



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

CLÉCIA VILAS BÔAS CERQUEIRA SILVA

**SAÚDE MENTAL PÓS PANDEMIA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO
E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

FEIRA DE SANTANA, BA

2024

CLÉCIA VILAS BÔAS CERQUEIRA SILVA

**SAÚDE MENTAL PÓS PANDEMIA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO
E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Linha de Pesquisa I: Políticas, planejamento, organização de sistemas, programas e serviços de saúde.

Discente: Clécia Vilas Bôas Cerqueira Silva

Orientadora: Prof^a Dra^a Juliana Alves Leite Leal

FEIRA DE SANTANA, BA

2024

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

S579s Silva, Clécia Vilas Bôas Cerqueira
Saúde mental pós pandemia Covid-19: uma análise sobre o acesso e
cuidado na atenção primária à saúde / Clécia Vilas Bôas Cerqueira Silva. –
2024.
106 f.: il.

Orientadora: Juliana Alves Leite Leal.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, 2024.

1. Cuidado em saúde mental. 2. Covid-19 – Pandemia. 3. Atenção
Primária à Saúde (APS). 4. Saúde coletiva. I. Título. II. Leal, Juliana Alves
Leite, orient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana.

CDU 616.89

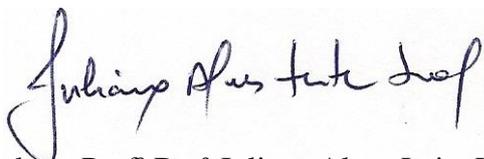
Renata Aline Souza Silva - Bibliotecária - CRB-5/1702

CLÉCIA VILAS BÔAS CERQUEIRA SILVA

SAÚDE MENTAL PÓS PANDEMIA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO E
CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Linha de Pesquisa I: Políticas, planejamento, organização de sistemas, programas e serviços de saúde.

Feira de Santana – Ba, 17 de setembro de 2024.



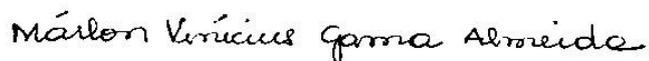
Orientadora: Prof^a Dra^a Juliana Alves Leite Leal

Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS



Membro: Prof^a Dra^a Luciane Cristina Feltrin de Oliveira

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS



Membro: Prof. Dr^o Márlon Vinícius Gama Almeida

Universidade Federal Do Vale Do São Francisco – UNIVASF



Membro: Prof^a Dra^a Simone Santana da Silva

Universidade do Estado da Bahia - UNEB

AGRADECIMENTOS:

Entrar no mestrado sempre foi um sonho, que parecia distante de ser realizado... mas existe um Deus especialista em realizar sonhos, no tempo dEle, e não no nosso, e esse Deus me permitiu com muita determinação e disciplina, correr atrás dos meus sonhos. E hoje a minha gratidão é inteiramente a Ele, pela permissão, proteção e bençãos!

Esse mesmo Deus colocou na minha vida pessoas especiais que me fortalecem, inspiram e me motivam a ser cada dia melhor. Pessoas que viveram e vivem esse sonho comigo! Não foi fácil... enfrentar um mestrado profissional conciliando com a função de gestora de saúde, professora, mãe, esposa, dentre tantas outras atribuições, foi um grande desafio, e só foi possível, porque tive do meu lado essas pessoas. Gostaria de agradecer ao meu esposo, pela compreensão e cumplicidade por todas as vezes que estive ausente, e precisou fazer também a função de mãe, cuidando com amor e zelo do nosso bem mais precioso! Agradecer as minhas filhas, e ao mesmo tempo pedir desculpas pela ausência em tantos momentos importantes... desculpas pelas vezes que não pude atender ao chamado: “mamãe brinca comigo” ou “mamãe, tira a ‘cara’ do computador e olhar pra mim”, dizer que todo esse esforço é também por vocês, para que possam ter orgulho e possam ter na sua mãe o reflexo de uma mulher forte, que não desiste diante das adversidades. Agradecer aos meus pais que mesmo sem compreender exatamente o motivo esse processo, sempre me apoiaram com amor e cuidado incondicional. Também pedir desculpas pela ausência, especialmente nessa reta final, em que o horário de almoço não nos permitiu mais conversar sobre outros tantos assuntos; obrigada pelas inúmeras vezes que me davam a refeição nas mãos, para que eu não perdesse tempo ou saísse do foco! Agradecer ao meu irmão que sempre “segurou a barra” na secretaria de saúde na minha ausência, resolvendo e me poupando de qualquer problema que pudesse me distrair do meu objetivo!

Em nome das minhas amiga e colegas de trabalho, Adriana, Natane e Diogo agradeço de forma muito especial a toda equipe da secretaria de saúde, que sempre me incentivou e apoiou em todos os momentos. Em muitas vezes fazendo papel que seria de minha responsabilidade, para que eu pudesse focar no meu projeto.

Agradeço com muito carinho a todos os médicos e enfermeiros da APS que aceitaram participar dessa pesquisa, e que além de enriqueceram de forma brilhante este trabalho, me permitiram ampliar minha visão de saúde pública, favorecendo o meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço ao prefeito Danillo e todos os colegas da gestão, pelo apoio, incentivo e compreensão por todas as vezes que precisei me ausentar do município.

Agradeço a todos os professores que fizeram parte do programa deste mestrado, e que com muita sabedoria e conhecimento, me forneceram ricas ferramentas de aprendizado.

Agradecer a todos os meus colegas que estiveram juntos nessa caminhada, apoiando e contribuindo para o crescimento coletivo e individual de cada um de nós. De uma forma especial agradecer a minha colega e grande amiga Dayana, parceira de SUS, de estudos, de caminhada e de vida. Sem dúvidas nenhuma a caminhada foi mais leve e rica na tua companhia. Agradecer a minha amiga Flávia pela hospedagem e principalmente pela companhia nos dias de aula, e em nome dela, agradeço a todos os meus amigos (a) pelo apoio e incentivo constantes. Agradeço a Brenna, pela parceria e disponibilidade em participar e contribuir de forma tão importante na coleta de dados.

Agradeço a uma das principais responsáveis por hoje está defendendo essa dissertação, minha amiga Silvia, quem me apresentou o programa e me incentivou incansavelmente para que me inscrevesse. Gratidão por me fazer acreditar no meu potencial!

Minha imensa gratidão as pessoas que compõe a banca de defesa, professores que me acompanham desde a qualificação, os quais eu tenho muito orgulho, admiração, respeito e carinho. Professora Luciane, a pró chique, rigorosa, que logo se mostrou sensível e se tornou muito especial, contribuindo de forma brilhante neste trabalho. Professor Marlon, um grande amigo que me deu a honra de vivenciar esse momento junto e aprender muito. A professora Simone, uma amiga especial que já tive o privilégio de trabalhar junto, e hoje compartilha comigo de conhecimentos tão importantes para minha vida profissional! Obrigada por compartilharem com tanta sabedoria um pouco da riqueza do conhecimento que carregam, e por acrescentarem com valiosas contribuições a esta dissertação!

E pra finalizar agradecer a professora Juliana, minha orientadora, que esteve comigo desde o início, segurou a minha mão e não soltou em nenhum momento! July, nada que for dito aqui é capaz de mensurar o tamanho da minha admiração e gratidão por você! Obrigada por conduzir com leveza, responsabilidade, alegria e sabedoria todo esse processo! Obrigada por compartilhar comigo um pouca da bagagem de saúde pública que carrega! Obrigada por acreditar em mim, e me ajudar a chegar até aqui!

Minha gratidão a todos vocês que fazem parte desse sonho!

RESUMO

A pandemia COVID-19, além dos impactos na saúde física dos indivíduos, trouxe inquietações sobre a exacerbação dos sintomas de saúde mental na população em geral. Aproximando essa discussão sobre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, preocupa a repercussão sobre a saúde mental destes e da população por ela assistidos, uma vez que a APS assume papel fundamental no cuidado e atenção à saúde sobretudo por figurar como a principal porta de entrada do sistema de saúde. Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo analisar o processo de cuidado e acesso ofertados aos usuários com demandas de atenção em saúde mental na APS no município de Várzea da Roça - Ba. Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, do tipo exploratória, realizada com médicos e enfermeiros que compõem as Equipes de Saúde da Família e usuários da APS em saúde mental do município. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada aos trabalhadores, usuários e do grupo focal com trabalhadores. Após análise dos dados coletados, foram geradas quatro categorias a serem discutidas: Acesso e organização da oferta das ações de saúde mental na APS, evidenciando a facilidade de acesso descrita por usuários e trabalhadores; Relação da pandemia com a atenção em saúde mental e com o autocuidado, confirmando a influência na pandemia nos problemas relacionados a saúde mental, associado a ausência de ações de autocuidado pela maioria dos profissionais; Produção do cuidado em saúde mental na APS: demonstrando uma avaliação positiva na perspectiva dos usuários e trabalhadores; e diagnóstico sobre a qualificação do trabalho para atenção em saúde mental, o qual evidenciou que mesmo se sentindo preparados, os profissionais abordam a necessidade de qualificação profissional para trabalhar com os pacientes de saúde mental na APS. Neste sentido, a presente pesquisa permitiu conhecer o acesso a saúde mental na APS no município, dando visibilidade e oportunizando reflexões sobre as características que os municípios de pequeno porte carregam, tornando visíveis as necessidades de intervenção e qualificação da assistência, no âmbito da saúde mental, para atendimento às demandas da comunidade, pós COVID-19, no ambiente da APS.

Palavras-chave: Acesso; cuidado em saúde mental; pandemia COVID-19; atenção primária à saúde; saúde coletiva.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has not only had an impact on people's physical health, but has also raised concerns about the worsening of mental health symptoms in the population. Translating this discussion to primary healthcare workers, there is concern about the impact on their mental health and the population they serve, as PHCs play a fundamental role in healthcare delivery and care, especially as they are the main gateway of the healthcare system. Therefore, this research aims to analyze the process of care and access offered to users with mental health care needs in PHC in the municipality of Várzea da Roça - Ba. It is a qualitative, exploratory field research conducted with doctors and nurses who form the family health teams and PHC users with mental health needs in the municipality. Data collection was conducted through semi-structured interviews with staff and users and a focus group with staff. After analyzing the collected data, four categories were formed, which will be discussed: Access and organization of the provision of mental health interventions in PHC, highlighting the ease of access described by users and staff; Relationship of the pandemic to mental health care and self-care, confirming the impact of the pandemic on mental health issues related to the lack of self-care interventions by the majority of professionals; Production of mental health care in PHC: the diagnosis of work qualifications for mental health care showed that professionals, even if they feel prepared, address the need for professional qualifications to work with the mentally ill in PHC. In this sense, the present research allowed us to understand the approach to mental health in PHC in the community by making visible the characteristics of small communities and providing an opportunity to reflect on them. It made visible the need for intervention and qualification of mental health assistance. The study aims to contribute to meeting the community's needs after COVID-19 in the PHC environment.

Keywords: access; mental health care; COVID-19 pandemic; primary health care; collective health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CER - Central Estadual de Regulação

CNS - Conselho Nacional de Saúde

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESF – Equipe Saúde da Família

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PAS – Programação Anual de Saúde

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENAME – Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Relação dos artigos selecionados pela busca sistemática e relacionados à Atenção Primária à Saúde

QUADRO 2 – Análise dos dados empíricos

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. OBJETIVO GERAL.....	19
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1. SAÚDE MENTAL NA APS.....	20
2.2. PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A INTERSECÇÃO DA PANDEMIA SOBRE ACESSO E A SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE.....	25
3. METODOLOGIA	29
3.1. TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2. CAMPO DE ESTUDO.....	29
3.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	31
3.4. COLETA DE DADOS.....	32
3.5. ANÁLISE DOS DADOS.....	35
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	38
4.1. ACESSO E ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA APS.....	38
4.2. RELAÇÃO DA PANDEMIA COM A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E COM O AUTOUIDADO.....	50
4.3. PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS: PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES.....	61
4.4. DIAGNÓSTICO SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO PARA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	79
4.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: AÇÃO DE ACOLHIMENTO E QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS ATUANTES NA APS.....	83

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICE 01 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	99
APÊNDICE 02 Roteiro para entrevista - grupo 01.....	101
APÊNDICE 03 Roteiro para entrevista - grupo 02.....	103
APÊNDICE 04 Roteiro para grupo focal – grupo 01.....	105
APÊNDICE 05 Produto técnico.....	106

1 INTRODUÇÃO

A pandemia COVID-19, além dos impactos na saúde física dos indivíduos, trouxe inquietações sobre a exacerbação dos sintomas de saúde mental na população em geral, podendo estes durarem mais tempo, e com maior prevalência que a própria pandemia, em decorrência da série de mudanças no contexto social vivenciados naquele período, especialmente em decorrência do isolamento social, e pressão sobre os trabalhadores de saúde.

A pandemia que durou do período de 30 de janeiro de 2020 a 05 de maio de 2023, conforme declaração da Organização Mundial da Saúde optou, como principal medida de prevenção e redução da propagação da doença, pelo isolamento social, conforme determinação da Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, a qual dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Brasil, 2020a). No entanto, esse confinamento em massa gerou consequências na saúde mental da população do Brasil e do mundo, gerando um novo perfil do público que busca atendimento no serviço de saúde, decorrente da sensação de impotência e tédio causados pelo afastamento das relações sociais (escola, trabalho, lazer), sendo necessário buscar medidas para reduzir essas implicações psicológicas, assim como preparar as equipes que trabalham nos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde - APS para enfrentar com resolubilidade essa problemática.

Para os profissionais de saúde, a pandemia trouxe sequelas ainda maiores, tendo em vista que além do medo de contrair a doença e transmiti-las aos familiares, associado ao medo da morte, precisaram lidar com o afastamento dos seus lares, estresse, sobrecarga de trabalho, sensação de impotência em vistas ao elevado número de óbitos de pacientes e pessoas próximas, além da desvalorização profissional (Schmidt *et al*, 2020).

Passados os momentos de pico nos casos de COVID-19, vem à tona a preocupação sobre a reconstrução social e o cuidado às pessoas que direta ou indiretamente foram afetadas pela pandemia. Haja vista que, pesquisas realizadas durante a pandemia já demonstravam impactos dela sobre a saúde mental dos sujeitos. Dados de uma pesquisa realizada na crise da COVID-19, observou que dos 1.210 participantes, mais da metade (53%) apresentaram sequelas psicológicas moderadas ou severas, incluindo sintomas depressivos em 16,5% dos participantes (C. Wang *et al*, 2020). Esses fatores relacionados ao crescimento do adoecimento dos profissionais de saúde, são encarados com grande preocupação, visto que estes são os principais protagonistas no acolhimento de usuários que necessitam de intervenções psicológicas para

redução de danos negativos, e atuam como promotores de saúde mental no período pós pandemia, na readaptação social e emocional dessas pessoas (Prado *et al*, 2020).

Aproximando essa discussão sobre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, nos inquieta a repercussão sobre a saúde mental destes e da população por ela assistidos, uma vez que a APS assume papel fundamental no cuidado e atenção à saúde sobretudo por figurar como a principal porta de entrada do sistema de saúde. No entanto, o acesso à APS foi fortemente fragilizado na pandemia com as recomendações de isolamento social, precisando as Equipes de Saúde da Família - ESFs se reinventarem com outras estratégias para continuidade do atendimento.

Trabalhadores e usuários da APS, sentiram os efeitos durante e após a pandemia da COVID-19. Podemos citar como exemplo as diversas atividades de rotina dos serviços, as quais foram canceladas e/ou reduzidas durante a pandemia, como os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, atividades de educação em saúde, dentre outros, afetando de forma direta a integralidade do atendimento, especialmente no cuidado a outros problemas de saúde que não estivessem relacionados à síndrome gripal (Alves, 2020).

No modelo de atenção integral e que inclui o sujeito no centro da atenção à saúde, proposto na APS, a criação do vínculo é necessária para aproximação entre o usuário do serviço e o profissional de saúde. O fortalecimento do vínculo torna-se fundamental para o sucesso do cuidado e desenvolvimento das ações de promoção da saúde no âmbito da saúde mental, visto que cuidar da saúde mental abrange não somente o conhecimento clínico do processo saúde-doença, mas especialmente as questões sociais, culturais, econômicas e psicológicas que envolvem o indivíduo e a família (Brasil, 2013a).

Entende-se que para a garantia do cuidado qualificado e do acesso integral, dentre outros fatores, os trabalhadores de saúde precisam estar capacitados do ponto de vista técnico e em bom estado de saúde mental, devendo atuar enquanto protagonistas na responsabilização do usuário como centro do processo da atenção à saúde, garantindo a integralidade da atenção (Assis; Almeida, 2014). Consideramos que o conhecimento técnico dos trabalhadores em saúde mental se mostra de grande relevância, devendo este ser construído em todo o processo de formação profissional, e qualificado através de políticas que garantam a sua constante atualização, como forma de consolidar o acesso efetivo ao serviço de saúde mental na APS.

O conceito de acesso, na perspectiva de Quinderé e outros (2012, p. 2158) trata-se de um “conceito complexo e que não deve ser entendido apenas como o ato de entrar ou ingressar, designando o grau de facilidade com que as pessoas acessam os serviços de saúde”. Desta forma, acesso não significa somente o ato de adentrar no serviço de saúde, diz respeito principalmente a forma de acessar o cuidado à saúde de forma integral, de modo a transformar a realidade destes usuários. Deve contemplar ainda compreensão de acessibilidade, ajustando a atuação profissional e os recursos tecnológicos de forma a atender as necessidades reais de uma dada população, não se restringindo somente a garantia do uso ou não dos serviços de saúde.

Do ponto de vista acadêmico, o impacto da pandemia na saúde mental é um assunto que está sendo debatido em diversos trabalhos científicos. Ao realizar uma busca da literatura na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, utilizando os descritores “saúde mental” AND “acesso” AND “pandemia”, foram encontrados 270 trabalhos publicados nos últimos cinco anos. Quando selecionado o filtro de idioma, para trabalhos em português, encontram-se um total de 44 trabalhos publicados.

No entanto, após a leitura dos resumos, somente cinco foram estudos realizados no ambiente da APS, conforme quadro abaixo:

QUADRO 1 – Relação dos artigos selecionados pela busca sistemática e relacionados à Atenção Primária à Saúde

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA	RESULTADOS
Repercussão da Pandemia de COVID-19 nos Serviços de Saúde e na Saúde Mental dos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.	OUTEIRINHO, C., BRAGA, R., GOMES, J.C., ALVES, L., CRUZ, A.M.	2023	<i>Acta Med Port</i>	Responderam 237 profissionais. Quase 60% trabalharam com doentes COVID-19. A disponibilidade de equipamento de proteção individual em março versus junho de 2020 aumentou (17,7% vs 55,3%). Existia plano de gestão do risco em 86% dos locais. Identificou-se uma alta carga de trabalho (90%) e pressão do tempo (74,6%). Médicos e enfermeiros apresentavam maior prevalência de depressão associada à carga de trabalho e fadiga. Ter espaço para falar dos problemas, apoio sentido perante esses problemas e dispor na unidade de saúde de um espaço para relaxar foram alguns fatores protetores de ansiedade. Foi encontrado menor risco de depressão no grupo do secretariado clínico, nos profissionais que se sentiram apoiados, e nos que tiveram participação ativa nos planos de contingência.
Fatores de risco e prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia por COVID-19: revisão integrativa da literatura	SILVA, E.P.R.O., SANTOS, H.L.P.C., MACIEL, F.B.M., MANFROI, E.C., PRADO, N.M.B.L.	2022	<i>Rev. bras. med. fam. comunidade</i>	O corpus de análise foi composto de 15 artigos, com predominância da descrição de fatores de risco, da implementação e das adaptações de estratégias de intervenções específicas mediadas por recursos de tecnologia da informação e comunicação para oferecer cuidados de saúde mental. Os cuidados colaborativos pautados pelos atributos essenciais da APS destacaram-se como estratégias prioritárias para ofertar cuidados contínuos e longitudinais no contexto da pandemia..
Telematriciamento em saúde mental na pandemia de COVID-19: relato de experiência	MILIAUSKAS, C.R., ROCHA, C., SALOMÃO, F., FERAZ, H., FORTES, S.	2022	<i>Rev. bras. med. fam. comunidade</i>	Foram realizadas 50 teleconsultas conjuntas no período de 12 semanas, com média de 4,16 consultas/semana, sendo os diagnósticos mais frequentes transtornos depressivos e ansiosos seguidos de transtornos de personalidade e por uso de substâncias. O novo formato permitiu a manutenção do acesso de usuários da saúde mental ao serviço, a absorção de novos casos, a melhoria de acesso a usuários do grupo de risco para infecção por coronavírus e a continuidade do processo formativo em saúde com

				aquisição de novas competências e modernização do trabalho. As principais limitações foram a falta de equipamentos disponíveis e a dificuldade de acesso à internet.
Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe de Saúde da Família de área de favela durante a crise da COVID-19	AMARAL, L.M., JÚNIOR, J.R.T.	2020	<i>Rev. APS</i>	Este artigo descreve os usos e desafios das tecnologias chamada telefônica e WhatsApp Business em uma equipe de uma Clínica da Família em uma favela do Rio de Janeiro. Pode-se dizer que o uso foi uma experiência importante para conseguir ampliar o acesso e fortalecer vínculo, principalmente a pessoas vivendo com condições crônicas não transmissíveis e de saúde mental no cenário de restrição de acesso imposto pelo contexto da pandemia pelo Sars-CoV2.
Apoio psicossocial durante a pandemia de covid-19: estratégias desenvolvidas junto aos profissionais da rede pública de saúde do município de Franco da Rocha	CAMONION, J.O.	2021	<i>Biblioteca responsável: BR1764.1</i>	As análises das falas puderam refletir a preocupação da gestão com o acesso a EPIs; ações de orientação; fortalecimento da comunicação e carência de ações de rastreamento de sofrimento psíquico e de planejamento de ações estruturadas em rede.

O baixo número de estudos realizados no ambiente da APS no âmbito da saúde mental pós pandemia, evidencia a necessidade de ampliação de pesquisas deste tipo, considerando que a APS desempenha papel crucial na resposta global aos problemas relacionados a pandemia, sendo a principal porta de entrada do SUS e a ordenadora do cuidado nesse sistema e possui capacidade de atuação ativa na resposta a surtos e epidemias.

Entretanto, pelos estudos descritos no Quadro 01, nota-se a potência e capacidade de inovação da APS no cuidado contínuo no contexto da pandemia, ao tempo que identifica maior prevalência de depressão entre trabalhadores de saúde, em decorrência a elevadas cargas de trabalho, dentre outros motivos, evidenciando a necessidade de medidas de proteção da saúde mental para população geral e trabalhadores de saúde, para que estes possam enfrentar a grave crise sanitária, com vistas à prevenção do sofrimento, melhor qualidade de vida e melhores condições laborais para garantia do acesso no atendimento aos usuários no âmbito da APS.

As evidências dos estudos selecionados apontam a necessidade de mais pesquisas, com vista à elaboração de estratégias, desenvolvimento e implementação de programas que ampliem a garantia do acesso e qualificação do cuidado, e visem a efetivação do rastreamento de pessoas em sofrimento psíquico, ampliando as ações de prevenção, promoção e alívio do estresse e sofrimento mental em tempos de pandemias e pós pandemia.

O cenário destacado, somado a condição de discente do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, de trabalhadora de saúde, nutricionista, sanitária, e atuar há dois anos na função de gestora municipal, enquanto secretária municipal de saúde, ocupo lugar que me permite uma visão ampliada dos problemas relacionados à assistência à saúde do município, incluindo as demandas em saúde mental. Dessa forma, inquieta-nos conhecer a atenção em saúde mental na perspectiva dos trabalhadores no município no qual estou gestora, assim como a percepção dos usuários em relação ao acesso e o cuidado em saúde mental na APS. Vale salientar que esta função nos permite a governabilidade das ações e serviços de saúde, assim como a possibilidade de realização de pesquisas e projetos que tragam benefícios ao serviço público de saúde.

Nesta conjuntura, considerando as repercussões psicológicas e psiquiátricas provocadas pela pandemia de COVID-19, e que podem ter intensificado agravos de saúde mental pré-existentes ou influenciado no surgimento de novos agravos, é que propomos um estudo dessa temática relevante para a APS para a partir dela, trazer à tona a discussão sobre a avaliação, intervenção e qualificação da assistência, no âmbito da saúde mental, para atendimento às demandas da comunidade, pós pandemia COVID-19 e, por conseguinte, melhorar o cuidado à saúde psicossocial e o acesso na APS pela população adstrita. Consideramos assim ser

fundamental compreender como se encontra a atenção em saúde mental na APS em um município de pequeno porte no interior da Bahia.

No Brasil a maioria dos municípios são de pequeno porte, com menos de 100.000 habitantes. Pesquisar a realidade de um município assim, torna-se relevante para dar visibilidade e oportunizar reflexões sobre as características que municípios pequenos carregam.

1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o processo de cuidado e acesso ofertados aos usuários com demandas de atenção em saúde mental na APS de Várzea da Roça.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Discutir como as equipes de saúde e usuários da APS do município de Várzea da Roça, Bahia, visualizam as práticas profissionais aplicadas para o manejo das demandas de saúde mental.
- Promover atividade de qualificação em saúde mental para médicos e enfermeiros da APS de Várzea da Roça.

Diante do exposto, este estudo torna-se relevante no sentido de identificar os impactos da pandemia COVID-19 na saúde mental das pessoas, a fim de avaliar o processo de cuidado e como se dá o acesso em saúde mental na APS, no contexto pós-pandemia, no município de Várzea da Roça - BA. Desta forma, desejamos que por meio da investigação alcancemos a avaliação do conhecimento dos prejuízos sociais e psicológicos causados pela pandemia nesses profissionais e usuários, para a partir daí, estabelecer estratégias de acolhimento e qualificação profissional, a fim de prepará-lo para acolher e resolver as demandas provenientes desta problemática, ampliando e fortalecendo o cuidado e o acesso dos usuários aos serviços de saúde mental na APS do referido município. Neste sentido, frente à crise social e psicológica acirrada pela pandemia COVID-19, faz-se necessário questionar, como ocorre o acesso à APS às ações voltadas para o cuidado em saúde mental na APS no município de Várzea da Roça, Bahia?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste tópico, será abordado sobre a construção do modelo de saúde no Brasil ao longo dos anos, com enfoque na APS, e breve histórico acerca da política de saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica, até os dias atuais. Descreve-se também práticas que dificultam e/ou impedem o cuidado em saúde mental na APS.

Ainda, será descrito sobre a produção do cuidado em saúde mental na APS e as estratégias de acesso à mesma, no contexto durante e após pandemia COVID-19.

2.1 SAÚDE MENTAL NA APS

Ao longo dos anos, a Política Nacional de Saúde Mental passou por diversas transformações, até que se constituísse, como na atualidade, uma política pensada para funcionar a partir de uma rede ampla e multidisciplinar. Sendo assim, para que essa estratégia funcione, deve-se garantir o acesso da população a todos os níveis de atenção em saúde mental, especialmente aos serviços da atenção primária à saúde.

Os cuidados primários à saúde foram definidos na Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, na cidade de Alma-Ata, antiga União Soviética. Nela, cuidados primários à saúde foram definidos como “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde” devendo o cuidado primário à saúde ser levado aos locais onde as pessoas estão, o mais proximamente possível (Declaração de Alma-Ata, 1978). Tendo em vista os principais problemas de saúde da população, a Declaração de Alma-Ata diz que o cuidado primário à saúde deve proporcionar proteção, prevenção, cura e reabilitação, sempre levando em consideração as necessidades de cada comunidade.

Nessa perspectiva, e considerando as necessárias transformações na área da saúde, os movimentos sociais de luta pela melhoria das condições de vida das pessoas ganha força, e nasce na década de 80, os primeiros movimentos da Reforma Sanitária no Brasil, a qual se refere a um processo de transformação da normatização e de uma instituição que regulamente e se responsabilize pela proteção à saúde dos cidadãos, direcionando a responsabilidade ao poder político em direção às camadas mais populares, buscando o direito universal à saúde e a criação do Sistema Único de Saúde, sob responsabilidade do Estado (Cohn, 1988).

A partir daí, saúde passa a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas através da Constituição Federal de 1988 que

traz no artigo 196, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988; Brasil, 2016). A Constituição traz o direito à saúde como a garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos, como educação, saneamento básico, atividades culturais e segurança.

A organização e funcionamento do Sistema de Saúde estabelecido na Constituição Federal, foram normatizados pela Lei Orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990, a qual “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. A criação do Sistema Único de Saúde - SUS, um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, vem com a proposta de garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, além da atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde (Brasil, 1990a).

Ainda em 1990, visando garantir o princípio da participação social no contexto da saúde, foi publicada a Lei 8.142, a qual “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990b). Essa perspectiva pode ser considerada uma forma muito avançada de democracia, visto que possibilita uma nova relação entre o Estado e a sociedade, de maneira que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser dialogadas e negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem melhor a realidade da saúde das comunidades às quais estão inseridos.

Segundo Rolin e outros (2013) a participação popular e o controle social em saúde, se destacam entre os princípios do SUS, visto a grande relevância social e política, por se constituírem na garantia de que a formulação e o controle das políticas públicas de saúde e o controle sobre a ação do Estado, se darão a partir da participação de todas as pessoas envolvidas no processo de saúde, desde gestores, prestadores, trabalhadores e usuários do serviço de saúde. Nesse contexto, a participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde deve estar institucionalizada em todos os espaços de formulação de políticas, através da garantia da participação no planejamento do enfrentamento dos problemas priorizados, execução e avaliação das ações, processo no qual a participação popular deve ser garantida e incentivada.

De acordo com Matta e Morosini (2022) a Atenção Primária à Saúde no Brasil incorpora os princípios da Reforma Sanitária, adotando o nome Atenção Básica à Saúde (ABS) pelo SUS

para destacar a mudança do modelo assistencial, “a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde”. Ainda segundo Matta e Morosini (2022), a ABS no Brasil tem como principal estratégia a Saúde da Família, que aprofunda os processos de territorialização e responsabilidade sanitária das suas equipes com sua população adscrita. Essa nova estratégia pressupõe a desconstrução da prática de tratar apenas a doença, para tratar a pessoa de forma integral no contexto da comunidade, através de intervenções intersetoriais.

Neste contexto, e considerando a APS o nível de assistência primordial de acesso aos serviços de saúde, a Estratégia de Saúde da Família assume o papel de reorganizar os sistemas de saúde, sobressaindo o modelo hospitalocêntrico e possibilitando a implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde dos indivíduos e das coletividades (Brasil, 2012b).

No âmbito da saúde mental, a percepção da necessidade de existência de serviços de atenção psicossocial que possibilitassem o acolhimento, a escuta, o estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais, assim como a necessidade de resgate da cidadania e dignidade das pessoas com transtornos mentais, iniciou-se os movimentos da Reforma Psiquiátrica, formando uma rede de relações entre sujeitos que escutam e cuidam e sujeitos que vivenciam as problemáticas (Amarante, 2007).

Em 1990, incentivada pelo processo de redemocratização no país, o Brasil adotou uma política de saúde mental baseada na Declaração de Caracas, produzida na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente, convocada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e realizada em Caracas. Entre outras diretrizes, a Declaração preconiza uma atenção integral e contínua, com base na família e comunidade integrada à atenção primária em saúde, e desvincula de forma gradativa e permanente a utilização de hospitais psiquiátricos (Alves; Silva; Costa, 2012).

A Reforma Psiquiátrica ganha força a partir da promulgação da Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, estabelecendo novas diretrizes para políticas de saúde mental, ao prever a substituição progressiva dos manicômios por uma rede mais complexa de serviços que garantam o cuidado em liberdade como elemento

terapêutico primordial. Dessa forma, estabeleceu-se, entre outras garantias, que a pessoa com transtorno mental, “sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno (...)”, deve ser “tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2º, § II]” (Brasil, 2001a).

À partir daí um novo sistema de saúde mental começa a ser estruturado no Brasil, com a proposta de extinção progressiva dos manicômios, dando espaço a implantação de novas modalidades de atendimento às pessoas com transtornos mentais, tais como: hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, dentre outros serviços que tratam do cuidado em saúde, dos direitos da pessoa com transtorno mental, e lutam em defesa dos interesses destas (Brasil, 2005).

Nessa perspectiva de um novo olhar para o cuidado em saúde mental, em 31 de julho de 2003, foi promulgada a Lei nº 10.708, que “institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações”, conhecida como Lei do Programa de Volta para Casa, trouxe avanços importantes na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, incentivando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental (Brasil, 2003a).

No contexto da APS, os avanços na atenção à saúde mental se deram gradativamente com a criação de programas que permitissem a ampliação do acesso no cuidado em saúde mental neste nível de atenção, especialmente após a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituído em 2003, que possibilitou a inclusão de especialidades no âmbito psicossocial, dando maior visibilidade às necessidades mentais da comunidade, e ampliando o acesso às especialidades em saúde na APS (Campos *et al*, 2011). Posteriormente, o NASF foi substituído pelas equipes multiprofissionais de saúde, ficando as gestões municipais livres para optarem por manter ou não a atuação desses profissionais, o que resultou na desestruturação de muitas equipes. No entanto, em maio de 2023, o governo federal instituiu a Portaria 635, a qual define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na APS (Brasil, 2023b). Isso reflete diretamente no acesso ao cuidado em saúde mental da população, visto que a saúde mental não está dissociada da saúde geral e a APS tem se destacado como uma importante estratégia para o cuidado destes pacientes, com ações voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento das

peças adoecidas, considerando as especificidades de cada território e envolvendo a participação comunitária nos processos de planejamento, operacionalização e controle das ações e serviços de saúde. (Frateschi; Cardoso, 2016).

Diante do exposto e reconhecendo que as demandas de saúde mental estão interligadas a queixas diversas de pessoas que chegam aos serviços de saúde, em especial da atenção primária, cabe aos profissionais atuantes na APS o desafio de reconhecer e agir sobre estas questões, independente de suas formações profissionais, com ações de saúde mental que possam ser realizadas no próprio contexto do território das equipes, não exigindo necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (Brasil, 2013a).

No entanto, Gama e outros (2020) traz o cuidado em saúde mental na APS como um grande desafio para os profissionais da ESF, devido à sua complexidade e à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais apresentados. O estudo refere ainda um despreparo dos profissionais em lidar com as questões relacionadas a saúde mental, em decorrência de falta de corresponsabilização pela conscientização dos usuários para lidar com o problema, além da presença hegemônica do paradigma biomédico, com ações voltadas para a doença somente no âmbito individual, sem considerar outros fatores que estão estreitamente relacionados com a problemática. O estudo revela ainda que os profissionais percebem que os médicos generalistas não estão preparados para manejar casos de saúde mental, demonstrados através de dificuldades tanto no diagnóstico quanto no manejo das prescrições medicamentosas e acompanhamento desses pacientes. Tais evidências, apontam a necessidade de criação e intensificação de novas estratégias de formação e apoio continuado à Atenção Primária, a fim de qualificar a prática profissional, e garantir um cuidado continuado e efetivo a essas pessoas, no âmbito da saúde mental.

Frateschi e outros (2016) observaram que apesar de usuários, profissionais e gestores considerarem importante a oferta dos serviços de saúde mental na APS, ainda existem muitas fragilidades a serem enfrentadas para garantia do cuidado integral, não sendo este ainda o nível de atenção considerado como referência para essas demandas. Tal fato desperta a necessidade de identificar essas fragilidades que podem estar associadas a diferentes fatores, desde questões relacionadas aos trabalhadores no seu processo de formação, de trabalho e/ou autocuidado,

dentre outras, tornando evidente a importância da discussão a respeito da efetivação de ações mais abrangentes e integradas, que promovam maior qualificação da oferta do cuidado em saúde mental na APS, seja no âmbito da qualificação profissional como forma de ampliar o acesso, no autocuidado em saúde mental dos trabalhadores para que estes estejam em boas condições de saúde para acolher e resolver as demandas de saúde mental neste nível de atenção, reduzindo os encaminhamentos desnecessários para atenção especializada.

2.2 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: A INTERSECÇÃO DA PANDEMIA SOBRE ACESSO

O trabalho em saúde compreende o envolvimento de diferentes sujeitos - trabalhadores, gestores e usuários, envolvidos no ato de cuidar, no âmbito da promoção, prevenção e reabilitação, em busca da garantia do bem-estar dos indivíduos.

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família - ESF, enquanto principal porta de entrada do serviço de saúde, deve prezar pelas ações de promoção da saúde, com enfoque na produção de autonomia da população para o enfrentamento e responsabilização no processo do cuidado à saúde. Nessa perspectiva, é indispensável que o indivíduo seja visto como um sujeito social, capaz de traçar suas próprias expectativas e necessidades, e atuar de forma ativa no cuidado em saúde ofertado a ele (Assis *et al*, 2010).

No entanto, pautar a produção do cuidado de forma integral, corresponsável e resolutiva centrado no usuário, tem sido um dos maiores desafios para a construção do SUS. Isso eleva a responsabilidade das equipes da ESF no sentido de buscar estratégias que garantam resolubilidade do serviço, dando uma resposta às demandas de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, de forma a garantir o acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização visando a produção do cuidado integral à saúde, com a finalidade de resolver os problemas apresentados, em todas suas dimensões. Ressalta-se ainda a necessidade de considerar o sujeito de forma singular e coletivo, com desejos e aspirações próprias, devendo-se respeitar suas crenças, valores e o conhecimento empírico que carregam - sem desprezar a clínica e epidemiologia, para a partir daí, identificar as necessidades dos indivíduos e torná-los mais autônomos. (Rios; Nascimento, 2017).

Ainda segundo Rios e Nascimento (2017), faz-se necessária a incorporação de novas práticas em saúde que considerem os determinantes sociais do processo saúde-doença, de forma a coibir acessos seletivos, excludentes e focalizados, que se complementam e se justapõem, nos

diferentes serviços públicos e privados, reduzindo o descompasso entre o que deve ser e o que de fato é.

O acesso, segundo Assis e Abreu-de-Jesus (2012) é descrito em cinco dimensões: política, econômico-social, organizativa, técnica e simbólica. A dimensão política relaciona-se ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular para garantir o acesso universal aos serviços de saúde, através da pactuação entre as diferentes instâncias de poder, além de outros sujeitos envolvidos, para a tomada de decisões compartilhadas. A dimensão econômica-social, responde pelos investimentos na rede pública por nível de complexidade, com definição das responsabilidades de financiamento por esfera de poder. A dimensão organizativa refere-se à capacidade dos serviços de saúde em dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários. A dimensão técnica, visa situar o usuário no centro do processo da atenção à saúde, através da responsabilização de todos os sujeitos envolvidos (o próprio usuário, trabalhadores e gestores). A dimensão simbólica modela-se nas representações sociais acerca da atenção e do sistema de saúde.

Nesse contexto, a afirmação do acesso aos serviços de saúde, perpassa a garantia da marcação da consulta e atendimento. A dimensão técnica do acesso, busca especialmente a integralidade e qualidade da atenção, com ações de acolhimento e vínculo, de forma a possibilitar a autonomia da equipe e do usuário junto ao compromisso dos demais sujeitos envolvidos no cuidado à saúde, e consolidação de um projeto terapêutico compartilhado (Assis, Abreu-de-Jesus, 2012). Desta forma, a garantia do acesso a serviços assistenciais não implica somente a efetivação do cuidado em saúde, é preciso promover a integralidade do atendimento e o reconhecimento do sujeito como um ser com subjetividades que interferem diretamente no cuidado à saúde.

Deste modo, há a necessidade de que os profissionais atuantes na ESF conheçam e apliquem as dimensões que favorecem a qualidade e resolubilidade do acesso, de forma a aproximar a APS aos demais pontos de atenção, e garantir a integralidade da atenção.

Segundo Silva e outros (2022), o acesso restrito a serviços de saúde no contexto da pandemia, associado a outros fatores, pode ter contribuído potencialmente para aumento dos casos de depressão, e também do suicídio. Diante disso, percebe-se a necessidade de promover ações que garantam o acesso aos serviços de saúde, de forma a acolher e atender a esses usuários, com ações de saúde mental que trabalhem também a prevenção do suicídio no âmbito da APS.

No entanto, a produção do cuidado deve permear, além da atenção aos usuários, a proteção à saúde do trabalhador, visto que estes atuam como protagonistas no cuidado à saúde da população, afetada direta ou indiretamente pela pandemia, no contexto da saúde mental. As preocupações relacionadas a saúde mental dos trabalhadores de saúde foram ampliadas com o advento da pandemia, devido a fatores diversos de enfrentamento por estes profissionais, desde escassez de equipamentos de proteção individual - EPIs, a desvalorização profissional com extensas cargas de trabalhos, associadas a baixos salários, gerando exaustão física e mental, além de outros fatores relacionados a angústia por precisar tomar decisões difíceis e indefinidas, e especialmente o medo da doença e preocupação com a perda por óbito de colegas e/ou familiares (Barroso *et al*, 2020).

O sentimento de medo, impotência e incerteza que afetam todos os indivíduos, foram potencializados nos profissionais de saúde, especialmente naqueles que precisaram atuar na linha de frente de cuidado a uma doença nova, silenciosa e sem precedentes. A sensação de medo, ocorre não somente no receio de infectar-se, mas também aparece associado à possibilidade de infecção de pessoas próximas, o que acarretou diretamente em mudanças na vida pessoal destes trabalhadores, que tiveram que restringir ainda mais seu círculo social precisando afastam-se do convívio familiar por longos períodos de tempo, exacerbando ainda mais o sofrimento emocional.

Segundo Soares (2022), a vida diária com problemas complexos, associado a sobrecarga imposta pela pandemia, potencializam a chance de desenvolvimento de *burnout*, a qual é descrita como uma síndrome psicológica causada pelo desgaste emocional, despersonalização e redução da realização pessoal que pode ocorrer entre indivíduos que trabalham em contato com outras pessoas.

Todos esses fatores relacionados ao sofrimento no trabalho, afeta não somente questões profissionais, mas principalmente questões psicossociais dos trabalhadores, fator que tem se agravado pela falta de investimento em saúde mental, especialmente no âmbito da saúde pública, em razão destes trabalhadores atuarem como referência no cuidado à saúde da população. Esses dados demonstram a importância do fortalecimento das ações voltadas à saúde mental de toda população assim como a necessidade de implementação de medidas de promoção à saúde, prevenção e tratamento nessa esfera, para o fortalecimento dos sistemas de saúde especialmente daqueles que enfrentam sofrimento em seu cotidiano e vivem as implicações emocionais no trabalho de forma mais intensa (Ferrari; Brust-Renck, 2021).

Nesse contexto, e considerando os efeitos negativos da pandemia no cuidado e acesso aos serviços de saúde, a APS precisou se readaptar com outras formas de garantia de acesso, de forma a reduzir as restrições impostas pela pandemia, dando espaço às tecnologias como importantes instrumentos facilitadores. A restrição dos atendimentos presenciais centrada nos grupos prioritários de alto risco clínico na maioria da USF, reduziu significativamente a demanda de atendimento nas USF com risco de gerar grande demanda reprimida e possíveis agravos evitáveis em condições usuais de acesso. Tudo isso trouxe a tona a evidência da necessidade na utilização de recursos de tecnologia da informação e comunicação para prestar serviços de saúde a distância e compartilhar informações, conhecimento e promover o cuidado à saúde de forma integral, sem romper com o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde (Amaral; Júnior, 2020). O monitoramento dos pacientes por telefone, as consultas remotas e o telematriciamento foram algumas das estratégias utilizadas para o enfrentamento dessa nova realidade; a instituição do trabalho remoto, possibilitou a continuidade do cuidado em saúde, assim como do processo formativo e a aquisição de novas competências.

Deste modo, considerando que o impacto social gerados pela pandemia podem durar por muito tempo além da pandemia em si, a exposição dos indivíduos a esse novo contexto social pode gerar consequências imensuráveis à saúde mental, por isso, é necessário garantir o acesso integral ao cuidado em saúde em todos os níveis de atenção, bem como qualificar, criar, reformular e implementar medidas de cuidado à saúde mental de toda população.

3 METODOLOGIA

Este tópico descreve o estudo dos métodos, procedimentos e técnicas utilizadas na realização do estudo, compreendendo o percurso utilizado pela pesquisadora para buscar respostas à questão norteadora, sendo estruturada em tipo de estudo, campo de estudo, participantes, coleta dos dados, análise dos dados, aspectos éticos e produto técnico.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, do tipo exploratória, pois esta proporciona maior familiaridade com o problema, com vistas torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses (Gil, 2002).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2014) estuda uma realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada com as Equipes de Saúde da Família – ESF e usuários da APS em saúde mental do município de Várzea da Roça - Ba, pertencente a microrregião de Jacobina, macrorregião Centro-Norte, com uma extensão territorial de 468,407km², está localizado entre as cidades de Mairi e São José do Jacuípe, no Piemonte da Chapada Diamantina, a 292 km de Salvador. Sua população segundo IBGE (2022) é de 13.800 habitantes, e a densidade demográfica é de 29,46 hab/km².

O município dispõe de 100% de cobertura de Atenção Primária, com 6 equipes de saúde da família, sendo 4 equipes na zona rural e 2 na sede do município. Todas as equipes são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, recepcionistas e auxiliar de serviços gerais (Brasil, 2023a).

Além das equipes de Saúde da Família - ESF e Equipes de Saúde Bucal - ESB, o município dispõe ainda no âmbito da Atenção Primária, de equipe multiprofissional, a qual compõe a rede de Atenção Especializada de apoio a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Essa atuação integrada possibilita o atendimento compartilhado em saúde mental, permitindo a

discussão de casos clínicos, construção de projetos terapêuticos, qualificando a intervenção e conduta junto ao paciente.

Possui como forma de gestão de saúde, a gestão plena a qual é desenvolvida de forma descentralizada, caracterizando a Atenção Primária como a principal porta de entrada dos usuários ao serviço de saúde e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde; visando garantir a continuidade do cuidado, através do vínculo entre equipe e comunidade, garantia de acesso a todos os usuários, através de uma atenção integral, humanizada, equânime e embasada na participação popular.

A atenção à saúde mental deve perpassar todos os níveis de atenção à saúde, conforme manifestação e necessidades de cada indivíduo. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são formas de organização de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Essa articulação de serviços e sistemas de saúde, com equipes multidisciplinares, unindo cada ponto da rede visa formar um sistema capaz de responder às necessidades da população, encaminhando aos serviços especializados quando houver necessidade. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS (Mendes, 2011).

Segundo Faro e outros (2020) essa articulação aponta e requer do poder público ainda mais atenção para as ações de saúde mental, com o emprego de estratégias de curto, médio e longo prazos, em todos os níveis de atenção e diferentes áreas do conhecimento, a fim de minimizar os resultados negativos na saúde e na qualidade de vida das pessoas, garantindo uma adequada assistência à saúde e, sobretudo, na ciência em geral, para que os prejuízos sejam reduzidos e que os profissionais de saúde estejam capacitados para os desafios do cuidado longitudinal dessas pessoas.

O município participa do Programa Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, o qual visa potencializar a qualificação da atenção básica/estratégia de saúde da família ao fomentar o uso de tecnologias modernas da informação e telecomunicação para atividades de apoio matricial e educação à distância relacionada à saúde.

No âmbito da atenção integral (prevenção, promoção, atenção e formação) à saúde de crianças, adolescentes, e jovens do ensino público, o município aderiu ao Programa de Saúde

na Escola – PSE, e desenvolve ações de impacto à saúde desse público, em parceria com a Secretaria Municipal de Educação.

No âmbito da atenção especializada, o município conta com 01 (um) Centro de Especialidades em Saúde, o qual dispõe de especialidades médicas de pediatria e psiquiatria. E ainda com atendimentos em fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia.

O município conta com 01 hospital municipal de pequeno porte, custeado com 80% das despesas mensais com recursos próprios. O mesmo atende as urgências/emergências, realiza internamentos e exames básicos como eletrocardiograma e exames laboratoriais. Pacientes atendidos que precisam de uma atenção de maior complexidade, são encaminhados para unidades de referência através da Central Estadual de Regulação - CER.

No âmbito da assistência farmacêutica municipal, tem-se como principal objetivo garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais, assim como o uso racional dos mesmos. O acesso aos medicamentos deve ser estruturado tendo o Ciclo da Assistência Farmacêutica como base, o qual abrange as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e acompanhamento da utilização de medicamentos.

3.3 PARTICIPANTES

O estudo foi realizado com 02 grupos de participantes: grupo 01 composto por trabalhadores da APS (médicos e enfermeiros), e grupo 02 composto por usuários do serviço de saúde mental da APS.

Grupo 01: Trabalhadores de saúde da APS

Compuseram este grupo médicos e os enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Várzea da Roça – Ba, que atenderam aos critérios de inclusão: possuir mais de 2 anos de experiência no município, ou na APS de outro município – por conta da necessidade de abranger o período da pandemia por COVID-19, iniciada em 2020. Como critério de exclusão, definiu-se excluir aqueles trabalhadores afastados das atividades por motivos de licença de qualquer natureza ou férias. O critério de escolha dessas categorias profissionais se justificou por entender que esses são os profissionais que atuam diretamente no cuidado à saúde mental, por meio do apoio dos demais membros da ESF.

Participaram da pesquisa um total de 11 profissionais, dos quais 06 são enfermeiras e 05 médicos, sendo esses 08 do sexo feminino e 03 do sexo masculino. O profissional de menor

idade tem 25 anos, e de maior idade 75 anos, mantendo uma média de 39 anos de idade dos participantes. Do total de trabalhadores, 06 se autodeclararam de cor/raça branca, e 05 pardos. Em relação ao estado civil, 04 são solteiros, 06 casados e 01 divorciado. Sobre o tempo de atuação na APS, apresentam um tempo médio de 07 anos, sendo 22 anos o maior tempo de atuação, e 02 anos o menor. Sobre a realização de especialização em saúde mental, apenas 02 profissionais referiram ter especialização concluída, ou estar cursando no momento da pesquisa. Em relação ao tipo de vínculo empregatício, 04 profissionais afirmam manter o vínculo de bolsistas através do Programa Mais Médicos – PMM, e 07 são contratados através de credenciamento, como prestação de serviço. Dos 11 profissionais entrevistados, 10 referem ter atuado na linha de frente no combate à pandemia por COVID-19.

Grupo 02: Usuários do serviço de saúde mental na APS

O grupo de usuários selecionado para ser participante da pesquisa, foram indivíduos atendidos nas unidades de saúde da família de Várzea da Roça, para cuidados em saúde mental. Os critérios de inclusão foram ser maior de 18 anos, ter no mínimo três meses de acompanhamento em saúde mental na referida unidade, e ser cadastrado no Prontuário Eletrônico do Cidadão – PEC. Apesar de ser considerado inicialmente como critério de exclusão os usuários que tivessem vínculo de parentesco com a pesquisadora, este critério não precisou ser utilizado.

Participaram da pesquisa um total de 12 usuários, destes 11 do sexo feminino e 01 do sexo masculino. A faixa etária variou de 34 a 67 anos, mantendo uma média de 47 anos de idade entre os participantes. Destes, 04 se autodeclararam de cor/raça branca, 07 pardos e 01 preto. Em relação ao estado civil, 05 são solteiros, 05 casados e 02 vivem em união estável. Sobre a escolaridade, 07 referiram nível fundamental incompleto, 03 ensino médio completo, 01 fundamental completo, e 01 referiu ter concluído nível superior. Quando questionados sobre fazer parte de algum programa do governo, 05 referiram ser beneficiários do Programa Bolsa Família – PBF, 02 recebem o Benefício de Prestação Continuada – BPC e 02 referiram ser beneficiário do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Sobre tempo de vinculação à USF, variou de 01 ano, até 35 anos, com um tempo médio de 10 anos, entre os que souberam responder.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada aos trabalhadores, usuários e do grupo focal. Para as entrevistas foi utilizado roteiro elaborado previamente com perguntas subjetivas. No grupo dos trabalhadores, a entrevista contemplava questões referentes à avaliação do acesso em saúde mental na APS, e do impacto da pandemia na vida profissional e pessoal deste. No grupo de usuários, a entrevista foi centrada na avaliação da percepção dos usuários, em relação a produção do cuidado na atenção em saúde mental na APS onde são atendidos.

A entrevista semiestruturada é um dos principais instrumentos de coleta de dados na pesquisa qualitativa, visto que, além de valorizar a presença do investigador, oferece uma amplitude de possibilidades para que o sujeito entrevistado alcance a liberdade e espontaneidade necessárias para a pesquisa. A entrevista semiestruturada parte de roteiro básicos, apoiados em teorias e hipóteses já existentes, oferecendo a partir dela amplo campo de interrogativas, dando possibilidades a novas hipóteses à medida que recebe respostas das pessoas entrevistadas (Triviños, 1987).

Após realização das entrevistas, o grupo dos trabalhadores participou também de coleta de dados através de grupo focal, com abordagem dos aspectos mais aprofundados sobre a atenção às demandas de saúde mental nas unidades de atuação. Segundo Backes e outros (2011) o grupo focal se refere a uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação de grupos, possibilita uma ampla discussão e/ou problematização sobre um determinado tema, na qual a interação grupal se configura como parte integrante do método.

As informações coletadas foram armazenadas em local seguro fora do alcance de pessoas que não fizeram parte do grupo de pesquisa, garantindo a confidencialidade dos dados dos participantes. Eles não tiveram suas identidades reveladas e foram identificados pela sigla que identifica o grupo de estudo como Grupo 01 “P” para Profissional (P01, P02...), e Grupo 02 “U” para Usuário (U01, U02...). As entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas e analisadas.

Por ser um estudo de abordagem qualitativa, não há uma preocupação em quantificar o número de participantes, uma vez que o interesse é pela essência da realidade estudada a partir das falas, que levam a exaustão para a resposta do objeto de estudo.

No entanto, é importante identificar um critério de representatividade numérica que permita a generalização dos conceitos teóricos, sendo o dimensionamento da quantidade de entrevista baseado no critério de saturação, em que o pesquisador consiga alcançar o

entendimento da homogeneidade, da diversidade e da intensidade das informações (Minayo, 2014).

Primeira etapa: entrevista com o grupo 01:

A coleta de dados aconteceu na Unidade de Saúde da Família de atuação de cada profissional, com agendamento prévio, em horário de forma a não comprometer os atendimentos da equipe. Foi esclarecido sobre o processo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice 01). A entrevista aconteceu em sala previamente reservada para este fim, longe da escuta de outras pessoas e mantendo o sigilo das informações coletadas.

A entrevista foi gravada e norteada por roteiro de perguntas pré-estabelecidas (Apêndice 02), e o tempo médio para cada entrevista foi de 30 minutos.

Segunda etapa: entrevista com o grupo 02:

A condução da entrevista com usuários foi realizada pela discente do curso de graduação de psicologia da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, e bolsista do Núcleo de Pesquisa de Saúde Coletiva – NUPISC, Brenna Araújo Felix, capacitada para tal. As entrevistas aconteceram no dia de atendimento de saúde mental de cada unidade de saúde da família - USF. Os usuários foram abordados na sala de espera, e convidados a participarem da pesquisa. Neste momento foi esclarecido sobre o processo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE (Apêndice 01), e sobre o local e a privacidade da entrevista, que aconteceu no mesmo dia, na própria USF, em sala previamente reservada para este fim, longe da escuta de outras pessoas e mantendo o sigilo das informações coletadas. A entrevista foi gravada, e aconteceu seguindo roteiro pré-estabelecido (Apêndice 03), com o tempo médio de 20 minutos para cada entrevista.

Terceira etapa: grupo focal com o grupo 01:

Foi realizado em um momento, com encontro previamente agendado com todos os médicos e enfermeiros participantes da pesquisa, de modo a não comprometer a agenda de atendimentos da USF. O encontro aconteceu na sede da Secretaria Municipal de Saúde, na sala de reuniões, longe da escuta de outras pessoas e mantendo o sigilo das informações coletadas. A coleta dos dados foi gravada, conduzida pela orientadora Prof^ª Dra^a Juliana Alves Leite Leal, com apoio da bolsista de iniciação científica do NUPISC Brenna Araújo Felix, que fez a observação e registro das informações, conforme roteiro descrito no Apêndice 04.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Após coletados, os dados passaram por processo de transcrição em word.

O método utilizado para análise dos dados foi a análise de conteúdo, a qual se refere a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas informações sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos científicos, tentando ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda (Minayo, 2014).

Ainda, segundo Minayo (2014), considera-se no método de análise de conteúdo, três (03) fases:

A pré-análise: destina-se a organização do material coletado. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A classificação ou exploração do material: destina-se à sistematização criteriosa dos dados por meio da agregação, enumeração das representações de conteúdo e a codificação em unidades temáticas (contexto, temas, registro), o que permite a descrição das características relevantes do conteúdo.

Tratamento dos dados e interpretação: leva em consideração elementos além da mensagem textual.

Os dados foram selecionados por núcleo de sentido, conforme quadro abaixo:

QUADRO 2 – Análise dos dados empíricos

Núcleos de sentido	Entrevistas individuais - Grupo 1	Entrevistas individuais - Grupo 2	Grupo focal - Grupo 1	Síntese horizontal		
				Convergências	Divergências	Complementariedades

Fonte: própria autora

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, sob número do CAEE 72989923.9.0000.0053, com avaliação, aprovação e liberação que permitiu a sua implementação através do número do Parecer 6.496.476.

Todas as pessoas que participaram da pesquisa, foram apresentadas ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram informadas sobre sua participação voluntária, e que suas informações somente seriam utilizadas para a pesquisa e futuras publicações, com aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 01). Todas as informações fornecidas são secretas e, dessa forma, serão mantidos em sigilo, garantindo privacidade e respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. É importante pontuar que a gravação foi solicitada previamente e informada aos participantes sobre a gravação por meio de aplicativo de gravação de voz.

O referido estudo, por envolver pesquisa com seres humanos, obedeceu aos dispostos nas Resoluções CNS N° 466/2012, Resolução CNS N° 510/2016 e Resolução CNS N° 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a; Brasil, 2016, Brasil, 2018), em todas as etapas da pesquisa, pautando nos quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Considerando que pesquisas envolvendo seres humanos podem trazer riscos de danos imediatos ou tardios para indivíduos e sociedade, considera-se que a referida pesquisa ofereceu baixo risco e grande possibilidade de gerar conhecimento, justificando a importância do benefício esperado, o qual contribuirá para o desenvolvimento de alternativas de intervenções futuras relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, que venham beneficiar a população, no que se refere a ampliação da qualidade do cuidado em saúde mental na APS. Os possíveis danos que poderiam ocorrer se referem a recordações de momentos desconfortáveis vivenciados durante e/ou após a pandemia; sensação de desconforto e ansiedade devido ao tempo de duração da entrevista; transtornos decorrentes de mudanças na rotina da unidade e ou trabalho, receio de que as questões respondidas tenham o sigilo violado, desconforto no relato de suas experiências e temor de represálias. Em caso de surgimento de algum dano, a pesquisadora assumirá a responsabilidade de oferecer assistência integral às complicações e danos previstos. Dessa forma, a pesquisa obedeceu ao princípio da beneficência, que se traduz na ponderação entre os riscos e benefícios, tanto potenciais, individuais ou coletivos,

comprometendo ainda em produzir o máximo de benefícios e mínimo de danos e riscos (Brasil, 2012a).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise dos dados coletados, foram geradas quatro categorias a serem discutidas, à saber: 1. Acesso e organização da oferta das ações de saúde mental na APS; 2. Relação da pandemia com a atenção em saúde mental e com o autocuidado; 3. Produção do cuidado em saúde mental na APS: perspectivas dos usuários e trabalhadores; e 4. Diagnóstico sobre a qualificação do trabalho para atenção em saúde mental. Ao final, será apresentado o projeto de intervenção o qual será produto da dissertação para o município estudado.

4.1 ACESSO E ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA APS

O acesso é caracterizado a partir da análise das condições de acessibilidade, onde a disponibilidade é entendida como a relação entre o volume e o tipo de serviços disponíveis, a quantidade de usuários que demandam o serviço e o tipo de necessidade apresentada (Giovanella e Fleury, 1995). É um conceito complexo e que não deve ser compreendido somente como o ato de entrar ou ingressar, indicando o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas acessam os serviços de saúde, significando mais que a relação simplista com a porta de entrada do sistema de saúde (Assis *et al*, 2010). Neste contexto é importante compreender e analisar como o sistema público de saúde pode se organizar para garanti-lo de forma universal e resolutivo.

O acesso a saúde mental perpassa por todos os níveis de atenção, no entanto, se dá a partir da APS, que deve além de assegurar o atendimento com qualidade, garantir o acesso de indivíduos, famílias e comunidades, com a disponibilização de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Embora a qualidade do acesso não seja medida somente com a garantia da facilidade em adentrar no serviço de saúde, este é um fator importante e que deve também ser considerando, visto que corresponde ao primeiro contato do indivíduo com o serviço, podendo ser um fator facilitador ou dificultador para o seguimento do cuidado. No presente estudo, o usuário com demanda de saúde mental não encontra dificuldade para o agendamento de consultas nas USF, conforme fala dos profissionais entrevistados:

O paciente não tem dificuldade nenhuma de acesso, no agendamento das consultas. (P02)

A marcação também é ágil. Não tem paciente esperando. [...] Geralmente a gente resolve muito rápido. (P09)

Dificuldade no acesso não tem. (P10)

O agendamento das consultas no serviço de saúde, pode constituir-se uma experiência motivadora ou desanimadora, considerando que o vínculo estabelecido entre o paciente/família com a equipe, constitui-se a partir do primeiro contato na rede de saúde. Segundo Jorge *et al* (2014), a resolubilidade do cuidado em saúde mental está estreitamente ligada à satisfação do usuário com o atendimento recebido, estando articulada com o acesso, e com as relações estabelecidas entre estes e os trabalhadores de saúde. Os usuários entrevistados relatam boa experiência no agendamento de consultas, conforme descrito a seguir:

Tá de bom tamanho [...] para se conseguir uma consulta. (U05)

Eu vou falo que vou passar pelo médico, ela marca o dia e na data do dia eu venho e passo pelo médico. (U07)

Além dos agendamentos de rotina, foi possível evidenciar em todas as equipes, uma prioridade de atendimento para pacientes de saúde mental, dada a peculiaridade e necessidade de atendimento imediato por essas pessoas, conforme descrito abaixo:

[...] todo dia 20 a gente marca para o mês subsequente, mas em caso de paciente de saúde mental que a gente vê a necessidade a gente já consegue encaixar já antes, logo pra demanda espontânea. (P03)

Aqui não fica nenhum paciente de saúde mental sem atendimento. (P07)

Os pacientes que já são acompanhados, esses pacientes geralmente vêm por agendamento para a renovação de receita e reavaliação. [...] o paciente na primeira consulta, ele já consegue o acesso imediato. (P09)

Toda vez que venho aqui eu sou atendida, mesmo sem marcar. (U05)

A garantia de acesso aos cuidados primários em saúde mental, tem se mostrado favoráveis para continuidade do cuidado a este paciente, considerando fatores importantes como a capacidade de promover o atendimento em unidade de saúde localizada próximo da casa dos usuários e contextualizado para a realidade familiar e comunitária de cada localidade (Nabuco *et al*, 2020).

Entretanto, apesar da avaliação positiva feita por profissionais e usuário da APS, percebe-se ainda em outras falas, um descrédito do serviço público de saúde entre os usuários, em detrimento do privado, podendo ser justificado por experiências negativas vivenciadas por esses no serviço público de saúde, ou pela desvalorização por se tratar de um serviço gratuito:

Só que no meu caso, não resolveu no município, eu tive que partir para o privado. Porque a medicação que eu tomei não surtiu efeito. [...] Aí como eu estou me dando com a medicação, aí eu só venho aqui na rede pública, eles me dão receita e eu compro a medicação, a mesma medicação que ela passou. (U06)

Todo mundo sabe que coisa do SUS demora né, mas não demora muito não.
(U09)

Em divergência ao citado acima, usuário relata os benefícios do atendimento do SUS na APS no município estudado:

O atendimento aqui é espetacular, é porque a gente paga particular, a gente vê dificuldade. Eu vejo a pessoa chegar aqui para esperar 1 hora de relógio, ficar reclamando [...] mês passado fui para a feira, eu saí daqui 3 horas da manhã. Sabe que hora eu fui sair de lá da clínica particular? 4 horas da tarde. Aqui é tudo bom, minha filha. Atendimento aqui é melhor do que os particulares.
(U08)

No entanto, o cuidado em saúde mental exige a incorporação de novas práticas, mediante a reorganização da rede com a incorporação de equipe multiprofissional, para apoio as atividades de acolhimento de usuários, da educação em saúde e do fortalecimento do vínculo da equipe de saúde com o usuário, família e comunidade, promovendo a integralidade da atenção à saúde. No município estudado, é oportunizado acompanhamento com equipe multiprofissional ao usuário com demanda de saúde mental, como relatam os profissionais:

Em relação ao acesso a consulta com psicóloga, não tem dificuldade, é tranquilo [...] que permite [...] a profissional ir nas unidades de saúde. (P01)

Aqueles que precisam de avaliação também com o psiquiatra, a gente deixa agendado e quando tem as vagas a gente coloca o nome e avisa aos pacientes.
(P04)

E a gente também, conta no município com o profissional de psiquiatria, que também dá esse suporte para qualquer intercorrência. Qualquer manutenção e segmento. (P08)

É perceptível que a atenção a saúde a esses pacientes precisa ocorrer de forma integrada e interprofissional, somente o encaminhamento dos pacientes, sem uma atuação conjunta comprometem o alcance de uma visão ampliada do processo saúde-doença e a capacidade de trabalhar em equipe, o que implica na baixa resolutividade do cuidado. O trabalho interprofissional em saúde, quando ocorre de forma efetiva e compartilhada, torna-se uma potente ferramenta de enfrentamento dos desafios mais complexos, devendo ocorrer na articulação de diferentes campos de práticas e fortalecendo a centralidade no usuário e suas necessidades na dinâmica da produção de saúde (Peduzzi *et al*, 2013).

Além do protagonismo dos profissionais de saúde mental no acompanhamento a esses pacientes, fica evidenciado através dos relatos do grupo focal a necessidade de ações que levem além da medicalização, com o envolvimento de uma equipe multiprofissional, com práticas de estímulo a outras ações de autocuidado, como a realização de atividade física, confecção de artesanato, dentre outras. Esse tipo de ação é ofertada pelo próprio serviço público no município, no entanto apresentam baixa adesão desses pacientes, mesmo que estimulada pelos

profissionais de saúde sobre a importância da participação como parte fundamental do tratamento, prejudicando a promoção à saúde mental desses pacientes.

Em estudo realizado para verificar e caracterizar a abordagem interdisciplinar de trabalhadores de nível superior da Estratégia Saúde da Família em uma capital do Brasil, observou-se “diversas fragilidades no cotidiano de trabalho desses profissionais, parecendo evidenciar que, embora os profissionais sinalizassem uma perspectiva interdisciplinar no trabalho realizado, não o conduziam na perspectiva interprofissional” (Farias *et al* 2018, p. 156).

Cervo *et al* (2020) descreve que para qualificar a atenção à saúde, assim como as práticas profissionais é necessário trabalhar o princípio da interprofissionalidade, de forma a garantir a segurança do paciente, com respeito às diferentes categorias profissionais que atuam no cuidado à saúde. Neste sentido, diante da necessidade de potencializar o trabalho interprofissional, torna-se necessário romper a lógica do atendimento individual e fragmentado, e promover o compartilhamento de conhecimento nas diferentes esferas profissionais nos diferentes campos do saber, fazendo além do simples encaminhamento para outro nível de atenção, visto a complexidade do atendimento em saúde mental.

Entretanto, é necessário que exista uma boa articulação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, de forma que as equipes de APS tenham uma referência para encaminhamento desses pacientes, quando julgarem necessário. Na presente pesquisa, os profissionais referem não haver uma RAPS efetivada, especialmente pela ausência de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no município:

Se tivesse um caps seria muito bom [...] E a questão da fragilidade do encaminhamento pra atenção especializada, e a falta de um CAPS no município, pra nos ajudar na retaguarda. (P07)

Precisa ser encaminhado e aí nessa questão, a falta do CAPS também. Então são as nossas barreiras para tentar chegar, talvez o que a gente deseja na atenção a esses pacientes. (P08)

Não existe nenhuma articulação da atenção especializada com a atenção primária, não existe contra-referência, e isso dificulta acompanhamento desses pacientes. (P10)

Os relatos do grupo focal, afirmam a existência de deficiência para referência e contra-referência no SUS, se tornando um dificultador para condução do seguimento desses pacientes. Os profissionais justificam a fragilidades em decorrência a elevada demanda tanto na APS, quanto a atenção especializada, ao tempo que relatam a importância em fazer, principalmente por se tratar da APS, a ordenadora do cuidado desses pacientes.

A constituição de redes assistenciais tem sido um assunto bastante discutido entre gestores e trabalhadores de saúde, segundo Quinderé *et al* (2014, p. 254) “o pressuposto é que não há um equipamento ou mesmo equipe de saúde considerado autossuficiente na produção do cuidado”. No âmbito da RAPS, um dos mais conhecidos e demandados dispositivos é o CAPS, que funciona como uma unidade pública de saúde destinada a pessoas em sofrimento psíquico, com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os CAPS subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Podem atuar em nível de atenção primária, no acompanhamento e apoio matricial, perpassando, portanto, todos os níveis de complexidade da rede de saúde (Onocko-Campos, Furtado, 2006). No entanto, a portaria que estabelece os CAPS, impõe critérios populacionais, que impossibilitam o pleito por municípios com menos de 20 mil habitantes, causando um entrave na efetivação da RAPS nos municípios de pequeno porte, os quais constitui-se a maioria nos municípios do país (Brasil, 2002).

No entanto, garantir a integralidade do cuidado perpassa a facilidade do acesso ao atendimento, sendo necessário promover o cuidado compartilhado com interprofissionalidade entre ESF e equipe de saúde mental da atenção especializada. Apesar da maioria dos profissionais entrevistados afirmarem uma facilidade de acesso, especialmente no que se refere aos agendamentos de consultas, fica evidenciado em algumas falas das entrevistas individuais assim como no grupo focal, que a elevada demanda de pacientes de saúde mental ou de outras condições de saúde associada a baixa oferta para especialidades em saúde mental, podem comprometer a agilidade do agendamento, colocando essas pessoas em uma espera de tempo maior do que o desejado para acessar o serviço, especialmente para profissionais da equipe multiprofissional que não compõe a Equipe de Saúde da Família – ESF, como psicólogo e psiquiatra. Tal fato pode ser justificado pela ampliação do acesso aos serviços de saúde propiciado pela expansão e consolidação da ESF no nosso país, o qual não foi acompanhada pela reorganização dos demais níveis de atenção, em especial ao nível secundário, conforme evidenciam as falas abaixo:

Acredito que só a alta demanda, principalmente para psicóloga, que aí às vezes pacientes tem que ficar um pouco na lista, aí a gente prioriza a emergência, então aquele paciente que às vezes a gente julga [...] a perceber que consegue esperar um pouco mais, a gente deixa esperando um pouco mais. (P06)

As maiores dificuldades são com relação à demanda, porque são muitos pacientes, e às vezes a gente tem necessidade de alterar alguma medicação [...] às vezes não consegue a vaga tão rapidamente. (P07)

Eu acho essa oferta (para psicóloga) muito pouca para a quantidade que a gente necessita. (P04)

Entretanto, é importante avaliar se as causas das dificuldades relatadas estão relacionadas a elevada demanda associada a baixa oferta, ou por outros motivos, como encaminhamentos desnecessários e/ou excessivos para atenção especializada, conforme descrito por Quinderé *et al* (2013, p. 2160) “na maioria das vezes os trabalhadores da atenção primária sentem-se inseguros em acompanhar casos de saúde mental, ainda que leves.” Desta forma, a possível dificuldade das equipes em lidar com os problemas de saúde mental podem favorecer o encaminhamento desnecessário para atenção especializada, aumentando a demanda e dificultando ou retardando o acesso daqueles pacientes que realmente necessitam do encaminhamento.

No entanto, apesar dos relatos de dificuldade nos encaminhamentos para o quantitativo de pessoas que buscam o serviço de saúde mental para especialidades, na APS o acesso é garantido, mesmo com demandas divergentes nas diferentes equipes, conforme descrito:

Tem muitos pacientes de saúde mental lá na área. Mas conseguimos organizar a demanda de forma a atender a todos. (P02)

A nossa demanda é grande, mas tem suprido a necessidade, tem conseguido dar conta, tem conseguido dar conta porque a gente tem as nossas vagas. (P04)

Por mais que seja uma equipe que tem uma demanda grande de atendimento, ainda assim as pacientes de saúde mental não têm dificuldade de acesso, eles conseguem agendar consulta sem dificuldade. A saúde mental pra gente sempre é prioridade. (P07)

Neste sentido, a análise do material coletado indica que as respostas dadas pelas equipes de APS as demandas de saúde mental, tem garantido o acesso a esse nível de complexidade. Entretanto, a APS como porta de entrada recebe uma população com diversas outras necessidades de saúde, e por vezes uma escuta profissional apressada decorrente do pouco tempo para atendimento individual, ou a frágil orientação teórico crítico-reflexiva, dentre outros fatores, pode mistificar uma realidade ao ponto de reduzir o sofrimento humano e sua complexidade (Schutel; Rodrigues; Pires, 2015), conforme relatado por profissionais entrevistados:

Tem pacientes que a gente não consegue chegar perto, alcançar. Uma deficiência que eu acho nossa, como profissional. A gente, muitas vezes prioriza algumas demandas e acaba desviando muitas vezes que é o que seria o foco principal, por conta mesmo da demanda, urgência de outras situações. (P04)

Eu identifico algumas dificuldades no acesso, porque [...] a gente [...] tem uma demanda um tanto grande para uma unidade, e acaba que limita um pouco, porque a gente consegue, na maioria das vezes, mas sempre fica uma pendência ou outra em relação à saúde mental, principalmente, mas na grande maioria, eu acredito que a gente consegue dar um suporte. (P08)

Os fatores que evidenciam a dificuldade de acesso por alguns profissionais, é procedida por medidas desenvolvidas pelas equipes que naturalmente buscam neutralizar essa problemática, a exemplo da flexibilização e corresponsabilização no agendamento das consultas, sendo o mesmo realizado pelo paciente, família do Agente Comunitário de Saúde – ACS. Conforme relatado por profissionais e usuários:

E quando, por exemplo, não vem a pessoa, vem algum familiar pegar a senha, e acaba sem conseguir a vaga, os agentes de saúde sinalizam pra gente, fala oh dona fulana, ela não conseguiu... Então, por mais que seja uma equipe que tem uma demanda grande de atendimento, ainda assim as pacientes de saúde mental não têm dificuldade de acesso, eles conseguem agendar consulta sem dificuldade. A saúde mental pra gente sempre é prioridade. (P07)

O paciente marca, ele mesmo liga e marca na data combinada, ou retorna pra fazer o agendamento. (P10)

Ai eu venho já não carece de eu vim aqui para marcar, meu esposo tem WhatsApp. Aí sempre também ele também está perguntando, queria ir à psicóloga, vem para agendar, ficou mais fácil. (U10)

Possibilitar o agendamento de consulta por outros formatos além do presencial, é uma estratégia facilitadora e que pode impactar positivamente no acesso aos serviços de saúde, fornecendo conveniência aos pacientes e facilitando a rotina de trabalho. Diversos são os motivos que dificultam a ida dos pacientes até a unidade, desde limitações de mobilidade ou com horários de trabalho conflitantes com os horários disponíveis pelas USF, fazendo com que muitos desistam de fazer o acompanhamento com o profissional de saúde, o que pode agravar o quadro clínico além de impossibilitar a criação de vínculo com a equipe de saúde. Assim, a possibilidade de agendamento de consultas de modo não presencial pode ser considerada um facilitador de acesso aos serviços (Lima *et al*, 2015).

O gerenciamento e organização da oferta é um desafio enfrentado em todo serviço de saúde, e enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a APS deve organizar a oferta de modo a garantir o acesso aberto e contínuo, através de atendimentos por demanda agendada, sem comprometer os atendimentos por demanda espontânea. No município pesquisado, a oferta de consultas médicas é organizada com regularidade para os pacientes acompanhados nas unidades, garantindo o cuidado longitudinal:

A gente já tem uma rotina, todo paciente que sai da sala da médica já passa na recepção e deixa agendado já para 60 dias, que é o período de renovar a receita. (P04)

Esses pacientes que já são acompanhados, eles já saem com a consulta agendada para o mês posterior ou para 60 dias. Então tem a garantia da vaga. (P07)

Ela já deixa a consulta agendada. Passei na médica, vou na recepção e já deixo agendada com 60 dias agora de novo. (U03)

Entretanto, além dos atendimentos agendados o acolhimento à demanda espontânea dos usuários deve ser uma prática presente e contínua nas UFSs, devendo se configurar como um exercício construtivo das relações de cuidado na abordagem das pessoas que procuram os serviços, principalmente no momento de receber e escutar esses indivíduos (Brasil, 2013b), visto que, conforme uma das maiores vantagens do atendimento a demanda espontânea na APS é a garantia do acesso aos serviços por meio do primeiro contato, e para que isso aconteça, é necessário que os serviços de saúde estejam organizados no sentido de atender às necessidades reais no momento da procura do usuário (Albert *et al*, 2016). Na presente pesquisa, as urgências em saúde mental eram atendidas pela ESF por demanda espontânea no mesmo dia, via atendimento médico, para não deixar apenas na responsabilidade do paciente retornar em outra data

Eu mesmo prescrevo uma medicação como clínica. E dependendo eu não vou esperar, não vou deixar esse paciente aleatório pra vir marcar a consulta, porque paciente de saúde mental é complicado... Às vezes a pessoa tem aquela resistência, então ele fala, não, eu vou marcar e não marca nunca, então eu prefiro dar autorização extra porque ali a pessoa com aquilo na mão, se sentir alguma coisa meio que é induzida a vir aqui. (P07)

A gente tem as vagas de demanda espontânea nesse ou em qualquer dia da semana, por exemplo, nesse mesmo dia de saúde mental, que é voltado para a renovação e segmento. (P08)

Qualquer eventualidade de saúde mental, em qualquer dia, imediatamente o paciente chegando ele consegue atendimento. (P11)

Além da organização da oferta por demanda agendada e espontânea, existe variação entre as equipes no município sobre a programação semanal do atendimento à saúde mental, onde algumas ofertam o atendimento em dia fixo da semana, enquanto outras mantêm o atendimento livre:

A gente tem um dia exclusivo, é um dia todo para atendimento de saúde mental para avaliação e renovação de receita. (P04)

No geral a gente tem o dia do paciente com transtornos de saúde mental. (P08)

Não temos um dia específico de atendimento desses pacientes de saúde mental, a gente vai encaixando de acordo ou as demandas mesmo, de consultas. (P02)

Então assim a gente não tem um dia específico para a saúde mental, porque na verdade, aqui são todos os dias. E a gente sempre é prioridade aqui na unidade. (P07)

A manutenção de dia fixo de atendimento por programa, é uma forma de organizar a oferta, e facilita o entendimento dos pacientes que são contemplados em cada programa, no

entanto, o acesso ao serviço por demanda espontânea deve ser garantido em todos os dias de atendimento, especialmente para as situações de urgência de saúde mental, visto a peculiaridade deste público.

Neste sentido, diversas são as estratégias desenvolvidas pelas equipes da APS para manter o equilíbrio entre a oferta e a demanda em saúde, de forma a adequar as práticas assistenciais e traçar estratégias que respondam de forma positiva as diferentes situações que se apresentam na rotina dos serviços de saúde. No caso da saúde mental, a demanda de pacientes novos é crescente, o que além de trazer preocupação aos profissionais que atuam na APS, exige a formatação de um serviço que acolha e atenda esse público de forma efetiva.

A gente tem nesse período pós-pandêmico muita gente com depressão, que não foi diagnosticada e que chega agora na nossa unidade já em um em um nível preocupante, onde a gente acaba tendo que entrar com medidas medicamentosas um pouquinho mais profundas. (P09)

Ansiedade é um recorde dos problemas relacionados a saúde mental. (EP11)

A elevada demanda dos problemas de saúde mental, associada a outras demandas de saúde, podem comprometer a qualidade dos atendimentos, desfavorecendo uma escuta qualificada e a criação de vínculo de confiança entre os pacientes e equipe. Na presente pesquisa, constatou-se que as consultas de saúde mental são rápidas por conta da alta demanda:

A gente não consegue, por exemplo, ficar uma hora com o paciente. Nem a psicóloga consegue, nem o médico consegue porque tem uma fila de espera, então são atendimentos mais curtos e que a gente talvez não consiga dar atenção que aquele paciente queira. Então tem que sempre ficar retornando. Tem pacientes com a psicóloga, que é toda semana certinha. (P06)

Eu acho que pelo fluxo acaba que a gente negligencia. Acho que seria a palavra também correta. Negligenciar às vezes algum tipo de ação que seria importante, mas não consegue realizar. (P08)

No entanto, apesar do fluxo elevado, os profissionais reconhecem a importância de uma consulta demorada aos pacientes de saúde mental, afirmando dispensar essa atenção, quando necessário:

Consulta nessa área de saúde mental, é uma consulta demorada que você tem que entrar no seio da família para buscar a causa daquele distúrbio, para depois você fazer a orientação. E aí, se a gente for fazer isso com todos os pacientes, o pessoal de outras demandas fica reclamando. (P11)

O tempo que a gente tem disponível na unidade para atenção a esses pacientes, se a gente tem um fluxo muito grande e o tempo de consulta reduz e o paciente saúde mental que precisa de uma escuta maior, acaba prejudicado, mas a gente tem tentado os casos mais específicos que precisa dessa atenção maior. (P09)

Estudos mostram que a falta e/ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como o tempo de espera ao atendimento buscado estão cada vez maiores, especialmente entre

os indivíduos de menor status econômico. Desta forma, esse tipo de avaliação se torna essencial para conhecer de que forma está acontecendo o acesso na APS, fator fundamental para a continuidade do cuidado à saúde, especialmente nas condições de cronicidade (Chávez *et al*, 2020). As demandas cotidianas na ESF e as limitações do acesso evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas equipes na ESF, a medida que a organização dos serviços de APS, pode influenciar no acesso às ações de forma mais rápida, com bom desempenho e resolutividade aos problemas de saúde apresentados.

Nesse contexto, a complexidade dos problemas relacionados a saúde mental perpassa o acesso aos serviços na unidade de saúde, desta forma, garantir a concretização dos princípios de universalidade, de integralidade da atenção, exige a adoção de estratégias que atendam as reais necessidade dos indivíduos e/ou população, incluindo aqueles que apresentam dificuldade em se deslocar até o serviço de saúde, seja por limitações clínicas, geográficas e/ou sociais. As equipes de saúde avaliadas, ofertam visitas domiciliares aos pacientes com dificuldade de acesso a unidade:

São realizadas visitas domiciliares. Os pacientes e familiares que a gente assiste também, tanto os pacientes quanto a família são acolhidos. A gente vai na casa daqueles que não tem condições de ir no posto. (P02)

A gente tem as visitas domiciliar que esses pacientes que não conseguem ir até unidade, através da sinalização do agente de saúde, ou quando o familiar vai na unidade. (P04)

A gente também faz visita domiciliar a esses pacientes de saúde mental. Alguns pacientes têm dificuldades [...] a gente vai até o domicílio e para fazer uso da medicação a gente tem um pouco de dificuldade, porque eu vou na casa dela fazer uma medicação. A medicação é quinzenal. E aí tem dias que eu não encontro ela em casa, e aí quando encontro ela está bêbada ou não quer fazer uso da medicação... (P05)

A assistência domiciliar é definida como “uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde” (Brasil, 2003b). Sobretudo, a organização da atenção domiciliar deve estar estruturada dentro dos princípios organizativos da APS, visto que se tratam de ações inerentes a ela. Além do cuidado direto a condição de saúde do paciente, por meio da visita domiciliar, as ESFs identificam fatores importantes que estão diretamente ligados ao processo de adoecimento, a exemplo das condições sociais e sanitárias das famílias, podendo obter um diagnóstico da realidade local e favorecer a identificação das áreas de risco, que não seriam visualizadas no interior da unidade de saúde. Entretanto, torna-se relevante a aproximação dos profissionais de saúde ao ambiente familiar e domiciliar do indivíduo, não somente para o cuidado a condição

de saúde apresentada, mas na perspectiva da promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo e sua família (Garcia e Teixeira, 2009).

Contudo, além das limitações físicas, geográficas ou sociais, outros fatores podem estar associados a ausência dos pacientes de saúde mental nas unidades de saúde, sendo a ESF responsável por identificar quem são esses pacientes e os motivos que afastam esses do serviço de saúde, comprometendo conseqüentemente a adesão dos mesmos ao tratamento. Observou-se que a maioria das equipes de saúde adotam estratégias para garantir atendimento aos usuários faltosos ou aversos ao tratamento relacionado a saúde mental, somente uma equipe relata não conseguir fazer essa busca, em decorrência a alta demanda:

Sobre os pacientes faltosos, a recepcionista, [...] já tinha um contato direto com o paciente, então ela ligava quando faltava e através dos agentes de saúde para poder entrar em contato com esse paciente, ou para aí lembrar, olha, a consulta está agendada para hoje, tenta vim se não chegou até determinado horário. (P01)

Se não vier, a gente vai atrás, não veio porquê está passando por tal problema. (P07)

Sobre o pessoal que falta nas consultas, a gente não consegue fazer esse monitoramento, por causa da alta demanda. (P04)

No grupo focal, os profissionais reforçam a ideia de busca ativa aos pacientes faltosos, através de identificação pela equipe, ou sinalização de algum familiar, vizinho ou amigo, sobre alguma condição de saúde mental que chame a atenção para a necessidade de cuidado. No caso de pacientes do sexo masculino, os profissionais referem uma maior resistência na busca pelo serviço de saúde, especialmente para condições de saúde mental, os quais adentram o serviço normalmente por outra queixa, sendo identificado posteriormente a condição psicológica e/ou psiquiátrica que necessita de atenção. Um fator que facilita a identificação e captação desses pacientes faltosos é o fato de se tratar de um município pequeno, onde há maior conhecimento da população adstrita, e a criação de vínculo entre população e equipe se dá de forma mais facilitada.

No campo da saúde mental, a monitorização e acompanhamento desses pacientes se tornam ações fundamentais na atuação da ESF, devendo-se também avaliar e conhecer os motivos que levam estes indivíduos a abandonarem ou resistirem ao tratamento. Em pesquisa realizada por Ribeiro e Poço (2006), com o objetivo de avaliar os motivos de abandono de tratamento em saúde mental em um sistema de referência e contra-referência, observou-se que cerca de um terço (34,7%) dos entrevistados que informaram o motivo para interromper o acompanhamento disseram tê-lo feito porque haviam melhorado ou porque não percebiam

como necessária a manutenção do tratamento, podendo indicar a presença de transtornos mentais temporários e/ou inespecíficos. Contudo, tais evidências chamam a atenção para a necessidade de um acompanhamento mais próximo daqueles usuários que não comparecem às consultas regularmente agendadas, com o desenvolvimento de estratégias de busca e/ou conscientização para melhorar a adesão destes ao tratamento em saúde mental.

Outros fatores também são identificados como dificultadores no tratamento aos pacientes de saúde mental, dentre eles, a falta de medicação, conforme relatado pelos profissionais entrevistados:

A questão de algumas medicações que às vezes faltam, e que a gente sabe que tem paciente que não consegue comprar. (P04)

Outra questão que acaba dificultando é que o elenco do SUS ainda um pouco limitado em relação às medicações, então a gente precisaria do elenco um pouquinho maior. Então a gente precisaria de pelo menos uma segunda opção. E nesses casos o paciente precisa recorrer pra farmácia comercial. Um fator que dificulta, às vezes, a falta de medicação por fornecimento, que tem acontecido muito no pós-pandemia, medicações que somem inclusive da farmácia. Mesmo paciente tentando comprar, não consegue. Aí acaba o paciente, tendo que retornar, a gente mudar a medicação. (P08)

Em situações mais específicas ou que o paciente não tolerou a medicação inicial que a gente modifica e aí, infelizmente, passa medicações que não são do elenco do SUS e ou que não tem na farmácia de alto custo e que isso também acaba dificultando um pouquinho para o paciente. (P09)

Diversos podem ser os motivos que justifiquem a falta de medicamentos na rede pública de saúde, sobretudo o aumento dos problemas relacionados a saúde mental, com o aumento do uso de medicamentos de uso contínuo. Outro fator que deve ser considerado é a possível falta de prioridades na prescrição, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME, que pode ser motivada pelo desconhecimento das listas oficiais de medicamentos do sistema público, podendo promover uma desarticulação da assistência farmacêutica com o serviço de saúde. Ainda, é preciso avaliar a possibilidade do uso irracional e desnecessário de medicamentos e o estímulo à automedicação, fatores normalmente presentes e que promovem um aumento na demanda por medicamentos na rede pública de saúde.

A Política Nacional de Medicamentos constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. A referida política, além de visar garantir a segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos e a promoção do uso racional, tem o propósito de assegurar o acesso da população àqueles considerados essenciais (Brasil, 2001b).

Desta forma, torna-se relevante a identificação dos reais motivos que levam a descontinuidade do tratamento medicamentoso por alguns pacientes, de forma a adotar estratégias que possam amenizar essa problemática, visto a importância deste tratamento no cuidado a saúde mental destes indivíduos.

Desta forma, evidencia-se que o acesso aos cuidados em saúde mental na APS no município acontecem de forma facilitada, conforme relatos de profissionais e usuários, apesar dos mesmos relatarem a fragilidade na rede de atenção psicossocial, especialmente pela ausência do principal equipamento de cuidado a esse público, o CAPS, além da ausência de diálogo entre os diferentes pontos de atenção da rede primária e especializada, sendo agravada pela elevada demanda para encaminhamento a especialistas, associada a baixa oferta de atendimento nas especialidade de psicologia e psiquiatria no município.

4.2 RELAÇÃO DA PANDEMIA COM A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL E COM O AUTOCUIDADO

Com o advento da pandemia COVID-19, tornou-se visível o enfoque às preocupações e cuidados as questões biológicas da doença, e menor preocupação as questões psicossociais afetadas pela pandemia, podendo a morbimortalidade secundária ao comprometimento na saúde mental superar a relacionada diretamente à infecção em si. No entanto, somente após o controle da crise sanitária para COVID-19, com o início da estabilização dos números de infecções, de casos graves e mortes, veio a tona a preocupação com as sequelas psicossociais que a pandemia deixou.

Em estudo realizado para contribuir no cuidado dos efeitos da pandemia na saúde mental da população assistida pelas equipes de APS, Nabuco *et al* (2020) descreve que pessoas com transtornos mentais prévios a pandemia podem ter o quadro agravado no contexto da pandemia e após. Além disso, esse grupo ainda requer maior atenção pelo fato de ser mais suscetível à infecção e suas consequências, podendo esta vulnerabilidade estar relacionada à subestimação ou pouca atenção aos riscos da infecção, ao declínio cognitivo, à frágil rede de proteção e ainda às barreiras de acesso aos serviços de saúde que rotineiramente estas pessoas enfrentam.

Desta forma, evidenciou-se na presente pesquisa, durante o grupo focal e entrevistas individuais a influência da pandemia no crescimento e/ou agravamento dos problemas relacionados a saúde mental, conforme relatado pelos profissionais entrevistados:

Eu vejo que a demanda mudou completamente. Muitas pessoas não tinham diagnóstico nenhum e não tomavam medicações e já tinham passado por vários problemas, mas conseguiram administrar e se equilibrar. E eu vejo que a pandemia trouxe tudo, até traumas de infância que as pessoas conviviam com eles guardaram na gaveta, vieram à tona. (P07)

A demanda está muito mais aumentada. [...] aquelas pessoas que já tinham algum transtorno relacionado à saúde mental antes da pandemia, potencializou. (P08)

Nesse período pós-pandemia tem aparecido um grande número de pessoas que nem sempre são casos que precisa de medicação, mas que precisa do acompanhamento. Além disso, eu acho que potencializou naquelas pessoas que já tinham algum problema antes da pandemia. (P04)

Dentre os usuários entrevistados, percebe-se uma concordância sobre o impacto da pandemia na vida pessoal, favorecendo o desenvolvimento de transtornos relacionados a saúde mental, ou potencializando problemas pré-existentes:

A pandemia, [...] causou um trauma, a gente ficou sem pensar e sem querer viver [...] eu estava com muita ansiedade, estava vendo as coisas... a palavra certa mesmo era assim, muito ansiosa. Não conseguia pensar, não conseguia dormir, não conseguia trabalhar. (U02)

Antes da pandemia não fazia nenhum atendimento de saúde mental não. (U08)

Impactou muito, [...] eu fiquei quase assim depressivo, não queria sair de casa. (U12)

Foi muito ruim, foi um momento que a gente tava muito intenso e a nossa mente não funcionava. Todo dia nós tínhamos uma notícia ruim e aquilo ali foi causando medo, foi causando muita tribulação. (U02)

Acho que a minha situação piorou muito mais a ansiedade, porque chegou um tempo que eu achava que parecia que eu ia morrer. (U03)

Trabalhos realizados por outros autores apresentam impressões acerca do sofrimento psíquico no contexto da pandemia, demonstrando que o estresse, o medo e a preocupação foram sentimentos constantes entre a população geral, evidenciando o agravamento do estado de saúde mental de vários pacientes que frequentam a USF, com piora da ansiedade e depressão. O distanciamento social foi um dos fatores que mais contribuiu para o aumento do sofrimento psíquico dos usuários, visto que impossibilitou o convívio das pessoas, familiares e amigos, além de limitar as saídas para lazer e atividade física (Machado; Almeida; Oliveira, 2024).

Trabalho realizado por Barros e outros (2020) para analisar a frequência de tristeza, nervosismo e alterações do sono durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, constatou-se que das 45 mil pessoas entrevistadas em todo o país 40,4% apresentou o sentimento frequente de tristeza ou depressão. A sensação de ansiedade e nervosismo esteve presente em mais da metade dos entrevistados (52,6%). O mesmo estudo mostra que 43,5% das pessoas tiveram distúrbios

de sono iniciado na pandemia, enquanto 48% tiveram esse distúrbio agravado no período pandêmico. A prevalência desses sintomas acometeu principalmente adultos jovens e mulheres, sendo as pessoas com problemas mentais prévios, as mais vulneráveis. No estudo presente, verificou-se que o isolamento social, associado ao afastamento dos familiares trouxe sentimentos de tristeza e medo nas pessoas:

Aí meus filhos, para vir na minha casa, eu dizia, quando chegava... meu Deus, eu recebo, eu pensava comigo, é meu filho, não quero ficar sem, mas quando ele saía, eu lavava tudo, tudo com medo, com medo do vírus. (U01)

Agora o meu medo era só adoecer e me levarem para um lugar e eu não vê ninguém. Não vê meus filhos. (U12)

Eu tive medo, tive porque meus filhos também moravam só, e aí eu ficava com medo e aquilo ali eu tinha medo de perder, eu fui criando na minha mente um desconforto mental. (U02)

Chama a atenção portanto, o crescimento dos problemas relacionados a saúde mental principalmente entre crianças e adolescentes, conforme relatado pelos profissionais entrevistados:

Foi um gatilho, que potencializou aqueles que já tinham um problema e acordou também principalmente adolescentes e crianças aqui na unidade. (P07)

Eu acho que nas tanto nas crianças e nos adolescentes, acho que foi o pior, os mais afetados foram as crianças. Pela dificuldade de limitação, de socialização... E os adolescentes, a gente vê muito mais adolescente com a tentativa de suicídio, ansiosos... (P08)

Nesse público (crianças) cresceu muito, antes a gente não tinha isso, e aí, é claro, a pandemia da COVID piorou. Piorou porque ficou trancado. (P11)

No grupo focal, os profissionais relatam a preocupação com o crescimento dos problemas relacionados a saúde mental em crianças, acompanhado muitas vezes pela negação dos pais, fator que dificulta tanto o diagnóstico, quando o tratamento oportuno. Neste contexto, os profissionais que atuam na APS precisam estar ainda mais atentos para identificação de sinais que possam levar a suspeita diagnóstica, durante qualquer atividade que levem a presença dessas crianças na unidade de saúde, ou através de visita domiciliar da equipe.

Uma outra abordagem feita no grupo focal, diz respeito ao abandono parental com os pais dentro de casa, principalmente associado ao uso excessivo de telas por pais e filhos, distanciando o diálogo e o contato físico e favorecendo o contato interno entre a família através de aplicativos de mensagem, gerando transtornos de desenvolvimentos para essas crianças e adolescentes e moldando um comportamento que desfavorece a comunicação. Esses fatores relacionados acima, estimulam o crescimento do número de pacientes com equivocada suspeita diagnóstica de neurodiversidades, enquanto na verdade são situações de transtornos de

desenvolvimento geradas por esse novo formato de abandono parental. O estilo de vida gerado pela modernidade, favorece a ansiedade pela rapidez com que as coisas são resolvidas, especialmente pelo uso excessivo do celular, sendo necessárias intervenções para mudança, não somente entre as crianças e adolescentes, mas em todo contexto familiar.

É visível que a pandemia COVID-19 tenha trazido mudanças na vida cotidiana das crianças e adolescentes, estando estas suscetíveis as repercussões psicossociais da pandemia. Dentre as reações emocionais e alterações comportamentais normalmente visualizadas em crianças durante a pandemia, destacam-se: dificuldades de concentração, irritabilidade, medo, inquietação, tédio, sensação de solidão, alterações no padrão de sono e alimentação. Tais manifestações podem ocorrer de forma mais intensa e evidente nas crianças com outras demandas de saúde pré-existentes. No entanto, é necessário compreender todos os aspectos que envolvem a saúde mental das crianças, de forma atender de adequadamente a cada uma (Brasil, 2020b). Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos para reconhecerem possíveis prejuízos funcionais nas crianças e adolescentes que apresentam alteração de saúde mental, para que possam adotar estratégias terapêuticas em tempo oportuno, evitando a progressão para quadros clínicos de mais difícil controle, e maiores prejuízos na vida adulta desses indivíduos.

No entanto, além das evidências para crescimento dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, para os profissionais de saúde, que atuaram na linha de frente no combate a pandemia, os impactos na saúde mental foi ainda maior que no restante da população, visto que além de precisarem lidar com o medo de infecção da doença, tiveram que conviver com o afastamento dos seus lares, medo da infecção e morte de familiares e colegas, a incerteza de lidar com uma doença até então nova, sem um tratamento definido e efetivo, sobrecarga de trabalho, dentre outros fatores que atingiram de forma direta a saúde mental dessas pessoas. Na presente pesquisa, a maioria dos profissionais entrevistados referem saúde mental afetada em decorrência da pandemia:

Pra mim foi bem complicado, logo que no início da pandemia eu me afastei do trabalho por conta de meu problema cardíaco. [...] a gente acaba também... não entra no surto psiquiátrico, mas entra no surto psicológico, porque a gente sente a falta da vivência. [...] na verdade, nós todos estamos doentes. (P04)

A pandemia mexeu bastante. Eu costumo dizer que foi uma época da vida que parou. [...] Impactou muito a minha saúde mental. (P06)

Você ficava com medo, via pacientes morrendo que você tinha tentado ajudar [...] eu me sinto muito mais ansiosa. E ficava com muito medo de chegar em casa e contaminar os meus pais. Passei vários dias sem ver minha mãe, meu pai. (P08)

Em estudo realizado por Moser e outros (2021) com o objetivo de avaliar o perfil sociodemográfico e aspectos relacionados à saúde mental de uma amostra de profissionais da saúde do Brasil durante a pandemia do COVID-19, evidenciou que 29,4% dos médicos entrevistados encontravam-se em tratamento de saúde mental, e 40,1% com história de diagnóstico psíquico. Entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, uma maior proporção referiu não estar em tratamento atual para saúde mental, mas sentir que precisaria (28.7% e 27.9%, respectivamente), os resultados demonstram a vulnerabilidade destes profissionais ao sofrimento emocional, evidenciando a necessidade de intervenções urgentes direcionadas a este público. Sabe-se que o contexto da pandemia pode ser um fator que contribuiu para esses resultados, no entanto, outros fatores que conferem condições de maior vulnerabilidade também precisam ser investigados, a exemplo de traumas prévios, fatores socioeconômicos, sobrecarga de trabalho, dentre outros.

Os resultados do presente estudo convergem com o apresentado acima, evidenciando desta forma que durante a pandemia COVID-19, os profissionais de saúde foram mais afetados que as demais pessoas, do ponto de vista de saúde mental no município estudado:

Eu acho que nós, os profissionais de saúde, que ficam na linha de frente mesmo, agravaram bastante. (P02)

Eu acho que impactou outras pessoas que não tinham, principalmente da saúde, as pessoas que estavam na linha de frente, acredito que tem muita gente. (P03)

Os profissionais de saúde também muito, muito mais ansiosos, muito mais agitados. Crises de pânico...Teve gente que perdeu colega e tudo. (P08)

O número de profissional que adoeceu e que está doente depois da COVID é enorme. (P03)

Desta forma, fica evidenciado o impacto na vida pessoal dos profissionais de saúde, favorecendo inclusive o aumento do número de profissionais de saúde que fazem o uso de ansiolíticos para controle da saúde mental, conforme relatado no grupo focal. A pandemia gerou aumento no consumo de medicamentos entre os profissionais de saúde, especialmente para controle de crise de ansiedade, podendo estar relacionada ao processo de trabalho, ou a outras questões que vieram à tona ou foram agravados somente com o advento da pandemia, conforme relatado pelo grupo focal. Ainda foi abordado sobre outros distúrbios/adoecimento na pandemia, assim como a preocupação com os elevados números de suicídio entre trabalhadores médicos. Os profissionais desta categoria relatam que na formação formam “treinados” para deixar os problemas pessoais em casa, mesmo que em algum momento estivessem vivendo um caos interno, como se tivessem o controle das coisas. Tal fato é relatado com grande

preocupação, e associação pelos profissionais com o crescimento dos índices de suicídio entre os colegas, principalmente na ocasião da pandemia, quando foi possível perceber que não tinham o controle de tudo, gerando sinais de frustração.

Entretanto, apesar de estudos demonstrarem o impacto negativo da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil e em todo o mundo, alguns profissionais participantes desta pesquisa relataram não haver sofrido nenhum impacto na vida pessoal:

Na minha vida pessoal, não teve mudança não, não sofri nenhum impacto pessoal. (P05)

Minha vida não chegou a mudar não. Mudou mais o que mudou foi meu pensamento, minha experiência. Eu acho que isso aí fez refletir a forma como eu enxergo a vida um pouco diferente. (P10)

Não tive interferência na minha vida do dia, só tive que partir para o isolamento e acabou, na saúde mental não sofri nenhum impacto, mas pelo contrário, agora a gente ficou mais cuidadoso. (P11)

Percebe-se que o cuidado prévio com a saúde mental, contribuiu positivamente no enfrentamento da pandemia, ao tempo que problemas de saúde mental anteriores foram agravados. Tal evidencia pode justificar a melhor condição de saúde mental no contexto pós pandemia, apresentada por alguns profissionais entrevistados:

Eu já entrei na pandemia em um processo depressivo e dentro da pandemia eu tive que lidar com isso e foi difícil e eu saí desse pós-pandemia também muito sacudido. (P09)

Já fiz ação de autocuidado, hoje não faço mais. Fiz terapia antes da pandemia. Então acho que eu tive sorte por precisar disso antes da pandemia, e aí eu acho que eu consegui lidar bem com essa situação no momento da pandemia e após a pandemia. [...] A minha rede de apoio basicamente acho que foi antes da pandemia que eu me fortaleci (P10)

Entretanto, a maioria dos profissionais entrevistados não realizaram ação de autocuidado em saúde mental, apesar de identificarem a necessidade de fazer:

Não cheguei a fazer nenhuma ação de autocuidado. Senti falta disso e ainda sinto. Mas também nunca busquei, eu já pensei sobre isso recente quando eu tive as crises de ansiedades, mas acabei também adiando e não fiz. (P01)

A gente acaba priorizando o trabalho, o paciente e deixando a gente um pouquinho de lado, se descuida um pouco. (P04)

Não fiz nenhuma ação de autocuidado, só atividade física que me ajuda muito, que não é específico, mas que contribui um pouco. Acho que seria necessário, mas não fiz. (P06)

Não fiz nenhuma ação de autocuidado. Necessidade, sinto, mas eu acho que é também muito pela questão da correria mesmo, a gente vai se sabotando em relação à saúde mental. (P08)

Os profissionais que realizaram alguma ação de autocuidado, referem o quanto ajudou no cuidado à saúde mental, incluindo atividades física, de lazer, dentre outras:

Eu comecei a terapia e saí por conta própria. [...] Comecei a mudar, ocupar meu tempo livre, que eu gosto também de coisa de artesanato. (P04)

Nesse período, eu ia para o psicólogo. [...] Comecei uma terapia de grupo... foi o divisor de águas. (P07)

Eu faço como ação de autocuidado, diminuição da jornada de trabalho. [...] Pisar no freio foi muito bom. Dar mais tempo para estudar, para tocar a minha vida, mas ainda não desacelerei o suficiente. (P09)

Sobre as justificativas para não realizar acompanhamento profissional no contexto da saúde mental, chama a atenção o relato dos profissionais não se sentirem confortáveis em buscar ajuda, pela relação de vínculo normalmente existentes entre os trabalhadores da APS e os profissionais da equipe multiprofissional de saúde mental:

Eu tenho necessidade e eu estou nessa ainda de achar o profissional que não seja um amigo, uma pessoa muito próxima para eu conseguir, infelizmente, por pela atuação profissional, a gente acaba tendo muita proximidade e a maioria dos profissionais, como a gente conhece, é mais difícil para a gente se abrir. (P09)

Contudo, algumas estratégias foram adotadas por alguns profissionais, com o objetivo de se auto preservarem, a exemplo de deixar de acompanhar noticiários na mídia ou televisão:

Quando começou o COVID eu tinha medo de tudo [...] É tanto que hoje eu não assisto mais televisão [...] acho que mudou a vida de todo mundo. (P03)

Em relação a minha vida pessoal me impactou no início, [...] pessoalmente pra mim foi muito difícil. [...] Só que depois eu também tentei proteger o meu psicológico sai de grupos médicos onde os médicos estavam surtados, gente suicidando e tudo. Parei de assistir jornal, enfim, eu tentei focar mais como médica, assim como é a infecção. (P07)

Eu parei de assistir jornal porque aquilo ali me causava medo, angústia. Então eu sei que a realidade de muitas pessoas, então eu tenho certeza que houve um aumento muito grande no período da pandemia e pós-pandemia. (P01)

Entre os usuários entrevistados, também se evidenciou a mesma ação de autocuidado:

Eu não assisto televisão, se eu ver uma coisa sofrendo, eu sofro junto. (U08)

Quando eu passei uma médica, disse que era ansiedade que não era mais para eu ficar assistindo televisão, que era para eu sair, molhar uma planta, fazer alguma coisa. (U03)

Mesmo sendo a mídia a principal ferramenta de socialização das informações, por sua capacidade de atingir diversos públicos pelos jornais, programas de televisão, revistas e redes sociais, sabe-se do grande poder de manipulação desta na vida das pessoas. No contexto da pandemia, influenciou negativamente, seja por transmitir rotineiramente notícias trágicas relacionadas a pandemia, ou pelo elevado número de noticiários de fake news transmitidos pelas

redes sociais, sendo possível observar um cenário que variou desde um negacionismo cego e desumano a um medo capaz de causar pânico e desespero nas pessoas. Desta forma, percebe-se que o excesso ou a falta de informações claras e verídicas podem contribuir para o desenvolvimento e/ou agravamento dos problemas relacionados a saúde mental, principalmente entre indivíduos com pouca habilidade para filtrar e comprovar a veracidade das informações que surgem a todo tempo.

De acordo com Silva e colaboradores (2020), em situações de isolamento como no caso da pandemia COVID-19, a influência da mídia é ainda maior, se apresentando principalmente através do pessimismo, que trazem consigo as emoções negativas, como angústia, medo e tristeza. Desta forma, o recebimento constante e excessivo de notícias com carga negativa, tornam as pessoas mais vulneráveis emocionalmente. Por isso alguns indivíduos optam por se desligarem desses meios de comunicação, como estratégia de autocuidado.

Sabe-se que em decorrência a complexidade dos problemas de saúde mental, lidar sozinho sem uma rede de apoio estruturada, pode tornar o cuidado ainda mais difícil, visto que manter a disciplina necessária para realizar um tratamento, que muitas vezes envolve medicação, terapia, exercícios físicos, entre outras atividades, pode se tornar mais complexo sem incentivo e ajuda externa, tornando notável a importância das redes de apoio, que podem ser formadas por profissionais de saúde, mas muitas vezes, são compostas por pessoas dos vínculos mais próximos que possuem relações de confiança com o paciente. Os profissionais entrevistados relatam não ter tido rede de apoio profissional, apesar de identificarem a necessidade.

Na época da pandemia, não tive rede de apoio. [...] Não tinha apoio para ninguém mesmo, na época. [...] Mandava a gente usar máscara e pronto e assim tinha que usar e esquecer que a transmissão poderia acontecer de outras formas. [...] Hoje tem as psicólogas, que por a gente trabalhar na saúde... eu nunca precisei, mas eu já tenho colegas que já precisou e consegue conversar com as meninas. Até o psiquiatra também. Eu acho que no período da pandemia isso fez falta. (P03)

Eu acho que isso foi muito frágil na pandemia, não só aqui no posto, mas assim em relação a medicina no geral e a enfermagem, a saúde no geral, eu não vi nenhum serviço dizer assim, agora, na pandemia a gente vai dar um suporte aqui para os profissionais. (P07)

Inicialmente foi tudo muito cada um por si. E então estava todo mundo tentando sobreviver [...] ficou muito tenso, muito superficial o cuidado com o próximo. [...] Mas suporte psicológico de profissional mesmo a gente não teve não. Acho que seria importante, a gente deveria ter tido. (P08)

A ajuda com um profissional, com um psicólogo, principalmente para poder conversar, dividir um pouco o que estava passando a gente não conseguiu na

pandemia. Eu sentia muito uma sensação de abandono, de tentar olhar para o lado e não achar o profissional ali à disposição para fazer isso. (P09)

As redes de apoio profissionais e sociais são fundamentais ao longo de toda a vida, principalmente em situações estressantes e de mudança, onde sua importância se torna mais urgente, podendo a ausência causar danos a vida pessoal do indivíduo. A maioria dos profissionais reconhece na equipe de trabalho e família essa rede de apoio, e refere ter sentido falta do apoio profissional:

Eu tinha o apoio da equipe que estava todo mundo ali junto. Tinha um suporte de acolher no dia que você não estava bem. E também familiar de estar em casa e ter o conforto ali. Não tive apoio profissional, e senti muita falta, existiu muita falta na época. [...] A gente adoecia, então eu senti falta, e percebi o adoecimento de toda equipe também. (P01)

Eu só tive um apoio mesmo da minha família, que foi o que me ajudou bastante. A gente tentava se proteger de toda forma, mesmo trabalhando. Senti falta dessa rede de apoio profissional, e eu acho que a equipe toda na época sentiu. (P02)

Eu tenho como principais apoios, [...] minha esposa, [...] eu tenho 2 amigos com que eu converso muito. [...] Tá com pessoas boas, pessoas alegres, que têm seus problemas, que têm dificuldades também, que são seres humanos ali, como todos os outros, [...] você está com pessoas boas do lado te leva para cima também. É a energia. Eu acho que modifica bastante, então o que eu tenho mais de apoio é isso. (P09)

Como eu não tinha esse acompanhamento com um profissional, então era com amigo que a gente desabafava, era com a mãe, era com o irmão. [...] Acho que todo mundo deveria fazer acompanhamento com um psicólogo, com terapeuta. (P06)

Considerando a unidade familiar como primeiro contato afetivo, social e cognitivo, atuando como base para o desenvolvimento físico e mental das pessoas, esta pode estar relacionada ao intermédio do apoio psicológico de seus membros. Oliveira e Rocha (2019) destacam a importância da família enquanto rede de apoio no cuidado as pessoas com transtorno mental, não excluindo, portanto, o serviço de saúde enquanto apoiador e mediador junto a família, com o objetivo tanto de aproximá-la ao serviço quanto em oferecer o maior auxílio possível para um cuidado de qualidade.

No grupo focal os profissionais relatam sobre a ocorrência de mudança de comportamento no contexto pós pandemia entre os próprios membros da equipe para atuação como rede de apoio aos colegas, promovendo atividades de autocuidado na rotina de trabalho, e favorecendo o acolhimento destes profissionais pela equipe, permitindo o cuidado e atenção para as questões que vão além do profissional. Os relatos dos profissionais afirmam a prerrogativa de que a rede de apoio da equipe de trabalho fortalece o autocuidado em saúde mental.

Os referidos relatos evidenciam a necessidade de autocuidado pelos profissionais de saúde, de forma a estabelecerem ações para além do cuidado ao outro, considerando a necessidade destes manterem sua saúde mental preservada, para estarem aptos a cuidar do outro. Diversos são os motivos que desfavorecem o autocuidado pelos profissionais, dentre eles, pode-se citar as jornadas exaustivas de trabalho, fazendo estes trabalhadores se sentirem sobrecarregados:

A jornada exaustiva às vezes 72 horas de plantão, porque você não tinha outro médico para te render e aí você não pode abandonar uma unidade de emergência. Então várias, por várias vezes eu acabei dando uma semana de plantão seguido. [...] Já fiz 48 horas sem dormir, sem deitar, 1 hora dentro do conforto médico. (P09)

Esse curso (do Programa Mais Médicos) que a gente está fazendo, programa médico consome a gente 24 horas por dia. A gente vai dormir todos os dias, 11 horas, meia-noite e tem que acordar às 5:30, de segunda a segunda. (P11)

Os relatos do grupo focal também evidenciam que o ritmo de trabalho exaustivo prejudica a saúde mental dos trabalhadores, ao tempo, que os mesmos referem uma redução do ritmo de trabalho como forma de autocuidado. Ainda é relatado sobre os benefícios do trabalho na ESF, que permite uma carga horária menor que aqueles profissionais que atuam na urgência/emergência.

Essa sobrecarga exaustiva de trabalho, além de favorecer o descuido com a própria saúde, trazem nesses profissionais o sentimento de culpa, por não conseguirem resolver todos os problemas de saúde apresentados durante a pandemia, podendo influenciar negativamente na saúde mental dessas pessoas:

Quando eu voltava para casa, eu não dormia. Primeiro que eu tinha um sentimento muito ruim quando eu estava em casa... é o sentimento de que eu não deveria estar ali, que eu deveria estar trabalhando, que tinha gente morrendo, que eu não podia ficar em casa. (P09)

Portanto, a pesquisa demonstrou a percepção profissional, da condição humana enquanto trabalhador de saúde, não podendo atuar como “super heróis” e sendo um ser que também precisa de cuidados:

A gente acha que a gente consegue levar tudo suportado tudo... achando, eu vou conseguir, eu já passei tantas coisas piores, só que isso é um pensamento errôneo, porque a gente tá aqui, mas a gente também é gente. Eu consigo ver as coisas de outros olhos e me ver também como o ser humano que precisa ser cuidada. (P07)

A gente continua trabalhando e com o pé no acelerador e aí acaba dando pouca atenção. E parece que o problema não existe. A gente continua tocando. (P09)

Esse distanciamento das emergências tem me ajudado, então, e eu tenho encontrado nesses outros lugares (APS) pessoas que estão com energia e

talvez por essa disponibilidade de tempo maior de se cuidar, elas estão melhores. Quem trabalha na unidade básica de saúde é diferente do funcionário da emergência. (P09)

É consenso que os profissionais de saúde ficaram mais vulneráveis durante a pandemia, por precisarem atuar na linha de frente no combate e cuidado a uma doença até então desconhecida, e também por precisarem trabalhar um número ainda mais elevado de horas adicionais ao que já era comum, atuando ainda sobre um cenário de trabalho de grande pressão. (Saidel *et al*, 2020). Diante deste fato, torna fundamental o desenvolvimento de ações de atenção e cuidado a este público, especialmente dada a importância da atuação destes enquanto protagonistas do cuidado à outras pessoas também adoecidas do ponto de vista da saúde mental.

No grupo focal, os profissionais evidenciam darem maior importância em cuidar do outro, do que o cuidado a si próprio, referindo o acolhimento a população, e negligenciando as próprias demandas de saúde, enfatizando a necessidade da imposição de limites no sentido de reconhecer a importância de desacelerar para se cuidar.

Em estudo realizado para analisar as ações de cuidado em saúde mental voltados para o profissional de saúde que atuou na linha de frente do enfrentamento à COVID-19, fica evidenciado que a saúde mental dos profissionais foi fortemente abalada, tornando clara a necessidade no desenvolvimento de ações voltadas para o cuidado desses profissionais, possibilitando a garantia de ambientes adequados de descanso dentro das unidades, além do monitoramento do estresse, possibilitando a assistência adequada e intervenção profissional em saúde mental sempre que necessário a esses indivíduos (Freitas *et al*, 2023). Tal fato evidencia a necessidade de desenvolver ações de incentivo a modificação do estilo de vida destes indivíduos, buscando amenizar os efeitos da pandemia, a qual tornou as pessoas mais acelerados, conforme descrito abaixo:

Eu percebo que o pessoal está muito acelerado assim que é tudo para agora, que é tudo para hoje. Não pode esperar nada. (P06)

As pessoas não tinham tempo para a saúde mental e continuam dizendo que não têm esse tempo para saúde mental... Então, pós-pandemia é muito pesado, porque a gente apanhou na pandemia, perdeu muita gente, se frustrou, se isolou socialmente e a gente sai de lá cobrando na nossa vida de trabalho, na nossa vida laboral, justificar ali tentando render mais, produzir mais, trabalhar mais. E a saúde mental continua se desagradando. (P09)

Além disso, outros estudos mostram, que a mudança no estilo de vida durante a pandemia trouxe maiores fatores de risco para a saúde. Nesse período, os brasileiros passaram a praticar menos atividade física, aumentaram o tempo dedicado às telas, reduziram o consumo de alimentos saudáveis e aumentaram o consumo de ultraprocessados, tendo aumentado

também o consumo de cigarros e de álcool, em decorrência das restrições sociais impostas pela pandemia. Estes últimos podem estar associados aos seus fatores estressores como medo, tristeza e ansiedade, comprovando a piora nos fatores de riscos comportamentais, durante a pandemia da COVID-19 (Malta *et al*, 2020).

As mudanças no estilo de vida decorrente da pandemia COVID-19, trouxe consequências não somente para a saúde das pessoas, mas também fragilizou a renda e a vida social destas:

Eu trabalhava de barraca de rua, barraca de comida, mais de 30 anos. E quando chegou essa pandemia, foi assim de um dia para o outro. Tudo parou tudo e aí eu vivia daquilo. Eu não era aposentada. E aí eu quase enlouqueço assim por causa disso. Não tinha de onde tirar o sustento. (U01)

Empatou assim, no termo de vender e comprar. (U08)

Segundo Barbosa e colaboradores (2020), o isolamento social enquanto medida adotada para controle do contágio da COVID-19 restringiu significativamente a circulação de trabalhadores e dos consumidores, comprometendo tanto a demanda por produtos quanto a oferta de trabalho. Os autores descrevem ainda a impossibilidade de mensurar os desafios impostos pela crise da pandemia COVID-19, especialmente em decorrência dos efeitos adversos sofridos, principalmente, por grupos mais vulneráveis da população, evidenciando a necessidade imediata de políticas direcionadas para estes grupos da população que são mais afetados pela crise.

Neste sentido, o contexto de saúde mental pós pandemia, evidencia a necessidade de incorporação de medidas que possam promover a mudança no estilo vida das pessoas, com ações de incentivo a práticas saudáveis, as quais devem partir de iniciativa do poder público, a fim de promover o cuidado integral a essas pessoas que foram fortemente abaladas durante a pandemia.

4.3 PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA APS: PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS E TRABALHADORES

A implantação da Estratégia Saúde da Família – ESF como principal estratégia da APS, requer a superação de diversas barreiras, dentre elas a gestão das redes de cuidado no SUS, de modo a responder as demandas/necessidades reais de saúde de um determinado território. Estudo realizado por Silva e outros (2021, p. 20), demonstra “a importância de ressignificar a organização da produção do cuidado, ultrapassando uma atenção seletiva para práticas integrais

com responsabilização dos profissionais em diferentes níveis de complexidade do sistema.” Entretanto, torna-se evidente a necessidade de fortalecer as práticas de saúde na APS, especialmente na identificação das fragilidades, com o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam a produção do cuidado em saúde nesse nível de atenção. No âmbito da saúde mental, os profissionais fazem uma avaliação positiva do atendimento da APS, considerando resolutive a prestação do cuidado no município estudado:

Eu acho que a atenção primária ela consegue atender e resolver muitos casos. (P06)

Na maioria, são cuidados aqui mesmo, na atenção primária... Praticamente todos. (P07)

Eu particularmente, eu estou tratando quase todos aqui. [...] a maioria dos pacientes a gente resolve por aqui mesmo. (P10)

Praticamente não ta fazendo encaminhamento, até porque eu não costumo fazer encaminhamento para psiquiatra, só em casos graves. A gente tenta resolver na unidade. [...] A gente percebe que esse trabalho da gente está tendo um resultado. (P11)

Os trabalhadores se sentem comprometidos, abordando a potencialidade da APS no município e reconhecendo na gestão municipal a sensibilização para melhorar a atenção à saúde, mantendo uma cobertura em 100% do município, com garantia de equipes completas e pouco rotativas, o que favorece o fortalecimento de vínculo e a segurança do paciente no acompanhamento à saúde. Os profissionais relatam ainda a importância da equipe multiprofissional no apoio ao trabalho das equipes no cuidado em saúde mental, reduzindo a sobrecarga destes e ampliando as possibilidades de terapias que podem contribuir no cuidado à saúde mental, a exemplo da atividade física supervisionada por profissional de educação física.

Quando entrevistados os usuários do serviço de atendimento em saúde mental na APS, percebe-se também uma avaliação positiva do atendimento:

Até agora eu acho o atendimento bom, graças a Deus. Mas as coisas às vezes precisa melhorar [...] De um tempo pra cá melhorou o atendimento porque era para a gente, vir assim para a gente marcar uma consulta, ele saía 4 horas da manhã, 3 horas da manhã para vir para aqui para a fila e muitas das vezes não conseguia. Agora eu gostei da cidade, como ela está fazendo, porque ela atende, já deixa marcado para a próxima 60 dias. (U03)

O atendimento aqui é nota 10, 10 é pouco. (U08)

Eu não tenho o que falar delas, não. Eu sou bem atendido. O médico que trabalha aqui eu gostei muito do dele. (U09)

Aqui está tudo bem. Está tudo bom. Não tenho o que reclamar aqui. (U10)

Sempre me atenderam com todo o amor, com todo o carinho, sempre me trataram bem. (U02)

Os resultados encontrados divergem dos dados apresentados por outros estudos, onde a APS não apresenta uma avaliação positiva pelos usuários do serviço, conforme mostrado por Costa e colaboradores (2021), em estudo que teve como objetivo avaliar a qualidade dos serviços públicos de Atenção Básica no município de Fortaleza na perspectiva dos usuários adultos, onde a maioria dos entrevistados afirmaram ter acesso ao serviço da APS no primeiro contato, no entanto, somente 66,1% buscaram este serviço quando tem um novo problema de saúde, podendo este fato estar relacionado a ideia de atendimento eletivo na APS, direcionando os atendimentos de urgência ou casos novos para unidades de urgência/emergência. 46,4% dos usuários responderam sobre serem atendidos no mesmo dia que buscam a APS, alertando para a baixa acessibilidade a consultas não programadas. Os resultados da pesquisa mostram que, na visão dos usuários participantes, unidades avaliadas apresentaram baixa presença e extensão dos atributos da APS.

Outro estudo realizado com usuários da APS para avaliar o acesso a esses serviços e suas percepções a respeito da qualidade da assistência prestada pelas equipes de saúde, verificou-se que os usuários consideram o atendimento na UBS melhor do que em outros locais a que têm acesso, buscando este serviço quando apresentam algum problema de saúde. Entretanto, os mesmos apresentam insatisfação em relação ao tempo de atendimento e resolução dos problemas de saúde apresentados, descrevendo o acesso ao serviço da APS como algo burocrático e demorado, desde o agendamento da consulta como no dia do atendimento, tendo sido a consulta agendada ou não (Campos *et al*, 2014). Diversos são os motivos que favorecem a percepção negativa ou positiva dos usuários sobre o atendimento de saúde, e se inicia desde o primeiro contato deste com o serviço. Um dos fatores que deve ser considerado, é sobre a integração da equipe na produção do cuidado, favorecendo o atendimento ao paciente de saúde mental:

Os agentes de saúde, que são ótimos, eles sempre dão um retorno, eles ficam ligados quando eles vão fazer a visita, às vezes eles veem coisa até dentro da casa da pessoa que ninguém nunca nem tinha visto [...] eu vejo como um fator benéfico isso, a interação, essa interação daqui. (P07)

Eu sinto que nesta unidade a equipe, é um facilitador. [...] Temos uma equipe que trabalha com tranquilidade com esse tipo de paciente. (P09)

Outra facilitadora que a gente tá conseguindo através dos agentes de saúde, através da equipe, ter um acesso à família pra tentar criar essa rede de apoio, porque sem a rede de apoio familiar, saúde mental não funciona. (P10)

Pesquisa realizada por Santana e colaboradores (2009), trouxe resultado semelhante mostrando que “o trabalho em equipe traz benefícios à comunidade na medida em que entrelaça saberes diversos de cada profissional envolvido, o que contribui para uma visão do ser humano

de forma multidisciplinar.” Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde – ACS tem papel relevante na identificação e cuidado a esses pacientes, visto que atua como o elo entre a equipe de saúde e comunidade, permitindo através do vínculo criado, a associação entre as informações técnico-científicas e o saber popular, fatores fundamentais no cuidado a saúde. No mesmo estudo, o ACS identifica que é através dele que a comunidade tem acesso a informações e aos profissionais de saúde. Evidenciando também nas falas dos usuários a importância do contato destes com os ACSs, pois através das visitas domiciliares que serão levantados os problemas das famílias e domicílios, e repassados à equipe para buscar conjuntamente a resolução e garantir uma atenção integral. Na presente pesquisa a equipe se sente responsável pela integralidade do atendimento do paciente de saúde mental:

Eu falo quem é o ACS responsável por fulano de tal, eu vou atrás, e peço que venha aqui na unidade, aí o agente de saúde também, quando é alguma coisa assim, eu peço para ficar alerta porque ele está lá junto da pessoa. (P07)

Desde a recepcionista à equipe de enfermagem, todo mundo já tem um entendimento muito bom de como a gente tem que acolher esse paciente de saúde mental. (P09)

Eu me sobrecarrego muito e muitas vezes eu acho que está no meu controle [...] eu tive a experiência de um paciente que tentou suicídio quase que eu morri, fiquei louca [...] como se de certa forma, a vida das pessoas tivesse na minha mão. (P07)

Os relatos do grupo focal afirmam o comprometimento de todos os membros da equipe na responsabilização pelo cuidado integral do indivíduo, afirmando um atendimento acolhedor e com empatia, voltado para todos indivíduos da família, e não somente à aquele que buscou o atendimento de saúde.

O compromisso e responsabilização da equipe são reforçados nas falas dos usuários entrevistados:

A agente de saúde me liga pra lembrar da consulta, ela sempre me avisa antes do remédio acabar, ela é maravilhosa. (U08)

Como eu já sou paciente há muito tempo eu ligo às vezes para agente de saúde e agente de saúde diz ó, hoje tem psicóloga pra tu. Outra hora as meninas aí me liga, diz (nome da usuária) hoje tem psicólogo para você. (U10)

A organização do processo de trabalho proposta pela ESF, demonstra a importância do trabalho em equipe, considerando que o olhar de diferentes categorias profissionais favorece a interdisciplinaridade e conseqüentemente a integralidade da atenção, o que induz a resolubilidade dos problemas de saúde presentes em uma dada comunidade (Viegas e Penna, 2013). Ainda, conforme Viegas e Penna (2010), a integralidade está nos microprocessos de trabalho em saúde, através da construção coletiva de cada profissional que adota uma postura

acolhedora e comprometida com os usuários, buscando assistir as suas necessidades através do estabelecimento de vínculo de confiança e desenvolvimento de condutas equânimes. O vínculo entre o usuário e equipe de saúde é criado a partir do acompanhamento longitudinal através de uma escuta qualificada:

Eu gosto muito de conversar, minhas consultas demoram um pouco... tem muitos que às vezes chega agoniado e acaba saindo, melhorzinho, que a gente sabe também que essa questão de saúde mental está muito relacionada à vivência do paciente, às vezes não é nem uma doença, é o não ouvir, é o não ter atenção. (P04)

Normalmente eles passam comigo se eles sentem a necessidade de desabafar, as vezes acontece de lá, não eu só quero conversar com a enfermeira, nem é consulta, aí senta, conversa, fala... Mas eu acho que eles nem consideram uma consulta. (P06)

Também com a melhora da escuta médica que o médico tem que estar ali, não só para prescrição, mas também para um bom diálogo, um saber entender a demanda do paciente, isso demanda tempo é um fator complicador... (P09)

Os usuários entrevistados afirmam também receber uma escuta qualificada no contexto da APS, sempre que buscam o serviço para atendimento relacionado as questões de saúde mental:

Ela conversa com a gente [...] tudo certinho ali e marca a data. Eu venho aqui, ela estando aqui no posto, é atendido aqui nos dias que ela vem. É tranquilo, bem tranquilo, dá para você vim ela fica o dia inteiro, então dá para você passar com ela normalmente. [...] Médica é boa, porque assim, você vem aqui e fala a ela suas necessidades, eu mesmo me dou bem com ela. (U04)

Eu já tenho liberdade pra falar de qualquer assunto. (U01)

Quando você começa a conversar ali é um alívio. Porque se você conversar bastante, vai tirando suas dúvidas e vai aliviando, porque tem dia que a ansiedade tá muito grande. (U04)

Com o médico eu me sinto a vontade [...] eu já saia daqui sã. A agente, é uma pessoa boa [...] eu me sinto a vontade. (U08)

A escuta qualificada é o ato de sensibilidade ao que é comunicado não somente através de palavras, mas também ações, gestos e emoções, tornando-se uma importante ferramenta de diálogo, e possibilitando encontrar a subjetividade de cada usuário (Santos, 2014). No âmbito da atenção primária, pelo próprio formato da ESF, existe a vantagem dos profissionais possuírem vínculo com a comunidade do território, conhecendo a realidade dos mesmos, possibilitando diagnósticos e intervenções precoces e integrais, facilitando assim o estabelecimento de um diálogo qualificado e resolutivo.

Santos (2019) aponta a relevância da escuta qualificada como uma importante ferramenta para alcançar a humanização do atendimento, descrevendo que uma boa escuta tanto

pela linguagem verbal como pela não verbal, devendo ser isenta de julgamentos ou preconceito, e sempre visando a formação de vínculo.

Assim, garantir a integralidade do atendimento ao paciente de saúde mental, é fundamental para que o vínculo de confiança seja criado, através da qualificação do diálogo entre o profissional e o paciente, a fim de favorecer o acolhimento e gerar segurança do paciente a partir do vínculo deste com a equipe:

Então eu percebo que tem esse vínculo de às vezes vai na unidade porque quer conversar e desabafar. Aí às vezes é com a menina da recepção. Às vezes é com a pessoa que limpa [...] sabe que vai ser acolhido, pode não passar no médico e às vezes nem quer passar no médico. Então tem o acolhimento da equipe de uma forma geral. (P06)

Eu tenho uma facilidade pelo fato de já estar há tanto tempo aqui, então eu já conheço as famílias [...] eu não atendo um paciente isoladamente, eu atendo a família, então eu reconheço o contexto. [...] Porque eu atendo muitos pacientes que vêm até mim, arrasado, chorando, bem tristes [...] foram, inclusive, para especialistas de saúde mental, que não sequer olharam para eles. É o que eles mais me falam, nem olhou na minha cara. [...] Eu vou confiar no que você passar pra mim, eu não vou tomar essa medicação porque não me passou confiança. (P07)

Eu acho que o conhecimento, e como todo mundo se conhece na área, [...] acaba que facilita muito o acesso, porque tem uma captação muito fácil, muito rápida de qualquer demanda que perceber. [...] O vínculo muito forte da população com a equipe. (P08)

Esse acolhimento que a população dá para a gente, facilita muito esse entrosamento. Eles escutam a gente com mais tranquilidade. (P11)

A medida que o vínculo se estabelece, a atenção integral fica efetivada, facilitando a investigação diagnóstica relacionada a transtornos mentais, assim como a adesão e segurança dos pacientes ao tratamento, visto que em muitos casos, o paciente procura inicialmente o serviço de saúde abordando outras queixas, e a partir da escuta qualificada e do vínculo criado, é possível identificar problemas de ordem psicológica, conforme relatado no grupo focal. Os profissionais relatam que conseguem fazer um bom acolhimento a esses pacientes, através da disponibilização do tempo para uma escuta qualificada, visando fortalecer a comunicação e alcançar a adesão ao tratamento.

Os usuários entrevistados referem sentirem-se acolhidos e a vontade com a equipe de saúde, em virtude do vínculo de confiança, afeto e segurança criados ao longo do tempo:

As meninas atendem bem. A médica eu gosto muito dela [...] gosto muito dessa enfermeira. (U01)

A médica mesmo eu gosto muito dela. A enfermeira é uma ótima, excelente enfermeira, pra falar a verdade, me tratou muito bem. (U03)

Eu me sinto a vontade pra conversar aqui, porque eu sei que é tudo que a gente conversa aqui é sigilo, por isso que eu confio. Eu gosto, eu me sinto confiável aqui. (U05)

Eu chego a primeira coisa, eu converso, que eu tenho mais intimidade, é na recepção. (U07)

Me sinto acolhida por todo mundo. Eu não tenho palavra pra falar... (U09)

A Política Nacional de Humanização traz o conceito de vínculo na rede psicossocial, como sendo, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, compartilhado através de experiências entre diferentes sujeitos, com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos diferentes e de certa forma em uma relação de desequilíbrio, onde o usuário busca a assistência para restauração do seu estado físico e mental, muitas vezes fragilizado, e do outro lado encontra-se um profissional de saúde, supostamente preparado para atender a fragilidade apresentada pelo usuário. Esta ligação entre esses sujeitos, quando estabelecida através de uma ligação afetiva e ética entre ambos, é chamada de vínculo (Brasil, 2010a).

Estudo realizado por Monteiro e outros (2009), para conhecer de que modo acontece a formação de vínculo entre usuários e profissionais em uma unidade de APS verificou-se que a formação do vínculo garante laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário. Uma escuta qualificada faz o usuário se sentir importante naquele contexto de cuidado, fortalecendo o sentimento de confiança no profissional e equipe, favorecendo a formação de vínculo, e promovendo consequentemente um atendimento de qualidade, fazendo com que o usuário se reconheça enquanto cidadão com direito do acesso a saúde garantido e respeitado. O autor cita ainda a organização da equipe e qualificação profissional como elementos importantes para formação de vínculo, que quando associados ao acolhimento de qualidade e respeito ao usuário, favorece a aproximação deste ao serviço, possibilitando a ampliação da participação das ações de saúde realizadas pela equipe, e tornando-o protagonista do cuidado juntamente com a equipe de saúde.

Contudo, nesta pesquisa evidenciou-se que alguns pacientes não se corresponsabilizam pela produção do cuidado, conforme descrito abaixo:

Tem aquelas questões de pacientes, mesmo que às vezes não vai para agendar, ou às vezes marca o dia e não comparece. A falta de compromisso. A falta de compromisso dos pacientes, aí chega lá fora do dia agoniado, mas a gente sempre procura encaixar. (P04)

A gente tem captado esse paciente um pouquinho tarde [...] os pacientes demoram a aceitar ajuda a aceitar até que tem problema e às vezes esses pacientes chegam com todo o quadro sintomático, com todo o quadro característico, mas a gente tem dificuldade de convencer o paciente disso. O paciente não aceita que está doente, não aceita o uso da medicação. Tem muito

paciente que acaba aceitando o uso da medicação, sem aceitar o diagnóstico... (P09)

Tem paciente que não agenda por outros motivos não por dificuldade, sai e não tem o compromisso de saber que no mês seguinte ele precisa renovar receita e aí quando chega fala que a medicação já acabou quando ele resolve. (P01)

A fragilidade na corresponsabilização dos usuários com a própria saúde, além de relatada pelos profissionais, também foi abordada pelos próprios pacientes, os quais manifestam atribuir a responsabilidade sempre a terceiros, por não se sentirem corresponsáveis pelo cuidado à saúde, ou por não reconhecerem o problema, ou ainda por estarem associados a diversas questões sociais:

Eu tenho dificuldade porque às vezes eu não quero, eu mesmo vim pegar mais receita. Eu queria que o médico desse para meu esposo, para eu não vim, mas eu tenho que vir. É obrigado a vir, também. Nesse caso eu queria que fosse mais fácil. [...] Eu tenho preguiça de vim. Mas eu gosto porque ela é uma ótima psicóloga. [...] Eu não vou mentir, às vezes eu não venho. (U10)

Eu não queria tomar (o medicamento), então eu achava que eu estava bem, mesmo cheio de problemas. (U02)

Em divergência às falas descritas, alguns profissionais relataram o compromisso e responsabilidade de alguns pacientes e família pelo cuidado compartilhado:

A gente atende as pessoas mais esclarecidas comparada ao Morada Nova, então eles aceitam mais assim o tratamento. Você vê que no dia certinho marcado eles vão. (P03)

A família, elas são bem participativas, a maioria das famílias são elas que vêm até a unidade, que trazem o paciente. (P05)

A corresponsabilização, associada a outros dispositivos relacionais é necessária para direcionar uma nova prática de saúde, envolvendo profissionais de saúde e usuário, em prol do mesmo propósito, a melhoria da qualidade de vida do portador do transtorno mental. Segundo estudo realizado por Jorge e outros (2011) com objetivo de analisar os dispositivos que possibilitam o cuidado em saúde mental no cotidiano do CAPS, os resultados revelam que a parceria entre os sujeitos envolvidos, acontece de forma multilateral, levando em consideração as opiniões dos trabalhadores/usuários/família para definição do projeto terapêutico.

Desta forma, a responsabilização precisa ser mútua, com a finalidade de minimizar os efeitos deletérios da doença mental e motivar o usuário para o enfrentamento de seus problemas, considerando o contexto social, econômico e cultural em que o mesmo está inserido. No entanto, apesar corresponsabilização favorecer a autonomia do indivíduo, ainda demanda grande capacidade de articulação com o contexto subjetivo dos sujeitos envolvidos (profissional de saúde e usuário do serviço de saúde mental). Neste sentido, os profissionais de saúde também

devem atuar na sensibilização dos usuários sobre as suas responsabilidades com a própria saúde, buscando estratégias de busca e identificação dos pacientes faltosos.

Durante o grupo focal, os profissionais abordam a visita domiciliar como uma das estratégias de busca e responsabilização dos pacientes, onde é possível adentrar no seio familiar e conhecer fatores não vistos no interior da unidade de saúde, e que podem estar influenciando a ausência desses usuários no serviço. Ainda, evidenciou-se durante o grupo focal, relatos de ausência de ações de autocuidado por parte dos usuários de saúde mental, com baixa adesão a terapia e acompanhamento psicológico e com estilos de vida que não favorecem o tratamento, visto que confiam somente nos benefícios do medicamento. Os profissionais relatam ainda, a existência de um elevado número de pessoas que costumam não fazer o uso dos medicamentos prescritos, ou fazê-lo de forma irregular, fazendo o uso somente nos momentos de crise, comprometendo o seguimento do tratamento.

Além da corresponsabilização, outros dispositivos são fundamentais para o redirecionamento do cuidado em saúde através da ESF, especialmente as ações relacionadas a promoção da saúde. Nesta pesquisa, os profissionais entrevistados relatam dificuldade na realização ações de promoção à saúde mental na USF:

A gente até começou fazer um grupo de saúde mental, [...] só que aí, a procura era muito pouca. A gente agendava, marcava avisava, convidava, mas eles participavam pouco. (P04)

A gente iniciou com essas ações, depois a gente sentiu dificuldade de aceitação da população. (P09)

A gente tem uma baixa adesão a sala de espera, a grupo, o pessoal não é muito de participar não. [...] A dificuldade que eu acho é só em captar esse público para trazer para a unidade para que a gente possa fazer umas outras atividades, que seria da parte da atenção primária mesmo, não só sair de consulta e medicação que às vezes a gente vê que tem paciente que usa medicação há tanto tempo que a gente até poderia inserir ele em alguma coisa e tentar diminuir a medicação, mas a gente não consegue, porque outros tipos de coisa que não seja consulta tipo atividade educativa, grupo sempre convida e eles não vão. (P03)

A baixa participação nas atividades educativas, eu acredito que tem umas pessoas que fica mais dentro de casa, não quer contato com pessoas. (P05)

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB traz como fundamento e diretrizes a coordenação “da integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação” de forma a promover a autonomia e cuidado dos usuários e famílias (Brasil, 2012b). Desta forma, a APS traz como proposta o desenvolvimento de ações e políticas de saúde não somente de prevenção, mas com foco na

promoção da saúde, de forma evitar que determinada doença ocorra. Desta forma, a prática não deve ser limitada ao cuidado da doença em si, devendo considerar o contexto histórico cultural e social, assim como as concepções a respeito de diferentes fenômenos envolvidos (Minayo, 2014). No entanto, é necessário avaliar os motivos que levam esses usuários a apresentarem resistência na adesão a esse tipo de atividade, podendo dentre outros fatores, estar associado ao estigma da população com as atividades voltadas para saúde mental, conforme mostrado nas falas de profissionais participantes desta pesquisa:

Fora a parte medicamentosa, poderia até ajudar, mas a adesão é bem baixa. Então não vai e ainda tem aquele estigma, por exemplo, ah, vai pro psiquiatra quem é doido... ainda tem aquilo ali, vai pro psicólogo quem tá doido... Então, muitas pessoas a gente vê que tá precisando, mas tem aquele receio de ir porque acha que é coisa de doido ainda. (P03)

O primeiro é a falta de conhecimento e educação da população geral sobre saúde mental. Então ainda era um tabu. Saúde mental, muita coisa ainda é tabu. [...] O preconceito da pessoa em se expor em relação a qualquer tipo de preconceito do próprio paciente, e a vergonha, timidez em se expor em relação a qualquer tipo de problema de saúde mental, a falta de conhecimento dele em relação que saúde mental também é um problema de saúde. Paciente psiquiátrico, ele tem pavor psiquiátrico. Acha que é doido, se for psiquiatra é atestado de loucura. (P08)

A gente faz sala de espera, mas faz na recepção, eu acredito que eles não se sintam à vontade às vezes pra expor alguns falam... Que ainda tem esse tabu, preconceito em relação aos problemas relacionados a saúde mental. (P06)

Quando o paciente chega lá e vai renovar a receita, ver esse remédio de doido... É então esse estigma de doido ainda prevalece. (P11)

Os profissionais reforçam no grupo focal sobre a presença de preconceito e estigma relacionados as doenças mentais, com relatos de falta de acompanhamento com profissionais de psicologia e psiquiatria para muitos pacientes por conta da resistência dos mesmos em reconhecer a necessidade, evidenciando pelos profissionais a importância um trabalho de conscientização e convencimento sobre necessidade desse acompanhamento.

As falas dos pacientes entrevistados convergem com o relatado pelos profissionais, reforçando a ideia de preconceito e tabu em torno dos problemas de saúde mental:

Antes eu nem queria vir para aqui porque eu achava que remédio só era para doido, então, como eu sabia que era para doido, eu achava que eu estava doida. (U02)

Psicólogo sabe o que era o que a gente pensava? Eu já estou é doida, eu já tô louca. Dessa vez mesmo que eu fiquei assim da cabeça, aí as meninas falaram assim, se a senhora não melhorar, a gente vai levar a senhora no psicólogo... Eu não vou. Eu falava pra ela, não, eu não vou, eu não tô doida. (U01)

E se for pra ir no psicólogo, eu acho que eu vou, hoje já tenho menos preconceito. (U01)

O estigma sobre as questões relacionadas a saúde mental acontece regularmente e podem contribuir de forma negativa o acompanhamento desses pacientes, visto que prejudicam a adesão e manutenção destes no tratamento.

O preconceito e tabu em torno da doença afasta o usuário do serviço de saúde, retardando a busca por ajuda e conseqüentemente favorecendo um diagnóstico e início de tratamento tardios, podendo ser um dos fatores de piora do quadro clínico e/ou surgimento de outros transtornos. No entanto, é necessária a intervenção das equipes de saúde no sentido de desenvolverem ações que promovam esclarecimentos em torno da doença, com toda população, usuários e famílias, portadores ou não de qualquer transtorno mental, favorecendo a aceitação desta condição de saúde e conseqüentemente a busca pela assistência no serviço de saúde. Para isso, é importante que os profissionais envolvidos no cuidado a esses pacientes, mantenham uma postura ética, respeitosa e despida que qualquer tipo de preconceito para trabalhar com esse público.

Na pesquisa presente, a maioria dos profissionais referem não apresentar nenhum tipo de resistência em trabalhar com esse público, exceto em condições de surtos, momento no qual não se sentem preparados para acolher e ofertar o cuidado a esses usuários:

A gente tem que ir com cautela, tentar chegar para que ele fale, porque a gente não pode também chegar de uma forma bem abrasiva assim e querer que o paciente faça as coisas que a gente quer [...] até pra você ir no atendimento, você já vai com receio, com medo mesmo, né, então a gente tem, eu tenho um pouco de receio de trabalhar com a saúde mental quando se trata de paciente em surto. [...] Eu acho que todo mundo tem um pouco de receio, assim quando é paciente, que faz uso de medicação controlada. (P03)

A partir dessa prerrogativa, diversos são os esforços para estimular o desenvolvimento de ações de promoção a saúde mental no contexto do SUS, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades, e atuando na redução do preconceito em torno da doença. Com esse intuito, foi criada a Política Nacional de Promoção à Saúde – PNPS, aprovada pela Portaria 687 de 30 de março de 2006, trazendo a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção do cuidado em saúde, devendo estar articulado às demais políticas do SUS, com o desenvolvimento de ações que possam contribuir na resposta favorável às necessidades sociais em saúde (Brasil, 2010b).

Entretanto, visualiza-se no âmbito da APS a necessidade de implantação/fortalecimento de ações terapêuticas que trabalhe o usuário e coletividade na sua integralidade, com atividades que vão além da consulta:

Ações assim que eles têm o interesse de participar, como oficina de aprendizado que a gente tem, pacientes que fazem acompanhamento, que usam a medicação controlada e hoje estão estudando e a gente vê a diferença. (P04)

Eu tive uma ideia da gente criar um grupo [...] pra fazer como se fosse uma terapia conjunta, porque aqui a gente tem a psicóloga, mas a demanda é imensa. (P07)

A gente percebe que muitos dessas pessoas que vêm com algum problema mental não precisa de medicamento, precisa de uma orientação. (P11)

A gente tem uma quantidade muito grande de pacientes que têm a necessidade de acompanhamento de saúde mental. [...] a gente acaba se limitando a isso, a consulta, [...] normalmente, nós só fazemos o atendimento individual. (P08)

Desta forma, apesar de reconhecer a importância dessas ações, a maioria dos profissionais entrevistados relatam não as fazer, centrando as ações do cuidado de saúde mental somente na consulta individualizada. Entretanto, é importante avaliar os motivos que levam ausência dessas atividades, podendo estar pautado na predominância do modelo médico hegemônico ainda existente, com maior preocupação em tratar a doença do que preveni-la. Há autores que descrevem ainda, a constatação, por parte de alguns sujeitos sobre o descrédito da eficácia da educação em saúde na promoção de mudanças comportamentais (Gazzinelli *et al*, 2005).

No grupo focal, os profissionais reconhecem a complexidade das demandas de cunho psicológico e emocional, atribuindo maior dificuldade de reconhece-las do que as doenças físicas, visto que “todo paciente é psiquiátrico”, conforme relatado por profissional.

Diante disto, é importante promover ações de sensibilização e incentivo dos profissionais, tornando-os atores críticos e participantes desse processo de reformulação de práticas, com a ampliação da visão sobre as ações de promoção a saúde mental no contexto da APS, rompendo o modelo médico hegemônico ainda presente na prática profissional, podendo ser identificado nas falas dos usuários abaixo, onde os mesmos abordam outras demandas de saúde, que não as saúde mental, evidenciando a predominância ao cuidados as doenças físicas, e menor atenção as doenças mentais.

Estou precisando urgente de fisioterapia, e não tem vaga. (U10)

Eu acho bom, gostei sim, principalmente no dentista que eu fiz o tratamento no dentista. Conversa, ela anima a pessoa, que tem dentista que vai fazer o trabalho dele, não conversa, ela não. Ela vai conversando, e brincando, a pessoa vai tirando aquele medo e vai dando coragem, para a pessoa extrair o dele. É muito bom, a mão dela é muito boa. (U11)

E pra passar no neuro, eu nunca consegui... queria também passar no médico do coração, mas nunca consegui. (U01)

O modelo hegemônico é centrado no médico e na doença, se caracteriza pela busca ao serviço por demanda espontânea quando já há sintomas da doença instalada. No entanto, com a implantação da ESF, espera-se a dissociação desse modelo de atenção, com o favorecimento de um modelo sanitarista, que valorize no contexto da saúde além do biológico, associando os determinantes sociais no processo saúde-doença, sem, no entanto, desconsiderar o tratamento e cura de doenças, mas priorizando a promoção da saúde e prevenção das enfermidades, com ênfase na família e comunidade (Esmeraldo *et al*, 2017).

Desta forma, percebe-se que mesmo que em algumas falas fique evidenciado a preocupação dos profissionais com a mudança do modelo de atenção à saúde mental, ainda nota-se que as mudanças nas práticas são pontuais, com o super valorização do atendimento clínico individual, e com ações focadas na medicalização, demonstrando a complexidade de se mudar modelos fortemente arraigados:

Costuma ter um dia fixo para atendimento que é dia de renovações de receita. (P01)

Se chegar hoje, a doutora não está na unidade, mas é só a receita que o paciente quer. Aí a gente retém a receita, troca para o paciente não ficar sem a receita e agenda a consulta dele com a doutora. (P03)

O serviço estava mais restrito a apenas renovação de receitas, então acontecia muito, o pessoal estava meio que com esse costume de deixar as receitas aí e só apenas para eu renovar. (P07)

E outras situações que a gente vê, que muitos chegam, às vezes tomam tanta medicação que chegam dopado. Então eu acho que tem uns que eu acho que nem precisava tanta medicação, se eles tivessem um acompanhamento assim, de acolhimento, de terapia ocupacional. A gente avalia de acordo a necessidade do paciente, se for alguma coisa que a gente detecte que necessita de medicação, aí a gente já pede pra agendar pra médica. (P04)

O acesso deveria ser melhor, o grande problema que eu vejo são muitas das pessoas que têm problemas de saúde mental lá da nossa comunidade precisa de um acolhimento, precisa de uma conversa, precisa de uma orientação e vai lá em busca de remédio, medicação... A gente poderia contribuir muito para evitar que ele venha a usar medicamento controlado, e ficar dependente do medicamento controlado. Mas infelizmente, a gente fica fazendo um trabalho individual e isso limita, isso deixa ambiente meio frustrado. Prevenção e promoção, essas 2 atividades faltam. (P11)

Outros estudos mostram que a maior parte da demanda de saúde mental está centrada no uso de medicação, com produção e renovações de receitas pelos profissionais, sendo esta, ainda, a principal referência no tratamento desses pacientes acompanhados na rede pública de saúde (Carvalho e Dimenstein, 2004). Sabe-se que são muitos os desafios para rompimento do paradigma biomédico ainda tão presente nas práticas profissionais, no entanto, é necessário buscar estratégias de cuidado que retirem os usuários de saúde mental da condição de refém de

medicamentos, permitindo a vivência de outras possibilidades de tratamento não farmacológico, oferecendo novas formas de acolhimento e cuidado em todos os âmbitos da sua vida, considerando o seu lugar de sujeito na sociedade que está inserido (Zanella *et al*, 2016).

O grupo focal relata ainda sobre a ansiedade dos pacientes relacionada ao desejo de efeito imediato na medicação, com dificuldade na compreensão com o tempo necessário no início do tratamento, e baixa valorização de outros fatores envolvidos no processo do cuidado, que vão além do uso do medicamento.

A prática de valorização da medicalização, em detrimento de outras ações do cuidado em saúde, também está presente nas falas dos usuários do serviço de saúde mental:

Passo no médico todo mês pra pegar a receita do remédio. (U11)

No início para mim, quando eu comecei tomar o remédio, eu fiquei gostando tanto que eu chegava aqui, eu chegava agoniada, eu queria aquela receita imediatamente, eu queria aquele remédio. (U02)

[...] já deixo agendada com 60 dias agora de novo, pra quantidade do remédio, dá certo. (U03)

Ela me dá a receita para 2 meses, aí quando acaba e eu só tiver precisando daquele remédio, eu chego aqui e converso com a menina e ela vem e ela faz, renova a receita e depois eu venho e pego. (U01)

Estudo realizado por Carvalho e Dimenstein (2004), mostra que o próprio usuário, na maioria das vezes, manifesta uma super valorização ao tratamento medicamentoso, visualizando este como a principal ou única ferramenta para tratamento ou cura do seu problema de saúde, desvalorizando qualquer outra ação terapêutica na busca pela saúde.

Os relatos do grupo focal, tratam também a saúde mental como transcendental, não podendo se limitar a questão biológica e ao uso de medicamentos, visto a importância da espiritualidade no contexto do tratamento, a qual permite o emprego de técnicas que trazem paz a mente. Relatam ainda que quando se tem fé e pratica uma religião de forma sistemática, com confiança, contribui positivamente para a resolução dos problemas relacionados as doenças mentais, visto que segundo estes profissionais, muitas vezes o problema não é físico, mas sim psíquico ou espiritual, sendo necessária uma abordagem holística, com um olhar diferenciado para as questões emocionais.

Outro fato que chama a atenção de forma preocupante, é a automedicação como prática de rotina dos usuários relatada por alguns dos profissionais:

E tem uma questão aqui também, que é importante e às vezes a pessoa não tem indicação nem de usar medicação e tem muito isso, aí pega um remédio com a vizinha e começa a tomar por conta própria. Esse uso indiscriminado

de medicação que eu não sei como conseguem. Às vezes vem já com a medicação. E como compram, como conseguem a receita... Deus é quem sabe como ele conseguiu. Aí também eu vejo como um fator negativo para a saúde mental. (P07)

Essa questão de saúde mental é mais a gente dar uma assistência, um acolhimento e orientação. Não é medicação e lá o pessoal tem muita mania de se automedicar. (P11)

A automedicação também foi abordada com preocupação durante o grupo focal, com relatos de hábitos dos usuários buscarem medicação com algum familiar, amigo ou vizinho, por achar que apresenta o mesmo problema do outro, com uso de substâncias indiscriminadas, em doses não adaptadas para a sua realidade.

Estudo realizado por Brito e colaboradores (2023), com o objetivo de investigar os efeitos potencialmente nocivos da automedicação com medicamentos ansiolíticos, traz com preocupação o consumo excessivo destes medicamentos sem prescrição médica, abordando a necessidade urgente de medidas de intervenção junto a população, profissionais de saúde e instituições regulatórias, identificando a necessidade de avaliar com atenção os motivos que estimulam as pessoas a automedicação, podendo estar relacionado desde a fatores sociais e psicológicas, como também a outras questões externas como a disponibilidade excessiva de medicamentos oferecidos no mercado, associado a comercialização ilegal por algumas drogarias, e ainda a possíveis negligências por parte dos profissionais médicos nas práticas de prescrições.

Esses fatores reforçam a necessidade da realização de atividades de conscientização junto a população, e o estabelecimento de critérios mais rigorosos de regulação e controle do comércio desses medicamentos. É importante avaliar ainda sobre o acesso desses usuários ao serviço de saúde, podendo ser um fator estimulador a automedicação, quando encontrado dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Alguns profissionais relatam que além da prescrição medicamentosa, realizam outras ações terapêuticas no cuidado prestado aos pacientes de saúde mental:

A gente faz a renovação de receitas de medicamento de uso controlado de uso contínuo, além de segmento e manutenção de dose, avaliação da medicação se está sendo suficiente... encaminhamento também para a psicoterapia. (P08)

Tem uma deficiência nessa questão de visita, que eu não vou dizer que a gente também acaba aqui dando prioridade a outras coisas, mas não deixando o paciente desassistido, porque não deixa sem a medicação, mas não tem aquele acompanhamento bem perto do paciente. (P03)

Geralmente a gente oferta o atendimento, as medicações e o acompanhamento psiquiátrico, ou a terapia com psicóloga. 90% dos pacientes saem

encaminhados para psicóloga, sai tanto com o tratamento medicamentoso, como a terapia também com psicóloga. (P10)

Eu acho que se alguém vem até o serviço precisando de ajuda, eu não tenho que só renovar uma receita e não olhar para a pessoa. Eu tenho que conversar com a pessoa e descobrir porque é que ela está tomando aquela medicação e tentar ajudar, não necessariamente tentar tirar todos os remédios, mas assim tentar fazer com que a pessoa tenha uma qualidade de vida, apesar de estar usando aquela medicação. (P07)

São realizadas oficinas terapêuticas, além da prescrição de medicamento e encaminhamentos. (P02)

Dentre as ações terapêuticas realizadas pelas equipes, está a sala de espera, uma importante ferramenta de promoção à saúde, que tem o objetivo o desenvolvimento de ação de educação em saúde, capaz de facilitar um cuidado humanizado, permitindo a aproximação dos usuários ao serviço de saúde. Os relatos dos profissionais, evidenciam a dificuldade de captação dos usuários para realização de atividades de promoção à saúde, desta forma, as equipes utilizam como estratégia para realização dessas atividades, a sala de espera, por compreender que o usuário já estaria na unidade no aguardo de alguma consulta, facilitando assim a adesão:

A gente passou a fazer sala de espera porque aproveita antes do atendimento. (P04)

A gente tenta forçar barra, a gente marca todas as consultas do dia e chega de manhã cedo, sem avisar nada. Quando o posto está cheio e inicia a palestra, faz a palestra na sala de espera, porque é a única forma da gente conseguir. Então o paciente não vai embora porque tem uma consulta após a palestra. (P09)

A sala de espera enquanto ferramenta de educação em saúde, pode auxiliar na prevenção de doenças e principalmente na promoção à saúde. Oportuniza ainda o desenvolvimento de atividades que extrapolam o cuidado individual, proporcionando uma melhoria na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a relação entre usuário e trabalhador de saúde (Rodrigues *et al*, 2018).

Outras atividades de educação em saúde mental também são realizadas pelas equipes, especialmente pelas enfermeiras, as quais dirigem suas práticas às ações educativas e organização do serviço, além do atendimento assistencial:

O contato do paciente é mais com o médico, comigo só quando é alguma palestra, alguma orientação, marcação psiquiatra, aí eu tenho contato”. (P05)

“Sou eu que faço o encaminhamento, e aí enfermeira que organiza e aí vai liberando pra eles. (P10)

A gente atua mais assim.... Palestra, sala de espera que a gente sempre tá fazendo com eles. Aproveita algum tema e a gente faz com eles porque é o momento também de conversa. (P04)

Algumas situações mais leves que é agendada até logo pra mim, porque é mais rápido a consulta, aí eu faço avaliação porque às vezes só precisa de uma conversa de um psicólogo, então a parte de psicologia eu posso encaminhar, então eu encaminho para a psicologia e oriento o paciente caso não resolva retornar a unidade. (P04)

Em outro estudo para pesquisar as ações do cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros na atenção básica do município do Rio de Janeiro, os autores identificam a prática educativa como destaque, sendo a consulta uma oportunidade de realizar essas atividades, além de favorecer a formação do vínculo entre profissional e usuário, permitindo a resolução dos problemas deste dentro de seu contexto social. Entretanto, essas atividades são percebidas como uma prática importante na ação de cuidado dos enfermeiros no âmbito da APS. As práticas desses profissionais valorizam as ações de promoção da saúde, a corresponsabilização do usuário no processo do cuidado, não deixando de atuar na prevenção e no controle de agravos. As atividades de educação em saúde acontecem por meio de consultas de enfermagem individuais ou coletivas, palestras e grupos de saúde (Acioli *et al*, 2014)

Contudo, sabe-se da complexidade dos problemas relacionados a saúde mental, sendo o cuidado a estes pacientes proporcionalmente complexos, visto que envolvem além do setor saúde outros determinantes sociais, culturais, educacionais e afetivos, podendo impactar no tratamento dos mesmos:

A parte dos pacientes não terem condição de comprar as medicações. Então, assim tem muita gente que chega aqui para mim, descompensada, e quando eu vou ver está tomando a dose menor do que foi prescrito ou não tomou a medicação... suspende abruptamente. Eu particularmente, priorizo os medicamentos do elenco do SUS e às vezes até substituo, mas eu tenho observado que muitos pacientes pagam a consulta no serviço particular e os médicos do serviço particular prescrevem medicações que são caras. (P07)

A parte cultural que os pacientes daqui tem, a aceitação de alguns diagnósticos desse aí, a dificuldade no uso correto da medicação pelo analfabetismo da minha da área, é muito importante isso aí, por mais que a gente tente, acho que a grande barreira é essa adesão adequada ao tratamento, eu acho que mais pelo analfabetismo mesmo, então eles têm dificuldade de saber a hora do remédio, qual o remédio tomar, como tomar, por mais que a gente explica, desenhe a gente coloca, divide por frascos de horários. Mas mesmo assim, tem dificuldade. É o maior gargalo daqui a seria esse. (P10)

Nossa área, sabe que lá tem várias coisas, que complica mais ainda a questão da população. Quando eu falar, a nossa população é muito carente, não é a questão carente só de recursos financeiro, é carente de atenção porque parece tem alguns que foi isolado do mundo. Não é que a unidade não chegue até ele, não abra para eles, mas eles não têm aqui aquela vontade de buscar o serviço porque acha que não vai ser ouvido, que acha que não vai ser atendido. Eu tenho muita tristeza nessa questão também que as vezes o paciente entra em surto porque não pode comprar a medicação. (P04)

O conhecimento dos determinantes sociais é de fundamental importância, inclusive para formulação de políticas no contexto da Saúde Pública, visto que as questões envolvidas na saúde estão relacionadas a determinantes intersetoriais. As condições sociais que os indivíduos se encontram influenciam diretamente o processo de adoecimento, assim como o acompanhamento destas patologias e a busca pelos serviços de saúde. Neste contexto, enquanto os profissionais de saúde atuam no cuidado, com o foco em melhorar a sobrevida e prognóstico, outras ações intersetoriais devem existir para atuar na melhoria das condições sociais de vida destes indivíduos. Somente assim é possível garantir o acesso universal aos cuidados de saúde (Alves e Rodrigues, 2010).

Sabe-se que diversos são os fatores que influenciam do tratamento dos pacientes de saúde mental e a adesão ao uso de medicamentos, desde a ausência de alguns itens no elenco do SUS associado ao baixo poder aquisitivo que permita a aquisição dos mesmos.

Conforme citado acima, o analfabetismo também tem sido um dificultador para o uso correto da medicação, podendo comprometer o seguimento do tratamento desses pacientes com um nível de escolaridade mais baixo. Sabe-se ainda que a participação da família no cuidado ao paciente adoecido se torna parte importante do acompanhamento, estudo realizado para verificar a adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa demonstrou que aqueles pacientes que tiveram o apoio da família, apresentaram uma adesão 1,54 vezes mais ao uso dos medicamentos em relação aos que não tiveram a presença da família (Borba *et al*, 2018).

Contudo, questões culturais e sociais podem ainda contribuir na dificuldade da aceitação dos cuidados em saúde mental, especialmente em se tratando do público masculino, sendo necessário a equipe buscar outras alternativas de busca e captação desses pacientes. Nesse contexto, a família assume papel fundamental na identificação de sinais e sintomas que merecem atenção, conforme abordado no grupo focal. Tal fato pode estar também relacionado ao estigma e preconceito em torno das doenças mentais, ainda presente na realidade atual, podendo também estar associado ao nível de escolaridade dessas pessoas, considerando a suposição abordada pelos profissionais de que quanto mais deficiente o nível educacional, menor é a compreensão em torno da doença e do tratamento.

Diante do exposto, e considerando o contexto da saúde mental, os fatores sociais podem influenciar de forma severa a vida dos pacientes e famílias, visto a multidimensionalidade no processo de saúde doença, devendo ser observados todos os determinantes deste processo, com uma visão além do contexto físico e biológico do adoecimento. Esta compreensão se torna

fundamental para formulação de políticas e práticas clínicas que garantam o acompanhamento destes pacientes, com ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, sem prejuízos ao tratamento daqueles com a patologia já instalada.

4.4 DIAGNÓSTICO SOBRE A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO PARA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A educação permanente tem sido discutida como prática transformadora através da aprendizagem, se configurando como importante campo do saber, no âmbito das ações de saúde. Funciona como importante instrumento no setor saúde, com o objetivo de qualificação dos profissionais envolvidos no cuidado, de forma a favorecer uma visão crítica e reflexiva sobre o processo de trabalho, a fim de permitir a transformação da realidade em que os sujeitos estão inseridos. O processo de educação permanente propõe que a de capacitação do pessoal da saúde seja organizada considerando a problematização do seu processo de trabalho, sendo capaz de promover a transformação das práticas profissionais.

Neste sentido, em 2004, o MS institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de ordenar a formação e à educação permanente do pessoal inserido no SUS, através da secretaria de gestão do trabalho e educação em saúde (Brasil, 2004).

No âmbito da APS, o processo de educação permanente se torna extremamente importante para aprimoramento e qualificação do cuidado em saúde mental, mesmo havendo indicação de que os profissionais se sentem preparados para atender a esta demanda, conforme descrito:

A gente precisa mesmo de qualificação profissional. [...] saber abordar, como é que eu chego naquele paciente, porque o psicólogo, ele sabe como lidar e às vezes a gente não. (P03)

Eu senti a necessidade de ser capacitada, tanto que eu comecei a fazer pra eu saber mais, porque hoje em dia existe uma gama imensa de medicações e assim, uma mesma medicação pode ser usada para várias patologias. [...] Eu senti uma necessidade de aprimorar mais o conhecimento, até mesmo para ajudar aqui no atendimento. (P07)

A gente tem que estar tempo inteiro buscando se adequar ao que tem de novo, ao que tem de mais recente, de pesquisa de artigos publicados e também a gente tem sempre pequenos furos no nosso conhecimento. E melhorar essa rotina tem que ser uma busca diária, então ninguém está completo a ponto de dizer assim, não, não preciso. [...] Todo mundo tem muito a aprender e eu sinto que estou preparado para estar atendendo esses pacientes na atenção primária, mas sinto que posso melhorar muito ainda. [...] principalmente por conta das terapêuticas que a gente tem medicação nova. (P09)

A questão da educação continuada, que eu acho que é importantíssimo a gente tivesse um momento de reunião para discutir ou pra fazer uma sala de compartilhamento das suas experiências. (P11)

Nestes trechos destacamos que os profissionais entendem que a melhor qualificação está alinhada a possibilidade de atualização por artigos científicos, por cursos direcionados a área de saúde mental, que possam atualizá-los inclusive quanto terapêutica medicamentosa.

Elementos relacionados ao trabalho, que deem garantia teórica e prática para o exercício das suas atividades na APS são também apontados e indicam que alguns profissionais sentem insegurança em trabalhar com paciente de saúde mental, visto a complexidade do acompanhamento desses pacientes:

Pra mim é sempre um frio na barriga assim, porque a saúde mental eu vejo um pouco como a urgência, emergência, você não tem tanto controle e qualquer coisa pode servir de gatilho para o paciente. Então eu não me sinto 100% segura [...] eu ainda fico um pouco insegura de lidar com o paciente. (P06)

Eu não me sinto capacitada pra atender pacientes de saúde mental. Porque são casos muito complexos. O básico, o mais simples de rotina a gente acaba se saindo bem. Mas casos mais complexos são muito complicados, [...] não sou especialista, é uma demanda grande, [...] é muita coisa nova também. (P08)

Os resultados evidenciam a necessidade de implantação de atividades de educação permanente em saúde mental com todas as categorias profissionais da APS do município, partindo do princípio de que esta pode contribuir para melhorar a formação profissional e, em conseqüentemente, promover estratégias de fortalecimento do SUS, qualificando as equipes para o atendimento, com propostas adequadas para resolver os problemas locais, de modo a transforma-los:

Sinto a necessidade de qualificação nessa temática, ansiedade, depressão, autismo.” (P01)

Pra realidade que eu vivo hoje eu vejo a necessidade de saber como lidar com o paciente ansioso. [...] Tô falando do paciente de transtorno de ansiedade. [...] paciente que também chega com depressão. (P09)

Seria importante trabalhar tanto na parte da própria patologia, depressão, os transtornos mentais mais comuns, é como na parte psicofarmacologia da linha de saúde mental, acho que é a parte de psicofarmacologia em saúde mental, seria bem interessante os profissionais da atenção primária estarem cientes, porque a gente lida diretamente com essa renovação de receita, esse acompanhamento de medicamentos. (P10)

Os profissionais abordam a necessidade de qualificação principalmente para trabalhar com as doenças mais emergentes de saúde mental, a exemplo da ansiedade e depressão, e que estão presentes no cotidiano de trabalho das equipes. Isso evidencia a necessidade de um olhar qualificado da gestão municipal, a fim de ofertar elementos e subsídios que gerem segurança para os profissionais atuarem na APS.

Segundo estudo realizado por Fortes e outros (2017), com o objetivo de analisar as estratégias adotadas pelos enfermeiros em saúde mental para qualificação profissional, visualizou-se que a consciência dos profissionais sobre a possibilidade de mudança na prática assistencial evidencia a necessidade de atividades de qualificação para os mesmos, fortalecendo a ideia de utilização de atividade de educação permanente como estratégia de qualificação e mudança de prática.

Para efetivação das ações de educação permanente, de forma a garantir um impacto de mudança no processo de trabalho, as propostas devem ser construídas para atender as necessidades reais dos sujeitos envolvidos, sejam eles trabalhadores e/ou usuários do serviço de saúde, visto que é partir da experiência destes que os problemas podem ser identificados, e as suas necessidades evidenciadas para construção de estratégias de mudança (Silva *et al*, 2012). Os profissionais abordam a necessidade de trabalhar com os agravos mais prevalentes nas áreas de abrangências, demonstrando ainda a necessidade de atividades de educação permanente voltadas para acolhimento:

Preparar os profissionais para enxergar o paciente mesmo como gente, para poder ouvir, para poder ter paciência, o acolhimento, ter paciência com o paciente poliqueixoso, que chega igual uma metralhadora para você conseguir direcionar de uma forma que não deixa o paciente se sentir um incômodo. Capacitar os profissionais para o atendimento humanizado. (P07)

Eu acho que temas, principalmente, o acolhimento inicial, assim, de saber lidar. [...] Eu sinto que a equipe não está preparada para esse acolhimento. (P06)

O acolhimento ao paciente de saúde mental é uma ação fundamental no contato dos mesmos com o serviço de saúde, conforme discutido no capítulo anterior, devendo os profissionais da APS estarem preparados para fazê-lo de forma eficiente e humanizada.

No contexto da saúde mental, é evidente a necessidade de ampliação das ações de educação permanente, visto a formação generalista dos profissionais que compõe a equipe mínima da estratégia saúde da família, assim como as fragilidades na formação de médicos e enfermeiros, conforme relatam nas entrevistas:

Quando eu fiz a faculdade, eu tive mais proximidade com saúde mental, porque a gente teve estágios. [...] Mas eu acho que, tanto na faculdade, como nos cursos, eu acho muito pouca essa questão da entrada da saúde mental, da complexidade dos problemas... porque a gente, na verdade, quando sai da faculdade, não está preparado pra enfrentar lá fora. (P04)

Eu achei bem vaga, assim eu tive uma disciplina específica de saúde mental, mas todo no contexto da teoria. Não teve visitas em CAPS. [...] não tive a vivência prática em saúde mental. (P06)

Minha formação em saúde mental foi bem deficiente. (P10)

Eu acho superficial a formação, são 6 meses só de saúde mental que era a teoria e prática. (P03)

O processo de formação para profissionais de saúde é algo complexo e que merece constante atenção, dada a amplitude de atuação profissional que estes estão sujeitos. Estudo realizado sobre avaliação da competência do enfermeiro na atenção em saúde mental mostra que o acompanhamento a esses pacientes, colocam os profissionais e/ou estudantes em situações desafiadoras, especialmente quando precisar lidar com o usuário crônico ou que apresentam agressividade, ou outro transtorno mental. Os autores descrevem ainda que “o processo de formação do profissional é descontínuo, tutelar com valorização do conteúdo e pouco aproveitamento das situações reais vivenciadas pelo aluno sobretudo nos campos práticos” (Lucchese e Barros, 2009)

Ao avaliar sobre a formação médica generalista, estudo mostra que 93,1% dos médicos entrevistados concordam com esse tipo de formação, entre os estudantes de medicina, 85,6% relatam estar sendo formados para atuarem como generalista, os quais acreditam que estarão preparados para resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Apesar de concordarem com a formação médica para a clínica geral, 96,8% dos estudantes entrevistados afirmam interesse em complementar a formação com uma especialização, o que evidencia ou aparenta uma incoerência com a concordância com a formação generalista (Neto *et al*, 2014).

Os resultados apresentados reforçam a ideia da importância das atividades de qualificação profissional, a fim de ampliar o conhecimento técnico e segurança desses profissionais para atuarem na resolução dos problemas de saúde apresentados, de forma a preencher as lacunas deixadas durante a graduação. No entanto, os profissionais abordam a importância da vivência prática como estratégia que garante maior segurança para atendimento em saúde mental:

Eu acho que a gente aprende mais na prática. (P01)

A gente às vezes faz alguma coisa a mais pela vivência na gente. [...] Na faculdade a gente tem a teoria, mas precisa da prática. (P04)

Desta forma, sabe-se que a educação permanente ocorre através da integração da teoria com a prática dos trabalhadores, buscando a transformação profissional no contexto da atuação, valorizando a vivência profissional de cada indivíduo. No entanto, é necessário reconhecer as necessidades das mudanças evidenciadas durante o processo educativo, com incentivo e valorização deste por todos os sujeitos envolvidos, e não somente os trabalhadores que precisam passar pelo processo de qualificação (Silva *et al*, 2012).

Entretanto, fica evidenciado para além da necessidade de qualificação, a promoção de momentos de acolhimento para escuta qualificada a estes trabalhadores, visto as considerações feitas pelos mesmos durante o grupo focal, sobre a importância deste momento que permitiu a escuta e o sentimento de cuidado com os mesmos. Assim, entende-se que essas informações serviram de subsídio para o diagnóstico assim como para projeção de intervenções que deverão ser realizadas no município, as quais serão discutidas no capítulo seguinte.

4.5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: AÇÃO DE ACOLHIMENTO E QUALIFICAÇÃO EM SAÚDE MENTAL PARA PROFISSIONAIS ATUANTES NA APS

Os resultados apresentados no capítulo anterior, mostram a necessidade do desenvolvimento de ações pela gestão municipal, como medidas que permitam reduzir as problemáticas encontradas. Algumas dessas ações podem ser desenvolvidas de imediato, enquanto outras, precisam acontecer a médio e longo prazo. No momento, será realizado como produto técnico desta dissertação, atividade de qualificação para médicos e enfermeiros da APS, trabalhando com os temas indicados como agravos mais prevalentes pelas equipes, assim como aqueles que os mesmos indicam que apresentam maior fragilidade, conforme programação do apêndice 5. No entanto, além desta proposta de qualificação, é necessária a construção de uma agenda propositiva de forma a permitir que sejam discutidas as dificuldades visualizadas pelas equipes, com identificação das problemáticas, causas e consequências relacionadas aos problemas de saúde mental dos pacientes atendidos no território, assim como acolhimento aos trabalhadores de saúde, visando uma melhoria da saúde mental dos mesmos e melhoria na assistência aos usuários em sofrimento psíquico e/ou social, permitindo e motivando o planejamento de ações pela gestão municipal, de forma a atuar sobre os problemas identificados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, evidencia-se que o acesso a saúde mental no município de Várzea da Roça, se dá a partir da APS, apesar de perpassar por outros níveis de atenção, fator que viabiliza a continuidade do cuidado a este paciente de saúde mental, considerando especialmente a contextualização de integração da ESF junto a comunidade, além de fatores que facilitam o acesso, a exemplo da localização do serviço de saúde no espaço geográfico do território. Os dados mostram que as respostas dadas pelas equipes de APS as demandas de saúde mental, tem garantido o acesso a esse nível de complexidade, não sendo identificadas dificuldades no agendamento de consultas por esses usuários, fator importante na avaliação do acesso, visto se tratar do primeiro contato do indivíduo com o serviço, podendo ser um fator facilitador ou dificultador para o seguimento do cuidado.

Sabe-se que o gerenciamento e organização da oferta é um desafio enfrentado em todo serviço de saúde, e enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde, a APS deve organizar a oferta de modo a garantir o acesso aberto e contínuo, conforme evidenciado no município pesquisado, onde oferta de consultas médicas é organizada com regularidade para os pacientes acompanhados nas unidades, garantindo o cuidado longitudinal, através de atendimentos por demanda agendada, sem comprometer os atendimentos por demanda espontânea.

Entretanto, apesar das equipes reconhecerem a importância da garantia do acesso através de dispensação de um maior tempo para os atendimentos individuais, percebe-se que os profissionais precisam lidar com diversas outras necessidades de saúde, o que pode induzir o atendimento através de consultas rápidas, desfavorecendo uma escuta qualificada e a criação de vínculo de confiança entre os pacientes e equipe.

Contudo, além da organização da oferta, garantir acesso em saúde mental na APS exige a formatação de um serviço que acolha e atenda esse público de forma efetiva, visando neutralizar as dificuldades que esses possam enfrentar ao buscar o serviço de saúde. Como estratégias para reduzir essa problemática, as equipes viabilizam flexibilização e corresponsabilização no agendamento das consultas, sendo o mesmo realizado pelo paciente, família ou ACS; possibilita o agendamento de consulta por outros formatos além do presencial; garante a oferta de visitas domiciliares aos pacientes com dificuldade de acesso a unidade; além da adoção de estratégias para garantir atendimento aos usuários faltosos ou aversos ao tratamento relacionado a saúde mental.

Diante do avaliado, percebe-se que no âmbito da saúde mental, os profissionais e usuários reconhecem a potencialidade da APS, considerando resolutive a prestação do cuidado no município estudado, visto que além do comprometimento dos trabalhadores, visualizam na gestão municipal a sensibilização e compromisso na atenção à saúde.

Além disso, observa-se relatos sobre a importância da integração da equipe na produção do cuidado, assim como atuação da equipe multiprofissional no apoio ao trabalho das ESF na atenção em saúde mental, capaz de ampliar as possibilidades de terapias que podem contribuir no cuidado à saúde. Os relatos dos profissionais e usuários afirmam o comprometimento de todos os membros da equipe na responsabilização pelo cuidado integral do indivíduo, afirmando um atendimento acolhedor e com empatia, voltada para o indivíduo e a família, através de uma escuta qualificada que favorece o fortalecimento da comunicação e facilitando a adesão ao tratamento. Entretanto, observou-se o descompromisso de alguns usuários com a responsabilização pela própria saúde, podendo estar condicionado a percepção por não se sentirem corresponsáveis pelo cuidado à saúde, ou por não reconhecerem o problema. Estes fatores podem atuar como motivadores para ausência de ações de autocuidado entre esses usuários, assim como na baixa adesão às atividades de educação a saúde realizadas nas unidades, as quais se centram somente em atividades de sala de espera, conforme relatado, por compreender que o usuário já estaria na unidade no aguardo de alguma consulta, facilitando assim a adesão.

Percebe-se ainda como dificultador no cuidado à saúde mental, a presença de preconceito e estigma relacionados a essas doenças, o que pode favorecer a resistência dos pacientes em reconhecer ou aceitar a patologia, afastando o usuário do serviço de saúde, retardando a busca por ajuda e consequentemente favorecendo um diagnóstico e início de tratamento tardios, podendo ser um dos fatores de agravamento do quadro clínico e/ou surgimento de outros transtornos.

Neste contexto, percebe-se a necessidade de implantação/fortalecimento de ações terapêuticas que trabalhe o usuário e coletividade na sua integralidade, com atividades que vão além da consulta, visto que, apesar de reconhecer a importância dessas ações, a maioria dos profissionais entrevistados relatam não as fazer, centrando as atividades do cuidado de saúde mental, somente na consulta individualizada. A ausência destas atividades pode estar pautada na predominância do modelo médico hegemônico ainda existente, com maior preocupação em tratar a doença do que preveni-la, com a maior valorização do atendimento clínico individual,

e com ações focadas na medicalização, demonstrando a complexidade de se mudar modelos fortemente arraigados.

A prática de valorização da medicalização, em detrimento de outras ações do cuidado em saúde, também está presente nas falas dos usuários e profissionais de saúde, além da rotina da automedicação como prática constante entre os usuários. Esses fatores reforçam a necessidade da realização de atividades de conscientização junto a população, e o estabelecimento de critérios mais rigorosos de regulação e controle do comércio desses medicamentos. É importante avaliar ainda sobre o acesso desses usuários ao serviço de saúde, podendo ser um fator estimulador a automedicação, quando encontrado dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Diante do exposto, e considerando que o cuidado a saúde mental envolve além do setor saúde, sabe-se que os fatores sociais precisam ser observados, visto que podem influenciar de forma severa a vida dos pacientes e famílias, visto a multidimensionalidade no processo de saúde doença, devendo ser observados todos os determinantes deste processo, com uma visão além do contexto físico e biológico do adoecimento.

Os profissionais veem com grande preocupação o crescimento da demanda de pacientes de saúde mental com o advento da pandemia, tanto em relação ao surgimento de novos casos, como agravamento daqueles já existentes, como a piora da ansiedade, medo de sair de casa, medo de morrer, além de outros traumas. Chama a atenção o crescimento maior desses transtornos entre crianças e adolescentes, acompanhado muitas vezes pela negação dos pais, fator que dificulta tanto o diagnóstico, quando o tratamento oportuno, conforme abordado pelos profissionais. Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos para reconhecerem possíveis prejuízos funcionais nas crianças e adolescentes que apresentam alteração de saúde mental, para que possam adotar estratégias terapêuticas em tempo oportuno, evitando a progressão para quadros clínicos de mais difícil controle, e maiores prejuízos na vida adulta desses indivíduos.

No entanto, além das evidências do crescimento dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, percebe-se que os profissionais de saúde, que atuaram na linha de frente no combate a pandemia, tiveram impactos na saúde mental ainda maiores que no restante da população, conforme mostrado no estudo, onde a maioria dos profissionais entrevistados refere saúde mental afetada, associada também ao aumento no consumo de medicamentos por este público, podendo estar relacionado dentre outros fatores, a carga horária exaustivas, além de afirmarem dar maior importância em cuidar do outro, do que o cuidado a si próprio,

evidenciando ao mesmo tempo, a importância da imposição de limites no sentido de reconhecer a necessidade de desacelerar para se cuidar.

Percebe-se que mesmo reconhecendo a importância de ações de autocuidado, a maioria dos profissionais não realizou durante ou após pandemia COVID-19; enquanto aqueles que realizaram alguma atividade física, de lazer, dentre outras, referem o quanto ajudou no cuidado à saúde. Chama a atenção ainda, a ausência de rede de apoio profissional durante e após a pandemia para os profissionais atuantes na APS do município, sendo que a maioria reconheceu na equipe de trabalho e família essa rede de apoio, promovendo atividades de autocuidado na rotina de trabalho, e favorecendo o acolhimento destes profissionais pela equipe, permitindo o cuidado e atenção para as questões que vão além do profissional.

Os resultados evidenciam que além da ausência das ações de autocuidado e rede de apoio, os profissionais sentiram a falta de processo de educação permanente para atender a essa crescente demanda de saúde mental, mesmo referindo estarem preparados para atender, reconhecem a importância deste processo para aprimoramento e qualificação do cuidado em saúde para todas as categorias profissionais da APS do município, partindo do princípio de que esta pode contribuir para melhorar a formação profissional e, em consequentemente, promover estratégias de fortalecimento do SUS, qualificando as equipes para o atendimento, com propostas adequadas para resolver os problemas locais, de modo a transforma-los. No entanto, é abordado sobre a importância que os temas trabalhados nessas ações partam das reais necessidades locais, especialmente sobre as doenças mais emergentes de saúde mental, a exemplo da ansiedade e depressão, conforme relatado pelos profissionais.

A formação generalista dos profissionais que compõe a equipe mínima da estratégia saúde da família, assim como as fragilidades na formação de médicos e enfermeiros, são contextos evidenciadas na pesquisa. Os fatos mencionados demonstram a necessidade de um olhar qualificado da gestão municipal, a fim de ofertar elementos e subsídios que gerem segurança para os profissionais atuarem na APS. Tal fato motivou a construção de ações de acolhimento e qualificação como proposta de intervenção para os profissionais da APS. No entanto, além dessa atividade pontual, é necessário a incorporação de outras ações de educação permanente na agenda da secretaria municipal de saúde, incluindo a saúde mental como tema prioritário a ser trabalhado com os profissionais envolvidos.

Todavia, a vivência da pesquisadora na gestão municipal de saúde, permite uma visão ampliada dos problemas, limitações e possibilidades relacionadas ao tema estudado, no entanto, pode ter trazido um viés a pesquisa, principalmente durante as entrevistas com os profissionais,

podendo ter gerado alguma situação de timidez, inibindo a espontaneidade e falas dos entrevistados.

Entretanto, a condição de gestora da pesquisadora, favorece a autonomia para promoção de ações que possam modificar a realidade encontrada e resolver as problemáticas identificadas durante a pesquisa, permitindo a implantação imediata de ação de educação permanente que possa qualificar o cuidado em saúde mental na APS, a qual será realizada através do projeto de intervenção desta dissertação.

Sabe-se ainda a necessidade de formação de uma agenda propositiva a fim de permitir o planejamento de ações e atividades a médio e longo prazo, tanto em relação a educação permanente, como para atuarem nos demais problemas identificados nesta pesquisa, com elementos que possam facilitar e estimular a realização e atividades de promoção à saúde, ações que possibilitem a ampliação o acesso a equipe multiprofissional para saúde mental, assim como ações que promovam o autocuidado e atuem como rede de apoio aos profissionais de saúde.

Desta forma, a partir dos resultados encontrados, propõe-se uma agenda permanente de qualificação profissional em saúde mental para os profissionais da APS, além de incorporação na prática de gestão de viabilização de projeto que permita fornecer apoio e suporte psicológico a esses profissionais, a fim de responder as demandas de saúde mental dos próprios trabalhadores, permitindo que os mesmos estejam com a saúde mental preservada, e possam atuar com protagonismo no cuidado a outras pessoas.

Além disso, será proposto a gestão municipal, a implantação ações de autocuidado e rede de apoio profissional para os trabalhadores de saúde, além do desenvolvimento de ações que incentivem a promoção da saúde na APS, de forma a captar os indivíduos saudáveis, evitando que esses adoeçam, ou tenham agravamento dos problemas já identificados. Será considerada ainda, a necessidade de implantação de plano de ação direcionado a promoção da saúde de crianças e adolescente, envolvendo ações intersetoriais, que favoreçam a cultura e lazer, buscando incentivar atividades que promovam a interação social e prática de atividade física. Para isso, além da proposta de implantação de serviços que permitam a efetivação desta ação, visualiza-se a necessidade de ampliação de carga horária de profissionais de atuam no apoio ao cuidado a saúde mental, a exemplo do psicólogo, de forma a ampliar o acesso e garantir o cuidado em saúde mental na APS.

Todas as ações propostas acima, serão sugeridas para serem contempladas nos instrumentos de planejamento da gestão municipal, especificamente Programação Anual de Saúde – PAS do exercício seguinte, a fim de permitir a mudança de práticas e favorecer a qualificação do cuidado a saúde mental na APS do município estudado.

Por fim, a presente pesquisa permitiu conhecer o acesso a saúde mental na APS em um município de pequeno porte, favorecendo a visibilidade e oportunizando reflexões sobre as características que a maioria dos municípios do país carregam, tornando visíveis as necessidades de intervenção e qualificação da assistência, no âmbito da saúde mental, para atendimento às demandas da comunidade, pós COVID-19, no ambiente da APS.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S., KEBIAN, L. V. A., FARIA, M. G. de A., FERRACCIOLI, P., CORREA, V. de A. F. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. enferm UERJ**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/12338>. Acesso em: 12 de maio.
- ALBERTI, G. F., BUDÓ, L. M. D., NEVES, G. L., ROSSO, L.F. Atributo do primeiro contato na atenção básica e práticas de cuidado: contribuições para a formação acadêmica do enfermeiro. **Tex Cont Enf**. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6dvKmPMTJYNmwXY7SWNRfTd/?lang=pt>. Acesso em: 15 de julho de 2024.
- ALVES, A. A. M., RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902510700031>. Acesso em: 23 de maio de 2024.
- ALVES, D. S. N., SILVA, P. R. F. da, COSTA, N. R. Êxitos e desafios da reforma psiquiátrica no Brasil, 22 anos após a declaração de Caracas. **Medwave**, 2012. DOI: 10.5867/medwave.2012.10.5545
- ALVES, M. T. G. Reflexões sobre a atenção primária à saúde na pandemia de covid-19. **Revista Brasileira de Medicina, Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2020.
- AMARAL, L.M., JÚNIOR, J.E.P. Cuidado remoto na APS: experiência do uso do celular em uma equipe saúde da família de área de favela durante a crise de COVID-19. **Revista APS**. Rio de Janeiro, 2020.
- AMARANTE, P., Saúde mental e atenção psicossocial. **Editora Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2007.
- ASSIS, M. M. A., NASCIMENTO, M. A. A., FRANCO, T. B., JORGE, M. S. B. Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador, **EDUFBA**, 2010.
- ASSIS, M. M. A, JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Salvador. **Ciência & saúde coletiva**, 2012.
- ASSIS, M. M. A., ALMEIDA, M. V. G. **Acesso aos serviços e tecnologias no Sistema Único de Saúde: abordagens teóricas e práticas**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2014.
- BACKES, D. S., et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. São Paulo. **O mundo da saúde**, 2011.
- BARBOSA, A. L. N. de H., COSTA, J. S., HECKSHER, M. Mercado de trabalho e pandemia da covid-19: ampliação de desigualdades já existentes? **Mercado e trabalho**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://web.archive.org/web/20200903224334id_/https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/200811_BMT_69_mercado_de_trabalho.pdf. Acesso em 18 de julho de 2024.

- BARROS, M. B. de A. et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília**, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n4/e2020427/>. Acesso em: 15 de julho de 2024.
- BARROSO, B.I.L., et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF2091>. Acesso em: 12 de janeiro de 2023.
- BORBA, L. de O. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/7b7JHCXthM4FkPTBHwTxPLf/?format=html&lang=pt>. Acesso em 21 de julho de 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica**. Brasília – DF, 2023. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 05 de maio de 2023a.
- BRASIL. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2023b.
- BRASIL. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 2020a.
- BRASIL, Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19. Crianças na pandemia COVID-19. **FIOCRUZ**. Brasília, 2020b.
- BRASIL. CNS. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018 - Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília –DF, 2018.
- BRASIL. CNM. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Acolhimento à demanda espontânea. **Cadernos de Atenção Básica n. 28**, Volume I. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2013b.
- BRASIL. CNS. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília-DF, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica: Princípios e Diretrizes**. Série E, Legislação em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico

da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. Editora do Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2010b.

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

BRASIL. Portaria 198, de 13 de fevereiro de 2004. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2004.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União** Brasília - DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003b.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília – DF, 2002

BRASIL. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 - Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2001b.

BRASIL. CNS. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 1990a.

BRASIL. CNS. Lei nº 8.142, de 28 dezembro de 1990 - Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF, 1990b.

BRASIL, [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.: Presidente da República. Brasília – DF, 2016.

BRITO, L. de F., DINIZ, L. B., FERNANDES, N, G., SILVA, V. S. S. Automedicação de substâncias antidepressivas e benzodiazepínicas no brasil: um desafio para a saúde mental. **Abordagens integrativas em Saúde: explorando dimensões físicas e emocionais**. Campina Grande, 2023. Disponível em: <https://editoralicyri.com.br/index.php/ojs/article/view/405>, Acesso em: 17 de julho de 2024.

CAMPOS, R. O., et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n5ZmQDqh8LyqN5NzW8XM4jx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 13 de dezembro de 2022.

CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, V. 38, N. especial, P. 252-264. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38nspe/252-264/pt/>. Acesso em: 19 de julho de 2024.

CARVALHO, L. de F., DIMENSTEIN, C. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/epsic/a/ThxkgDmjFjsjFyDvxWtbp9h/?lang=pt>. Acesso em: 17 de julho de 2024.

CERVO, E. B., CAUMO, M. A., CERDOTES, A. L. P., JAEGER, F. P.

Interprofissionalidade e saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev. Psicologia e Saúde em debate**. 2020. Disponível em:

<http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V6N2A17>. Acesso em: 01 de julho de 2024.

CHAVÉZ, G. M., VIEGAS, S. M. F., ROQUINI, G. R., SANTOS, T. R. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**. Divinópolis, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/rLPKRPYbWkRjfWPPBTWftGj/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 de junho de 2024.

COHN, A., Caminhos da Reforma Sanitária. **Boletim da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, ano VII, nº 29, junho/julho de 1988.

COMONION, J. O. Apoio psicossocial durante a pandemia de COVID-19: estratégias desenvolvidas junto aos profissionais da rede pública de saúde, do município de Franco Rocha. **Instituto de Saúde**. São Paulo, 2021.

COSTA, L. B. et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. **Ciências & Saúde Coletiva**. Fortaleza, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/6qV76YwhkBCMJRcqSnsB4sb/?lang=pt>. Acesso em: 20 de julho de 2024.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**.

Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 12 de jan. de 2023.

ESMERALDO, G. R. de O. V., OLIVEIRA, L. C. de, FILHO, C. E. E., QUEIROZ, D. M.

Tensão entre o modelo biomédico e a estratégia saúde da família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Revista APS**, 2017.

FARIAS, D. B., RIBEIRO, K. S. Q. S., ANJOS, U. U., BRITO, G. E. G. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWSQt7JH3b/?lang=pt&form>. Acesso em: 30 de junho de 2024.

- FARO, A., BAHIANO, M. A., NAKANO, T. C., REIS, C., SILVA, B. F. P., VITTI, L. S., (2020). Covid-19 e saúde mental: emergência do cuidado. Estudo. **Psicol. Campinas**. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>
- FERRARI, J., BRUST-RENCK. P. G., Cuidados em saúde mental ofertados a profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19. **Revista brasileira de psicoterapia**. Volume 23, nº 1. Porto Alegre, 2021.
- FORTES F. L. da S. et al. Enfermeiro em saúde mental: concepções sobre qualificação profissional em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Rene**, 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31086/71677>. Acesso em: 01 de agosto de 2024.
- FRATESCHI, M.S.; CARDOSO, C. L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. **Psico**, Porto Alegre, 2016. Doi: <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>
- FREITAS, C. B. et al. Saúde mental dos profissionais de saúde no contexto da pandemia do Covid-19: estratégias de acolhimento e cuidado ao trabalhador da linha de frente. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 5, p. 24200-24209. Curitiba, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63736>. Acesso em: 17 de julho de 2024.
- GAMA, C.A.P., LOURENÇO, R.F., COLEHO, V.A.A., CAMPOS, C.G., GUIMARÃES, D.A. Os profissionais da atenção primária à saúde diante das demandas de saúde mental: perspectivas desafios. **Interface**. Botucatu. 2020.
- GARCIA, I. F. da S., TEIXEIRA, C. P. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Sociedade em Debate**. Pelotas, 2009. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180416003635id_/http://www.rle.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/viewFile/365/837. Acesso em: 20 de julho de 2024.
- GAZZINELLI, M. F et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bNSGbY7qhSzz5rPTN6nYQYB/>. Acesso em: 13 de julho de 2024.
- GIL, A. C. **Como Redigir o Projeto de Pesquisa**. In: ____ Como Elaborar Projetos de Pesquisa, ed. 4. São Paulo: Atlas, 2002. p. 162-163.
- GIOVANELLA, L., Fleury, S., Serviços de saúde: acesso, processos, avaliação, aspectos econômicos, descrição de caso. **Editora FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 1995.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama Populacional de Várzea da Roça**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/varzea-da-roca/pesquisa/10102/122229>. Acesso em: 12 de janeiro de 2023.
- JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n7/3051-3060/pt>. Acesso em: 30 de maio de 2024.

- JORGE, M. S. B., Resolubilidade do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família: representação social de profissionais e usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/4chmt9cCzxMF4jKMYJcrKvf/?lang=pt>. Acessado em 01 de jul. de 2024.
- LIMA, S. A. V., SILVA, M. R. F., CARVALHO, E. M. F., CESSÉ, E. A. P., BRITO, E.S. V., BRAGA, J. P. R. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Rev. Physis.** Recife, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2015.v25n2/635-656/>. Acesso em: 04 de agosto de 2024.
- LUCCHESI, R., BARROS, S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/j4B8RWbyDybB9jzBHGMMHNNp/?lang=pt>. Acesso em: 30 de julho de 2024.
- MACHADO, A. A., ALMEIDA, C. V. B., OLIVEIRA, V. C. S. de. Sofrimento psíquico no contexto da pandemia por COVID-19: impressões durante a Residência de Medicina de Família e Comunidade. **Revista Saúde em Redes**, v.10 n.1. 2024. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/4185>. Acesso em: 16 de julho de 2024.
- MALTA, D. C. et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília. 2020. <https://www.scielo.org/pdf/ress/v29n4/2237-9622-ress-29-04-e2020407.pdf>. Acesso em: 18 de julho de 2024.
- MATTA. G.C.; MORISINI. M.G.V. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** FIOCRUZ. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primaria_a_Saude_-_recortado.pdf. Acesso em: 12 de jan. de 2023.
- MENDES, E.V. Comentários sobre as redes de atenção à saúde no SUS. **Revista divulgação em saúde para o debate**, nº 52. Rio de Janeiro, 2014.
- MILAUSKAS CR, ROCHA C, SALOMÃO F, FERRAZ H, FORTES S. Telematriciamento em saúde mental na pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3116>. Acesso em: 30 de junho de 2022
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** HUCITEC editora. São Paulo, 2014.
- MONTEIRO, M. M., FIGUEREDO, V. P., MACHADO, M. de F. A. S. M. Formação de vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa unidade básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm.** 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/6BtjK64YJ5YrgBnTTRGGffx/>. Acesso em: 20 de junho de 2024.

- MOUSER, C. M. et al. Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). **Revista Brasileira de Psicoterapia**. Volume 23, número 1. Porto Alegre, 2021. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/70529694/audiencia_pdf-libre.pdf. Acesso em: 25 de julho de 2024.
- NABUCO, G., OLIVEIRA, M. H. P. P., AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde? **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532>. Acesso em: 28 de junho de 2024.
- NETO, J. A. C. Formação médica generalista: percepção do profissional e do estudante. **HU Revista**, v. 40, n. 1 e 2, p. 13-23. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2095>. Acesso em: 29 de julho de 2024.
- OLIVEIRA, E. A., ROCHA, S. S. O cuidado cultural dos pais na promoção do desenvolvimento infantil. **Rev. pesquisa cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, 2019.
- ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 1053-1062, 2006. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DgwpmYtRqJtNYWFmjfLMtmz/>. Acesso em: 26 de maio de 2024.
- OUTEIRINHO C, BRAGA R, COSTA GOMES J, ALVES L, CRUZ AM. O Impacto da Pandemia da COVID-19 no Sistema de Saúde e na Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados de Saúde Primários. **Acta Med Port** [Internet]. 2022 Jul. 27 [citado 2024 Ago. 19];36(1):25-33. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/17632>.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/>. Acesso em: 30 de junho de 2024.
- PRADO, A. D., PEIXOTO, B. C., SILVA, A. M. B., SCALIA, L. A. M., (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do covid-19: uma revisão integrativa. **Revista eletrônica acervo saúde**. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>
- QUINDERÉ, P. H. D., JORGE, M.S.B., NOGUEIRA, M.S.L., COSTA, L.F.A., VASCONCELOS, M.G.F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciências & Saúde Coletiva**. Fortaleza, 2012.
- QUINDERÉ, P. H. D., JORGE, M. S. B., NOGUEIRA, M. S. L., COSTA, L. F. A., VASCONCELOS, M. G. F. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Rev. Ciências & Saúde Coletiva**, página 2160. Fortaleza, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n7/2157-2166/pt>. Acesso em: 03 de julho de 2024.

QUINDERÉ, P. H., JORGE, M. S. B., FRANCO I, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Revista de Saúde Coletiva**, p. 254. Rio de Janeiro, 2014.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/7zsMFLdhyQZJF7GmtPBTj6s/?format=html>. Acesso em 15 de março de 2024.

RIBEIRO, M. S., POÇO, J. L. da C. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. **Revista APS**, v.9, n.2, p. 136-145. Juiz de Fora, 2006. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/nates/files/2009/12/motivos.pdf>. Acesso em: 15 de julho de 2024.

RIOS, M. O., NASCIMENTO, M. A. A. Produção do cuidado para resolubilidade da estratégia saúde da família: saberes e dilemas. **Revista Enfermagem UFPE**. Recife, 2017.

RODRIGUES, L. P. et al. Sala de espera: espaço para educação em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, vol. 6, núm. 3, 2018. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/4979/497956691013/497956691013.pdf>. Acesso em 30 de maio de 2024.

ROLIN, L. B., CRUZ, R. de S. L. C., SAMPAIO, K. A. de J., Participação popular e controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**. 2013. Rio de Janeiro

SAIDEL, M. G. B. et al. Intervenções em saúde mental para profissionais de saúde frente a pandemia de Coronavírus. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 49923. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/49923/>. Acesso em 17 de julho de 2024.

SANTANA, J. C. B. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, vol. 14, núm. 4. Curitiba, 2009. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977009.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2024.

SANTOS, A. B. Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. **APS em Revista**. Vol. 1, n. 2, p. 170/179. 2019. Disponível em:

<https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>. Acesso em: abril de 2024.

SANTOS, J. da P. dos. A escuta qualificada: instrumento facilitador no acolhimento ao servidor readaptado. **Programa FGV in company**. São Paulo, 2014. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sms-9149>. Acesso em 15 de junho de 2024.

SCHMIDT, B., CREPALDI, M. A., BOLZE, S. D. A., NEIVA - SILVA, L., & DEMENECH, L. M. Saúde Mental e intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **Estud. Psicol.** Campinas, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt>. Acesso em: 09 de fevereiro de 2023.

SCHUTEL, T. A. A., RODRIGUES, J., PERES, G. M. A concepção de demanda em saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Rev. **Ciência e Saúde**. Florianópolis, 2015. Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/faenfi/article/view/20167>. Acesso em: 04 de julho de 2024.

- SILVA, B. P. R., VELOSO, J. C. S., SÁ, VINICIUS, V. A. G. Consumo de mídia durante a pandemia. **Cons Ciência**. UFMG. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/ueadsl/article/view/17554>. Acesso em 13 de junho de 2024.
- SILVA, C. T. dos S. et al. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Enferm.** UFSM. Santa Maria, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1177836/46850-281809-2-pb.pdf>. Acessado em 13 de junho de 2024.
- SILVA, E.P.R.O., SANTOS, H.L.P.C., MACIEL, F.B.M., MANFROI, E.C., PRADO, N.M.D.L. Fatores de risco e prevenção do suicídio na Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia por COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Revista brasileira de medicina, família e comunidade**. Rio de Janeiro, 2022.
- SILVA, L. A. A. da, BONACINA, B. M., ANDRADE, A. de, OLIVEIRA, T. C. de. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Revista de enfermagem da UFSM**. Santa Maria, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24642>. Acesso em: 23 de maio de 2024.
- SOARES, J. P., Fatores associados ao Burnout em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19. **Revisão integrativa. Saúde debate**. Rio de Janeiro, 2022. DOI: 10.1590/0103-11042022E126
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VIEGAS, S. M. F., PENNA, C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977009.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2024.
- WANG. C.; PAN. R.; WAN. X.; TAN. Y.; XU. L.; Roger S. MCICTYRE. S. R.; Fé N. CHOO. F. N.; TRAM. B.; HO. R.; SHARMA. V. K.; HO. C. A longitudinal study on the mental health of general population dying the covid-19 epidemic in China. 2020. Disponível em <https://reader.elsevier.com/>. Acesso em: 16 de abril de 2023.
- ZANELLA, M., LUZ, H. H. V., BENETTI, I. C., JÚNIOR, J. P. R. Medicalização e saúde mental: estratégias alternativas. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, 2016. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n15/n15a08.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2024.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: SAÚDE MENTAL PÓS PANDEMIA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

APÊNDICE 01

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Clécia Vilas Bôas Cerqueira Silva, aluna do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UEFS, pesquisadora responsável e Prof^ª. Dr^ª. Juliana Alves Leite Leal, pesquisadora colaboradora, estamos realizando o estudo “SAÚDE MENTAL PÓS PANDEMIA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE O ACESSO E CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, que objetiva analisar o processo de cuidado ofertado aos usuários com demandas de atenção em saúde mental na APS de Várzea da Roça, Bahia, e como objetivos específicos discutir como a equipe de saúde e usuários da APS visualizam as práticas profissionais aplicadas para o manejo das demandas de saúde mental; e promover atividade de qualificação em saúde mental para médicos e enfermeiros da APS do referido município. Convidamos você a participar deste estudo que poderá trazer benefícios individuais e coletivos, além de qualificar a gestão dos serviços de saúde mental na Atenção Primária à Saúde, no município de Várzea da Roça, - Ba, possibilitando uma avaliação do acesso nas diferentes dimensões. Caso concorde em participar respondendo a entrevista, garantimos que ela será realizada em lugar reservado, definido previamente, livre da escuta e observação de outras pessoas, no dia e horário em que você desejar, garantindo a privacidade. Assim, garantimos o sigilo da conversa e que seu nome, em momento algum, será citado. Todos os participantes serão identificados pela sigla que identifica o grupo de estudo como Grupo 01 (trabalhador: G1.1, G1.2...), Grupo 02 (usuários - G2.1, G2.2...). As informações serão utilizadas somente para fins científicos, como publicações em revistas e apresentações em congressos. Esta entrevista será gravada com o uso de gravador digital, sendo garantido direito de você escutar sua entrevista após o término e, retirar ou acrescentar alguma informação que achar mais interessante a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou desaprovação; caso não autorize a gravação, registraremos sua entrevista em folha de papel. O tempo estimado para cada entrevista será de 30 a 40 min levando em consideração fatores externos que possam interferir no momento e no ambiente. Os dados coletados serão guardados por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) e, após este prazo, serão apagados. Assim, todas as informações fornecidas por você são secretas e, dessa forma, serão mantidas em sigilo, garantindo a privacidade e respeito a você e seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Os riscos para a realização desta pesquisa podem estar relacionados a recordações de momentos desconfortáveis vivenciados durante e/ou após a pandemia; sensação de desconforto e ansiedade devido ao tempo de duração da entrevista; transtornos decorrentes de mudanças na rotina da unidade e ou trabalho, receio

Assinatura:

Pesq. Responsável

Pesq. Colaboradora

Participante da Pesquisa:

de que as questões respondidas tenham o sigilo violado, desconforto no relato de suas experiências e temor de represálias. Nesses casos em que acontecerem essas situações a entrevista poderá ser suspensa imediatamente pelo pesquisador se observado riscos ou danos ao participante da pesquisa. O pesquisador assumirá a responsabilidade de oferecer assistência integral às complicações e danos previstos, com encaminhamento ao serviço de saúde necessário, sem nenhum custo ao participante. Você poderá receber assistência integral e imediata, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário em caso de danos decorrentes da pesquisa. Garantimos a você que não haverá custo financeiro da sua parte. É direito do participante, requerer indenização diante de eventuais danos comprovadamente decorrentes da pesquisa. Esclarecemos também que não haverá nenhum ganho em dinheiro como participante do estudo. Você poderá a qualquer momento desistir de participar ou anular este consentimento em qualquer fase, sem qualquer penalidade ou prejuízo. O atendimento ao usuário não deverá ser prejudicado independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa. Caso haja necessidade de maiores informações poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável na Universidade Estadual de Feira de Santana localizada na BR, Km 03, Feira de Santana-BA, especificamente no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC), localizado no campus da UEFS, 6º módulo, telefone (75) 3161- 8162. Caso queira tirar dúvidas sobre questões éticas relativas ao estudo, você poderá entrar em contato com o comitê de Ética da UEFS pelo telefone (75) 3161-8124. ou no endereço Avenida transnordestina, s/n – Novo Horizonte, UEFS, módulo I, MA 17, CEP 44.031-460, Feira de Santana, BA. O horário de funcionamento é de segunda a sexta das 13:30h às 17:30h ou pelo email: cep@uefs.br. O Comitê de Ética em Pesquisa, visa salvaguardar a dignidade, os direitos, a segurança e o bem estar dos sujeitos da pesquisa. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos participantes da pesquisa pelo pesquisador responsável posteriormente em apresentação realizada no município. Os interessados também poderão ter acesso aos resultados através do Núcleo de Pesquisa Integrada. Sendo assim, caso concorde em participar, você precisará autorizar por meio de assinatura nas duas vias deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A primeira via ficará sob sua guarda e a outra com as pesquisadoras do estudo. Desde já, agradecemos sua colaboração.

Feira de Santana - BA, ____ de _____ de 2023.

Clécia Vilas Bôas Cerqueira Silva – Pesq. Responsável

Juliana Alves Leite Leal – Pesq. Colaboradora

Participante da pesquisa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: Cuidado à saúde mental na atenção primária à saúde pós pandemia COVID-19:
uma análise sobre a dimensão técnica do acesso

APÊNDICE 02

Roteiro para entrevista

Grupo 01 – Trabalhadores de saúde

Informações sociodemográficas:

1. Formação
2. Possui alguma especialização em saúde mental
3. Tempo de serviço na APS
4. Tipo de vínculo empregatício
5. Sexo/gênero
6. Raça/cor
7. Estado civil
8. Idade
9. Você atuou na linha de frente de combate a covid-19

Avaliação do acesso em saúde mental, na percepção dos profissionais:

1. Como é o acesso às ações de saúde mental na APS, na unidade onde atua?
2. Como é a oferta de atendimento em saúde mental na unidade? São consultas agendadas, por demanda espontânea?

3. Você identifica dificuldade de acesso nos agendamentos da consulta?
4. Quais as ações terapêuticas em saúde mental podem ser realizadas na APS?
5. Os casos mais complexos de saúde mental conseguem ser resolvidos na APS? Como são conduzidos?
6. Quais as facilidades identificadas para desenvolver o atendimento em saúde mental na APS onde atua?
7. Quais as dificuldades identificadas para desenvolver o atendimento em saúde mental na APS onde atua?
8. Como você se sente para acolher e resolver os problemas relacionados à saúde mental do território?
9. Como foi a sua formação profissional no contexto da saúde mental?
10. Sente a necessidade de ser capacitado em saúde mental para atuar na APS?
11. Quais os temas importantes para qualificação profissional na APS?
12. Como você vê a demanda em saúde mental pós pandemia covid-19?
13. Como a pandemia impactou a sua vida pessoal e profissional?
14. Você realiza alguma ação de autocuidado em saúde mental?
15. Como funcionou e/ou funciona a sua rede de apoio pessoal e profissional no período da pandemia e pós pandemia?
16. Gostaria de comentar algo que lhe parece importante?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: Cuidado à saúde mental na atenção primária à saúde pós pandemia COVID-19:
uma análise sobre a dimensão técnica do acesso

APÊNDICE 03

Roteiro para entrevista

Grupo 02 – Usuários do serviço de saúde mental na APS

Informações sociodemográficas:

1. Sexo/gênero
2. Raça/cor
3. Idade
4. Escolaridade
5. Estado civil
6. É beneficiário de algum programa do governo?
7. Há quanto tempo é atendido nesta unidade?

Avaliação do acesso e da qualidade do atendimento em saúde mental:

1. Como a pandemia de COVID-19 impactou a sua vida?
2. Como você avalia o atendimento em saúde mental na unidade atendido (a)?
3. Como funciona o agendamento das consultas de saúde mental na unidade?
4. Quando precisa conversar sobre outros assuntos, você sente liberdade de fazer com a equipe de saúde?

5. Com qual frequência você retorna a unidade de saúde para atendimento em saúde mental?
6. Você já fazia atendimento em saúde mental antes da pandemia de COVID-19?
7. Você se sente contemplado com o atendimento na unidade, ou sente necessidade de ser encaminhado para atendimento com outros profissionais?
8. Gostaria de comentar algo que lhe parece importante?



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

PESQUISA: Cuidado à saúde mental na atenção primária à saúde pós pandemia COVID-19:
uma análise sobre a dimensão técnica do acesso

APÊNDICE 04

Roteiro para coleta de dados - Grupo focal

Grupo 01 – Trabalhadores de saúde

Acesso aos serviços de saúde mental na APS:

1. Porta de entrada do serviço (quem acessa e como ocorre).
2. Critérios para atendimento das necessidades individuais e coletivas.
3. Projeto terapêutico.
4. Experiências de atendimento em saúde mental.
5. Acolhimento e resolução dos problemas de saúde mental.

**SAÚDE MENTAL
PÓS PANDEMIA
COVID-19: UMA
ANÁLISE SOBRE O
ACESSO E
CUIDADO NA
ATENÇÃO
PRIMÁRIA À
SAÚDE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE FEIRA DE SANTANA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
COLETIVA

**PRODUTO TÉCNICO –
PROPOSTA DE
QUALIFICAÇÃO EM
SAÚDE MENTAL PARA
MÉDICOS E
ENFERMEIROS DA APS**



Clécia Vilas Bôas Cerqueira Silva
Mestranda



INTRODUÇÃO

A proposta de qualificação em saúde mental será desenvolvida como produto técnico da dissertação do mestrado da discente Clécia Vilas Bôas Cerqueira Silva, intitulado: Saúde mental pós pandemia COVID-19: uma análise sobre o acesso e cuidado na atenção primária à saúde. A ação será realizada com participação da equipe de residência multiprofissional da UEFS.

OBJETIVO

Qualificar o cuidado à saúde mental na Atenção Primária à Saúde - APS, através de educação permanente dirigida aos médicos e enfermeiros atuantes na APS, no município de Várzea da Roça.

PÚBLICO ALVO

Médicos e enfermeiros atuantes na APS, no município de Várzea da Roça.

CARGA HORÁRIA

A atividade será realizada no dia 13 de novembro de 2024, com a carga horária total de 8h.

LOCAL DE REALIZAÇÃO

Secretaria Municipal de Saúde de Várzea da Roça.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

1. Cuidado da pessoa em sofrimento mental;
2. Situações de saúde mental comuns na APS, com foco em ansiedade e depressão;
3. Instrumentos de intervenção psicossocial, com ênfase no acolhimento e cuidado a pacientes controlados e paciente em surto;
4. Principais medicamentos da saúde mental na APS.

