 26 mar. 2019.

ROCHA, Hugo André da *et al.* Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 17, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102018000100210&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29 set. 2020.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. Contribuição da Epidemiologia. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed., São Paulo: Hucitec, 2012.

SALAZAR, Bianca Alves et al. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 783-796, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n3/783-796/pt>. Acesso em: 17 out. 2020.

SAMPIERI, Roberto *et al.* **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOS, Angélica Brandão. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **Revista de Atenção primária em Saúde**, v. 1, n. 2, p. 170-179, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>. Acesso em: 16 set. 2020.

SANTOS, Debora de Souza *et al.* Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861-870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n3/861-870/pt>. Acesso em: 11 out. 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-725, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400020&script=sci_arttext. Acesso em: 12 out. 2020.

SEIDL, Helena *et al.* Gestão do Trabalho na Atenção Básica em Saúde. Uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. Esp, p. 94-108, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/94-108/pt>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, Denilson Gomes *et al.* Concepção de Profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre a Saúde Mental na Atenção Básica. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 13, n. 3, p. 118-124, 2017b. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/149374/146479>. Acesso em: 15 out. 2020.

SILVA, Hengrid Graciely Nascimento; SANTOS, Luís Eduardo Soares dos; OLIVEIRA, Ana Karla Sousa de. Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. **Journal of nursing and health**, v. 10, n. esp., e20104007, 2020. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1097482/4-efeitos-da-pandemia-do-novo-coronavirus-na-saude-mental-de-i_fNxf8zd.pdf Acesso em: 20 out. 2020.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da *et al.* Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.1, e58779, 2017a. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100407&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2020.

SILVA, Luzia Michelon *et al.* Ações de Intersetorialidade em Saúde Mental: Uma Revisão Integrativa. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v. 11, n. 3, p. 763-770, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/6824/pdf_1. Acesso em: 15 out. 2020.

SILVA, Stefânia Mendonça da, *et al.* Estratégia saúde da família: ações no campo da saúde mental. **Revista enfermagem UERJ**, v.25, e16926, 2017c. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/10/916375/16926-104481-1-pb.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020.

SILVEIRA, Carlos Bruno; COSTA, Lourdes Suelen Pontes; JORGE, Maria Salette Bessa. Redes de Atenção à Saúde como produtoras de cuidado em saúde mental: Uma análise reflexiva. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 19, p. 61-70, 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100008. Acesso em: 16 out. 2020.

SOALHEIRO, Nina (org.); MARTINS, Desiane. **Atenção Psicossocial e a (Des) institucionalização como eixo do cuidado**. Saúde mental para a Atenção Primária. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SOARES, Daniely dos Anjos Muniz; MARTINS, Alberto Mesaque. Intersetorialidade e interdisciplinaridade na Atenção Primária: sua aplicabilidade no cuidado em Saúde Mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, a2417, 2017. Disponível em : <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-882978>. Acesso em: 11 out. 2020.

SOUSA, Francisca Georgina Macedo de; ERDMANN, Alacoque Lozenzini; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana. Contornos conceituais e estruturais da pesquisa qualitativa. In: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (Org.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2017.

SOUZA, Ândrea Cardoso de Souza. **Estratégias de inclusão da saúde mental na Atenção Básica no Rio de Janeiro: um movimento das marés**. 2012. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14465/3/792.pdf>. Acesso em: 23 set. 2020.

SOUZA, Jacqueline de; LUIS, Margarita Antônia Villar. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 852-858, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 out. 2020.

SOUZA, Larissa Barros de; PANUNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2526-89102019000200251&script=sci_arttext#B036. Acesso em: 09 out. 2020.

TRAPÉ, Tiago Lavras; CAMPOS, Rosana Onocko. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 19, 2017. Disponível em:

https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006059.pdf. Acesso em: 21 out. 2020.

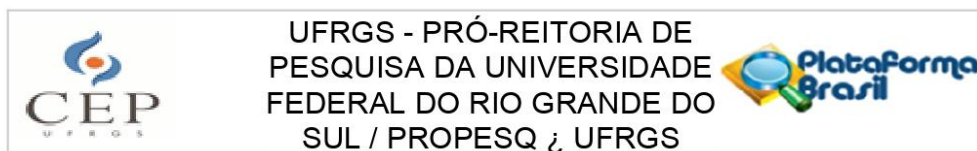
VIEIRA, Silvia de Medeiros *et al.* Rede de atenção psicossocial: os desafios da articulação e integração. **Revista Psicologia Política**, v. 20, n. 47, p. 76-86, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100007. Acesso em: 15 out. 2020.

VINUTO J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: [file:///C:/Users/naibe/Downloads/10977-Texto%20do%20artigo-18568-2-10-20200217%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/naibe/Downloads/10977-Texto%20do%20artigo-18568-2-10-20200217%20(4).pdf). Acesso em 27 abr. 2021.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária”, cujo objetivo é propor uma estratégia de Educação Permanente em Saúde (EPS) para qualificar o cuidado em saúde mental aos usuários da Atenção Primária de Porto Alegre. Sua participação consistirá em um diálogo facilitado pela pesquisadora. As contribuições levantadas pelos participantes nortearão o processo de diálogo e problematização, para refletir em grupo sobre educação permanente em saúde mental no contexto da atenção primária. Os diálogos serão gravados para subsidiar as anotações da pesquisadora. As gravações das conversas serão destruídas após um período de cinco anos. Você tem o direito de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou penalização. Os resultados serão divulgados em conjunto, e seu nome e imagem não serão revelados. Os riscos envolvidos com a sua participação nesta pesquisa são mínimos, no entanto, você pode eventualmente sentir-se desconfortável ou constrangido durante os diálogos. Por outro lado, o benefício esperado é que a sua participação contribua para elaborar uma estratégia para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária. A sua participação não implica em pagamento nem em recebimento de qualquer quantia financeira. Em caso de qualquer dúvida, você poderá contatar a pesquisadora pós-graduanda Jaqueline Naibert, pelo telefone (51) 999490668, ou a pesquisadora responsável Professora Camila Giugliani, pelo telefone (51) 3308 5340. Em caso de dúvidas envolvendo questões éticas, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, pelo telefone (51) 3308 3738 ou com o Comitê de Ética e pesquisa da Secretaria Municipal de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3289 5517.

ANEXO A – PARECERES CONSUBSTANCIADOS DOS COMITÊS DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25161119.3.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.095.127

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma EMENDA ao projeto já apresentado e aprovado por este CEP.

O projeto de pesquisa está sendo realizado no âmbito do mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto está sendo desenvolvido pela aluna Jaqueline Naibert, sob orientação da professora Camila Giugliani (Departamento de Medicina Social, UFRGS).

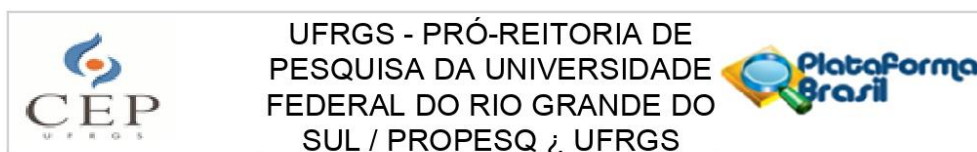
O desenho do projeto é de uma pesquisa exploratório visando à construção de uma possível intervenção -- intervenção esta que seria a capacitação de profissionais de saúde.

Parte da constatação de que (1) o cuidado com a saúde mental é uma das atribuições das equipes de Atenção Primária e de que (2) tanto a estrutura dos serviços quanto (3) as equipes de profissionais não estão inteiramente prontos para atender a esta demanda.

Visa "propor uma estratégia de Educação Permanente em Saúde Mental (EPSM) para qualificar o cuidado aos usuários de uma unidade de atenção primária na zona sul de Porto Alegre".

Uma estratégia identificada pelas pesquisadoras para qualificar as ações em saúde mental na

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.095.127

Atenção Primária é o preparo dos profissionais para atenderem usuários com demandas de saúde mental através da Educação Permanente em Saúde.

A emenda modifica a estratégia de coleta de dados, levando em consideração a atual crise sanitária, devido à pandemia de COVID-19.

Desta forma, ao invés de promover discussões presenciais com profissionais de saúde, as pesquisadoras propõem, agora, conversas individuais remotas, usando o mecanismo de preferência da pessoa entrevistada (chamada de vídeo ou voz por Whatsapp ou outro mecanismo). As pessoas que serão convidadas a participar do estudo somam 18 que ou têm vínculo com serviços de saúde mental em Porto Alegre ou atuam na supervisão de estágios ou fizeram pesquisa no campo. Esta parece ser uma alteração de composição em relação ao originalmente proposto (integrantes da Rede de Atenção Psicossocial da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal), ainda que represente uma alteração pequena e justificada, na medida em que se trata de uma adaptação da pesquisa a este novo contexto.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo permanece o mesmo.

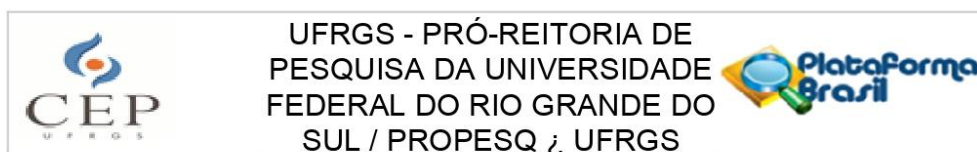
O projeto é uma pesquisa que será base para uma possível intervenção no campo da educação para profissionais de saúde.

O objetivo principal é elaborar uma proposta de estratégia de Educação Permanente para qualificar o cuidado em saúde mental aos usuários de uma unidade de atenção primária na zona sul de Porto Alegre.

Os objetivos específicos são os seguintes:

"Analisar o contexto da Rede de Atenção Psicossocial na Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/Cristal e identificar os nós críticos na atenção à saúde mental no local estudado. Criar um referencial para um programa de EPS com técnicas participativas e reflexivas sobre temas voltados para a saúde mental no contexto da APS. Oferecer estratégias concretas para que o profissional da APS seja mais resolutivo no cuidado em saúde mental."

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.095.127

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A avaliação de riscos e benefícios permanece a mesma.

"Não se identificam riscos advindos da participação dos indivíduos na pesquisa, porém, pode ocorrer algum desconforto ou constrangimento eventual durante o diálogo nas reuniões. Os nomes das pessoas participantes não serão divulgados, nem suas imagens. Para assegurar a anonimização dos dados, a pesquisadora usará, em suas anotações a partir das gravações, códigos numéricos para identificar falas feitas por sujeitos diferentes.

Nenhum nome será escrito durante o processo de sistematização e análise dos dados. Apenas as categorias profissionais poderão ser identificadas, por exemplo, trabalhador da APS, trabalhador do CAPS ou gestor.

Benefícios:

Espera-se que esta pesquisa ofereça como benefício um material educativo para melhorar da qualidade da atenção à saúde mental na APS."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

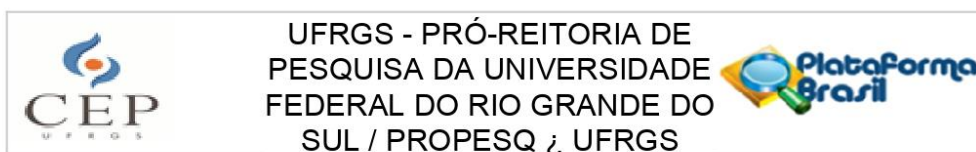
Trata-se de pesquisa relevante e embasada teoricamente, que está se modificando para se adaptar ao novo contexto, da pandemia.

A pesquisadora e mestranda Jaqueline acumula experiência atuando na APS e recebendo o apoio do NASF. Ao longo de 5 anos, identificou que uma barreira era o agendamento no serviço para usuários com demandas relacionadas à saúde mental; o processo de agendamento foi modificado com auxílio da psiquiatra do NASF, permitindo a ampliação do tempo das consultas. Outra barreira, identificada na sua prática profissional e na literatura revisada, é a alta rotatividade de profissionais no serviço de saúde, o que dificulta o vínculo dos usuários com os profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE adaptado - Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que será enviado por e-mail aos sujeitos participantes da pesquisa, direcionando-os a um formulário online através do qual poderão manifestar se concordam ou não em participar do estudo. Depois disto, será feito o contato com vídeo ou áudio conferência, individual.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.095.127

Recomendações:

Na PB, não foi feita modificação na Metodologia de Análise de Dados, que ainda refere a coleta de dados através da observação de reuniões. Como não haverá reuniões a serem observadas, sugere-se atualização desta seção.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1575475_É1.pdf	11/06/2020 09:21:33		Aceito
Outros	informativo_de_emenda_11_06_20.pdf	11/06/2020 09:20:45	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_adaptado_eletronico.pdf	11/06/2020 09:16:16	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Carta_resposta_0412.pdf	07/12/2019 07:50:30	Camila Giugliani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Jaqueline_plataforma_com_pendencias.pdf	07/12/2019 07:20:13	Camila Giugliani	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Camila_Giugliani.pdf	06/11/2019 15:16:46	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Termo_de_Ciencia_e_Autorizacao.pdf	06/11/2019 11:39:22	Camila Giugliani	Aceito

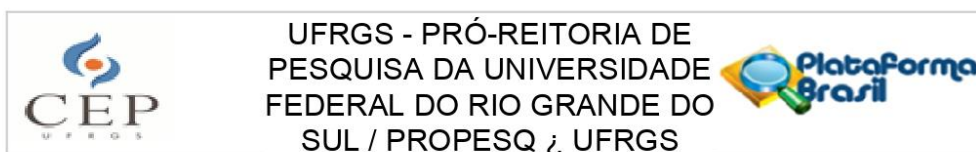
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.095.127

PORTO ALEGRE, 18 de Junho de 2020



Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária

Pesquisador: Camila Giugliani

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25161119.3.3001.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.790.010

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do projeto de pesquisa em apreciação. A pesquisa é para um mestrado no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da aluna Jaqueline Naibert, sob orientação da professora Camila Giugliani (Departamento de Medicina Social, UFRGS). A mestranda Jaqueline tem experiência profissional no serviço em que pretende desenvolver o projeto e, especificamente, no campo, tendo atuado no acolhimento e atendimento em saúde mental. O desenho do projeto é de uma pesquisa exploratório, com abordagem qualitativa, visando à construção de uma possível intervenção -- intervenção esta que seria a capacitação de profissionais de saúde: "uma estratégia de Educação Permanente em Saúde Mental (EPSM) para qualificar o cuidado aos usuários de uma unidade de atenção primária na zona sul de Porto Alegre". O estudo será na Unidade de Saúde Moab Caldas, que contará com seis equipes ESF. As pessoas que serão convidadas a participar do estudo são os/as profissionais de saúde que integram a Rede de Atenção Psicossocial da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, vinculados à US Moab Caldas, ao CAPS-AD, ao ESMA, ao CAPS-II, ao plantão de emergência em saúde mental. Também serão convidados/as profissionais vinculados à gestão municipal (Coordenação de Atenção à Saúde Mental, Coordenação da Atenção Primária, Gerência Distrital). A coleta de dados se dará em reunião específica, agendada antes ou depois de reunião ordinária de equipe do serviço ou agendada diretamente com gestores. As questões que serão discutidas e

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.790.010

gravadas são "Quais os nós da atenção à saúde mental na APS?" e "Como a educação permanente pode ajudar a desatá-los?".

Será feita análise de conteúdo com os dados coletados e, em um segundo momento, será elaborada uma proposta de intervenção – de educação permanente em saúde mental. Em um terceiro momento, tal proposta será submetida para a apreciação de especialistas e aprimoramento.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto é uma pesquisa que será base para uma possível intervenção no campo da educação para profissionais de saúde.

O objetivo principal é elaborar uma proposta de estratégia de Educação Permanente para qualificar o cuidado em saúde mental aos usuários de uma unidade de atenção primária na zona sul de Porto Alegre.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Analisar o contexto da Rede de Atenção Psicossocial na Gerência Distrital Glória/ Cruzeiro/Cristal e identificar os nós críticos na atenção à saúde mental no local estudado.
- Criar um referencial para um programa de EPS com técnicas participativas e reflexivas sobre temas voltados para a saúde mental no contexto da APS.
- Oferecer estratégias concretas para que o profissional da APS seja mais resolutivo no cuidado em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora atua na US Moab Caldas.

Foram considerados como riscos "algum desconforto ou constrangimento eventual durante o diálogo nas reuniões", assim como o risco de identificação dos participantes.

O risco de identificação será minimizado com a não-divulgação dos nomes dos participantes e a utilização de códigos alfa-numéricos para registrar suas falas.

O benefício pode ser direto, na medida em que o projeto propõe a elaboração de "um novo material educativo para melhorar a qualidade da atenção à saúde mental na APS" e os profissionais participantes podem vir a tomar parte em ações de educação permanente que façam uso deste material.

O retorno dos resultados às equipes e aos gestores foi prevista.

O produto final -- o programa de educação permanente em saúde mental -- será disponibilizado inteiramente de forma on-line e gratuita pela plataforma biblioteca virtual da SMS PoA.

A SMS Porto Alegre foi incluída como co-participante e o projeto prevê a submissão do projeto ao

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar	CEP: 90.010-040
Bairro: Centro Histórico	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453
	E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.790.010

CEP SMS/PoA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

1. Título: Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária
2. Pesquisador responsável: Profa. Dra. Camila Giugliani
3. Assistente de pesquisa: Enfermeira (Mestranda) Jaqueline Naibert
4. Nível da pesquisa: Mestrado
5. Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
6. Curso: Mestrado no PPGES
7. Local de realização do estudo: Unidade de Saúde Moab Caldas
8. Duração do estudo: 09 (nove) meses
9. Número de sujeitos da pesquisa: 112 (cento e doze profissionais)
10. Data prevista para conclusão do estudo: julho de 2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TAI assinado por Diane Moreira do Nascimento em 19/9/2019
TCLE presente e adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS SOLICITADAS NO PARECER 3.717.013

Título: Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para qualificar o cuidado em saúde mental na atenção primária (CAAE 25161119.3.0000.5347)

Em resposta ao parecer, detalhamos abaixo as pendências solicitadas, item por item. As alterações feitas no projeto detalhado estão destacadas em vermelho. As mesmas alterações foram feitas no formulário da Plataforma Brasil.

1. Não foi descrito o processo para convidar os/as participantes para a pesquisa.

RESPOSTA: Adicionado o seguinte trecho (p.16) e acrescentado Apêndice A: Após aprovação nos Comitês de Ética, os sujeitos serão convidados por meio de um convite feito à coordenação de cada unidade de saúde, enviado por e-mail. Também será enviado um reforço do convite por mensagem de whatsapp ou telefone. Assim, a coordenação de cada unidade fará o convite para os integrantes das equipes. Nos outros serviços, assim como para os gestores, o convite será enviado por e-mail. O modelo de convite está apresentado no APÊNDICE A.

ANÁLISE: pendência respondida

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.790.010

2. Não foram descritas estratégias para minimizar o risco de constrangimento. Deve-se levar em consideração o fato de que a pesquisadora é profissional de saúde e colega de algumas das pessoas que farão parte do estudo, o que poderia ser um elemento adicional no constrangimento gerado. Deve-se também considerar que a pesquisa pretende, inicialmente, fazer a conversa com os profissionais em situações de reuniões ordinárias da equipe. Caso um profissional não deseje tomar parte desta discussão, como assegurar que não haverá constrangimento? A coleta neste caso será suspensa ou o profissional será convidado a se retirar? Haverá tempo hábil para a equipe discutir suas questões ordinárias se houver a discussão das questões norteadoras?

RESPOSTA: Adicionado o seguinte trecho (p.16): A reunião para coleta de dados da pesquisa será realizada em um horário específico, que poderá ser imediatamente após a reunião ordinária da equipe ou outro em outro momento, conforme a conveniência dos participantes. A reunião da pesquisa não será realizada no mesmo momento da reunião ordinária de equipe, para evitar interferência nos horários de discussão e nos assuntos da pauta, bem como para minimizar possíveis constrangimentos para os profissionais que não quiserem participar da pesquisa (o que ficaria mais difícil se o assunto da pesquisa fosse pautado em reunião ordinária). Aqueles que aceitarem o convite para participar, receberão, previamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) para assinar. Uma pequena alteração também foi feita no TCLE (Apêndice B).

ANÁLISE: Pendência respondida

3. Não foram descritos mecanismos para a anonimização dos dados, ou como serão reduzidas as chances de quebra de confidencialidade dos dados.

RESPOSTA: Adicionado o seguinte trecho (p.18): Para assegurar a anonimização dos dados, a pesquisadora usará, em suas anotações a partir das gravações, códigos numéricos para identificar falas feitas por sujeitos diferentes. Nenhum nome será escrito durante o processo de sistematização e análise dos dados. Apenas as categorias profissionais poderão ser identificadas, por exemplo, trabalhador da APS, trabalhador do CAPS ou gestor.

ANÁLISE: Pendência respondida

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.790.010

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Carta_resposta_0412.pdf	07/12/2019 07:50:30	Camila Giugliani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	07/12/2019 07:20:32	Camila Giugliani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado_Jaqueline_plataforma_com_pendencias.pdf	07/12/2019 07:20:13	Camila Giugliani	Aceito
Outros	Termo_de_Ciencia_e_Autorizacao.pdf	06/11/2019 11:39:22	Camila Giugliani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 24 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Alexandre Luis da Silva Ritter
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com