

ARTIGO

O que dizem os profissionais da Atenção Primária em Saúde do Município de Votorantim-SP sobre a oferta de cuidado em saúde mental?

What do Primary Health Care professionals in the Municipality of Votorantim-SP say about the provision of mental health care?

Isabella de Fátima Batista¹, Alana de Paiva Nogueira Fornereto^{1,2}

Resumo

Desde a reforma psiquiátrica, algumas pesquisas são desenvolvidas para estudar a implementação do cuidado em saúde mental na atenção primária à saúde, e seus resultados vêm mostrando que promover diálogos entre trabalhadores é essencial para concretizar esse cuidado. Assim, este artigo é fruto de uma pesquisa qualitativa e participativa que mapeou as práticas de cuidado em saúde mental que são realizadas na APS de Votorantim por meio da perspectiva dos profissionais de saúde locais. Os dados foram coletados por meio de um formulário eletrônico e entrevistas individuais com profissionais de quatro unidades básicas de saúde, utilizando um roteiro semiestruturado. As informações foram analisadas pela técnica de análise temática e os resultados revelaram várias práticas de cuidado que são realizadas, porém não são reconhecidas ou valorizadas como parte do cuidado em saúde mental. Essa desvalorização está associada a diversos desafios também listados ao longo da pesquisa. Com base nesses resultados, espera-se que esse material contribua para a educação permanente em saúde, ressaltando que o cuidado em saúde mental deve começar neste nível de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Integralidade em Saúde.

Abstract

Since the psychiatric reform, several studies have been conducted to explore the challenges of implementing mental health care within primary health care (PHC), and their findings have highlighted that fostering dialogue among healthcare workers is essential to making this care effective. This article presents the results of a qualitative and participatory research project that aimed to map mental health care practices carried out within the PHC network in Votorantim, from the perspective of local health professionals. Data were collected through an online questionnaire and individual semi-structured interviews with professionals from four basic health units. Thematic analysis was employed to examine the data. The results revealed a variety of care practices

¹ Isabella de Fátima Batista (isabellabatista@estudante.ufscar.br) é psicóloga, especialista em terapia cognitivo-comportamental, mestre pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica. Atua na saúde mental em um CAPS-IJ e no apoio matricial.

² Alana de Paiva Nogueira Fornereto (alanaf@ufscar.br) é terapeuta ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto), doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional pela UFSCar, especialista em Terapia Ocupacional em Saúde Mental. Atua como docente do Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica (Mestrado profissional). Coordenadora da Coordenadoria do Núcleo UFSCar - Saúde Pró-Reitoria de Extensão (NUSau/ ProEx).

that are indeed carried out but are not acknowledged or valued as mental health interventions. This lack of recognition is linked to several challenges identified throughout the research. Based on these findings, it is expected that this material will contribute to continuing health education, emphasizing that mental health care should begin at the primary level of care.

Keywords: Primary Health Care; Mental Health; Integrality in Health.

Introdução

A história da saúde mental no Brasil é marcada por significativas transformações, especialmente no que tange à forma de cuidado oferecida às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionadas tanto por movimentos nacionais quanto por influências internacionais.

Historicamente, o tratamento das pessoas com transtornos mentais no Brasil e no mundo era caracterizado pela exclusão e isolamento em manicômios, sendo esse modelo muito criticado após a Segunda Guerra Mundial devido às condições desumanas e à violação dos direitos básicos dos pacientes que culminou na construção de muitos movimentos sociais que buscavam a reformulação da assistência psiquiátrica.^{1,2}

Diante desse cenário, as discussões sobre a reforma psiquiátrica resultaram na consolidação de um novo modelo assistencial, garantindo os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e dando origem ao Movimento da Luta Antimanicomial (MLA).^{1,2}

A partir daí, houve importantes legislações que buscaram reforçar os direitos dos pacientes, promover a desinstitucionalização e estabelecer novos modelos assistenciais no território e em rede, como, por exemplo, as legislações que regulamentaram a abertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), excluindo os hospitais psiquiátricos e reconhecendo a importância de uma rede articulada e humanizada.^{1,2}

Com isso, surge o apoio matricial, inicialmente descrito como proposta de intervenção por Campos³ como um arranjo organizacional para o trabalho em saúde mental, que tem o objetivo de “[...] contribuir para o acolhimento das pessoas em sofrimento mental nos espaços onde circula, por meio de uma construção coletiva de saberes” mediante o trabalho em conjunto da equipe de saúde mental (apoio matricial) e os trabalhadores da atenção primária em saúde (equipe de referência).

Contudo, além do apoio matricial, existem outras formas de se produzir o cuidado no território, citados por diversos autores⁵⁻⁸ como: as Práticas Integrativas e Comunitárias (PICs), as Tecnologias Leves (acolhimento, humanização, escuta ativa e vínculo), as oficinas terapêuticas, as rodas de conversa, as visitas domiciliares, o monitoramento de indicadores, a educação permanente em saúde, os aplicativos de autoajuda⁹ e outros, que muitas vezes são pouco explorados pelos profissionais da atenção primária em saúde.

Considerando as multifacetadas culturais, históricas e territoriais, bem como as estruturas dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) de cada região, esta pesquisa se mostrou muito relevante para o município de Votorantim e para a região de Sorocaba, no interior paulista, no sentido de fornecer subsídios para a resolução dos problemas práticos do cotidiano, uma vez que não foram encontrados outros estudos no município que corroborrem para essa resolutividade. Principalmente por se tratar de uma região com uma cultura manicomial e hospitalocêntrica presente na vida e nas práticas de saúde existentes. Dito isso, os objetivos da pesquisa visaram identificar, mapear e analisar o cuidado em saúde mental realizado na atenção primária em saúde do município a partir da perspectiva dos profissionais desse nível de atenção à saúde, buscando compreender como se dá a responsabilidade de cada equipamento da rede no cuidado.

Metodologia

Esta pesquisa de caráter exploratório foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e aprovada sob parecer nº 6.108.811, respeitando as resoluções vigentes.

O estudo teve um desenho qualitativo, inspirado na combinação de elementos metodológicos oriundos da pesquisa-intervenção e da análise temática da Minayo¹⁰, tendo como objeto o cuidado em saúde mental na atenção primária do Município de Votorantim (São Paulo) durante o período de 2022 a 2023.

Para a produção de dados, coletamos informações de documentos institucionais, monografias, artigos e teses que tiveram como objeto o cuidado em saúde mental na atenção primária, além de formulários semiestruturados e entrevistas individuais com os profissionais.

Cabe salientar que, enquanto uma pesquisa no qual o campo de estudo é também o campo de atuação de quem faz a pesquisa, não podemos deixar de considerar o papel de participação do pesquisador enquanto **sujeito implicado**. Segundo Merhy¹¹, todo pesquisador, além de sujeito epistêmico, é um sujeito ideológico, ou seja, um sujeito interessado que tem certas concepções, e não outras.

Diante disso, optamos por realizar um recorte de uma das regiões do município que possui quatro equipamentos da atenção primária (um ESF e três UBS), com um total de 105 profissionais inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), segundo dados coletados em março de 2022, dos quais 61 foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para participação. Outros 18 efetivamente responderam ao formulário eletrônico com questionário semiestruturado da primeira etapa, respeitando aos critérios de serem profissionais alocados em uma das quatro unidades de saúde da APS da Região e não estarem afastados do trabalho no período da coleta de dados.

Já a entrevista individual presencial contou com a participação de três profissionais, um de cada unidade participante, que foram selecionados de maneira intencional, para que fossem aprofundadas as reflexões sobre a temática respeitando os seguintes critérios para inclusão: estarem alocados em uma das quatro unidades da região e ter participado da primeira etapa da pesquisa; atuarem diretamente no cuidado em saúde mental há pelo menos um ano; demonstrarem interesse pelo tema pertinente a essa pesquisa, conforme demonstrado na primeira etapa com o preenchimento dos formulários eletrônicos.

Resultados/discussão

Caracterização do Campo de Estudo

O Município de Votorantim possui **124.468 habitantes**¹² e localiza-se na região metropolitana de Sorocaba, que já foi considerada o maior polo manicomial do país, pois, já em 1970, contava pelo menos dez hospitais psiquiátricos.

Em 2011, foram contados pelo CNES 2.792 leitos com financiamento público nesses manicômios. Somente em Sorocaba, havia quatro hospitais psiquiátricos com 1.369 leitos SUS, sendo a segunda cidade com maior número de leitos psiquiátricos no país.

Contudo, tal cenário só veio a público a partir de denúncias de violações de direitos em agosto de 2012, o que culminou na execução de um Termo de Ajustamento de Conduta que previa a extinção dos hospitais psiquiátricos da região até 2018 e a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental.¹³ Após o TAC, Votorantim passou a construir sua RAPS, configurando-se com equipamentos da atenção primária, secundária e terciária.

Caracterização dos Participantes

A pesquisa envolveu dezoito profissionais de quatro unidades de saúde, predominando o gênero feminino (dezesseis mulheres e dois homens), abrangendo formações acadêmicas de nível médio (bolsistas), técnico (auxiliar/técnico de enfermagem e assistente administrativo) e superior (médico, enfermeiro e dentista).

A participação dos funcionários da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que teve uma taxa de adesão considerável (34%), diante das demais (de 10% a 24%), parece estar relacionada a esse modelo de atenção, que estimula o cuidado em saúde mental em equipe, uma vez que a ESF é tida como um modelo reorientador da atenção e do processo de trabalho do SUS.¹⁴

No entanto, a adesão menor de outras unidades pode ser atribuída à alta rotatividade de profissionais (turnover), a descontinuidade de projetos, a alta demanda de trabalho e à falta de compreensão sobre a importância da temática, assim como apontado por outras pesquisas levantadas.^{15,16} Contudo, cabe explicitar que estamos falando de uma região do Brasil que já foi considerada polo manicomial por muitos e muitos anos, conforme já dito anteriormente.

Quanto à atuação nesse cuidado, 66,7% dos participantes afirmaram não trabalhar diretamente nessa área, embora a maioria tenha demonstrado interesse em responder ao questionário. Isso indica certo interesse sobre a temática, principalmente chamando a atenção a participação de profissionais como dentistas e assistentes administrativos, ainda que muitos não se reconheçam nesse papel de cuidado.

Em relação ao cuidado odontológico, observamos poucos referenciais sobre o tema atrelado ao cuidado em saúde mental na atenção primária, principalmente pela falta de capacitação desses profissionais para lidarem com as alterações psicológicas que o atendimento odontológico pode despertar nos usuários. Porém, o interesse desses dois profissionais em participar da pesquisa se mostrou genuíno, assim como em outros achados científicos, que apontam que isso decorre devido ao grande número de casos de usuários com transtornos mentais e as dificuldades cotidianas do fazer clínico.¹⁷

A predominância de médicos entre aqueles que se veem atuando diretamente no cuidado reflete uma atenção pautada no modelo biomédico, como proposto por Cardoso et al.¹⁸ Contudo, outro achado interessante dessa pesquisa é que apenas uma enfermeira respondeu ao questionário sem se reconhecer fazendo cuidado em saúde mental, porém, a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem que participaram reconhecem esse serviço sendo feito pelos enfermeiros.

Além disso, houve nessa pesquisa o reconhecimento desse cuidado sendo realizado também por diversos profissionais, incluindo o gerente de serviço de saúde (n=11), auxiliar de serviços gerais/limpeza (n=11), assistente administrativo/recepção (n=5) e farmacêutico (n=3). O que aponta para uma contradição entre o fazer e a percepção desse fazer.

Segundo alguns autores¹⁸, a literatura aponta que os profissionais da APS, especialmente médicos e enfermeiros, sentem-se sobrecarregados, por compreenderem que as práticas de saúde mental pertencem aos especialistas no assunto e não às suas práticas, o que também pode estar relacionado à não-percepção dessa atuação.

Identificação e Mapeamento das Práticas de Cuidado em Saúde Mental

Como um dos objetivos principais dessa pesquisa, foram identificadas e mapeadas as atividades de saúde mental desenvolvidas no município, conforme relatado pelos participantes da pesquisa. O Gráfico 1 ilustra as ofertas de cuidado percebidas nos cenários de trabalho, destacando a predominância de práticas de acolhimento, vínculo e escuta do usuário, que somaram dezessete respostas.

Embora o cuidado especializado tenha seu espaço, as práticas coletivas, como grupos terapêuticos, foram menos frequentemente mencionadas. Isso sugere uma percepção limitada sobre ações de cuidado em saúde mental, que vão além da assistência especializada.

Com relação a acolhimento, vínculo e escuta do usuário, outras pesquisas também apontam para a importância dessas tecnologias leves para o fortalecimento da relação entre os sujeitos da tríade profissional-usuário-família, salientando a importância de desenvolver espaços para a construção participativa do cuidado.^{15,18} Entretanto, o fato de não apontarem inicialmente as PICs sendo realizadas, parece corroborar com o não reconhecimento de tais ações de cuidado.

Gráfico 1 – Ofertas de cuidado realizadas



Essa listagem foi elaborada a partir de experiências exitosas localizadas na literatura⁶⁻⁸, na página virtual do projeto “Portfólio de Práticas Inspiradoras em Atenção Psicossocial”, realizado pela Fiocruz, e do próprio “Caderno da Atenção Básica - Número 34” desenvolvido pelo Ministério da Saúde¹⁹. Contudo, também havia uma alternativa denominada “outros”, na qual o funcionário poderia descrever outras ofertas que ele identificasse, a qual ninguém utilizou.

Além do acolhimento e vínculo (17), os dados revelaram uma ênfase significativa em práticas como a prescrição de medicamentos psicotrópicos (14) e encaminhamentos para especialistas (13), enquanto a elaboração de projetos terapêuticos singulares e ações preventivas foram mencionadas por apenas quatro e dois participantes, respectivamente. Isso aponta para uma baixa atenção a cuidados integrais e discussão de caso, o que é compatível também com os achados de outras pesquisas.⁴

Por outro lado, quando questionados sobre outras formas de se ofertar o cuidado em saúde mental na atenção primária, os profissionais ressaltaram as práticas de promoção e prevenção em saúde como, por exemplo, grupos terapêuticos, rodas de conversa, palestras, práticas integrativas, as quais também são encontradas na literatura.⁵ Ressaltando-se a importância do apoio matricial para potencializar as equipes de APS nesse cuidado, promovendo espaços para discussões dessas práticas com responsabilidades compartilhadas entre as equipes.³

O cuidado: o fazer prático e o fazer previsto

Foi solicitado que os profissionais descrevessem no formulário eletrônico, práticas realizadas na unidade em que atuam, obtendo-se como resultado 10 respostas voluntárias, com situações variadas, descritos no Quadro 1. Contudo, parece não haver o entendimento de que essas práticas são valiosas práticas de cuidado, conforme também descrito em literatura¹⁸.

Quadro 1 – Comparação entre os discursos e as práticas descritas em bibliografia

RELATO (Participante/Profissão)	AÇÕES IDENTIFICADAS
Uma paciente que estava em um momento de angústia mental começou a chorar na unidade, acabou sendo acolhida por outro funcionário e, por fim, acalmou os ânimos... (Participante 9D, Bolsista)	acolhimento, vínculo e escuta do paciente e ações de atenção à crise em saúde mental
Enquanto em férias, conseguimos uma força tarefa de encaminhamento de um paciente psicótico ao Caps. Com a ação conjunta entre psiquiatra a distância, clínico, enfermeiro e gerente, conseguimos trabalhar no paciente a aceitação de que aquela ação era o melhor para sua demanda. De forma que, ao término do procedimento, o paciente retornou na semana seguinte, agradecendo o encaminhamento (Participante 1B, Médico)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, atendimento conjunto entre profissionais, discussão de caso e construção de PTS, ações de atenção à crise em saúde mental, orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental, articulação com outros serviços e encaminhamento ao profissional e/ou outro serviço de saúde mental
Minha filha passou por um quadro de depressão no período da pandemia, foi muito bem acolhida e atendida [pela médica da APS e do matrimônio] e ainda se encontra em tratamento (Participante 6B, Auxiliar/Técnico de Enfermagem)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, atendimento conjunto entre profissionais, ações de atenção à crise em saúde mental
Durante o atendimento [odontológico], uma paciente começou a chorar muito e comentou que sentia tristeza e estava com medo. Interrompi o tratamento e chamei a enfermeira da unidade para que pudéssemos ajudá-la. Foi realizado o agendamento médico e psicológico da paciente e, hoje, ela se encontra bem melhor e agradecida por ter sido ajudada. Algo simples, mas que fez a diferença, ela está tomando medicamentos e cuidando da depressão (Participante 13C, Dentista)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, ações de atenção à crise em saúde mental, discussão de caso e construção conjunta de PTS, prescrição de medicamentos psicotrópicos, encaminhamento ao profissional da saúde mental e atendimento conjunto entre profissionais
Em consultas, busco, além da medicação, oferecer alternativas que sejam viáveis para os pacientes, como meditação guiada pelo YouTube, procura de serviços de terapia gratuitos ou com preço social oferecidos pelas universidades, técnicas de controle e atenção plena na respiração (Participante 14D, Médico)	práticas integrativas e complementares (PICS), articulação com outros serviços, orientação para adesão ao tratamento e cuidado em saúde mental, ações de cuidado relacionados à redução de danos e à crise em saúde mental, e ações de prevenção e promoção de saúde mental
Eu presenciei uma senhora que chorava muito aguardando atendimento do clínico, e aí ofereci água e me sentei perto dela. Aos poucos ela foi desabafando e o choro foi amenizando (Participante 16D, Auxiliar/Técnico de Enfermagem)	acolhimento, vínculo e escuta do usuário, ações de atenção à crise em saúde mental e ações de prevenção e promoção em saúde mental

É importante situar que os profissionais do modelo assistencial de atenção básica do município são, em sua maioria, concursados, enquanto os profissionais do modelo assistencial de estratégia de saúde da família são, em sua maioria, terceirizados, com contratos de seis meses a um ano. Isso dificultou o acesso, na segunda etapa da pesquisa, para entrevistar um profissional da ESF que tenha participado da etapa anterior (formulário).

Dito isso, alguns autores também apontam que a forma de contratação dos profissionais é um grande desafio, dada à sua rotatividade e à questão da continuidade da produção de cuidado. Contudo, essa é uma realidade nacional, uma vez que a ampliação da cobertura da assistência à saúde coincidiu com o período de forte tendência de flexibilização das relações trabalhistas na área pública no Brasil, o que acarretou o aumento da terceirização na contratação de mão-de-obra no SUS, trazendo impactos profundos nesse cuidado.¹⁹

Posteriormente, nas entrevistas individuais com os três participantes selecionados, os entrevistados reconhecem a saúde mental como um processo complexo e que deve ser abordado de maneira integral, envolvendo tanto aspectos biológicos quanto psicológico e social. Todavia, há uma clara valorização da consulta individual como a principal forma de cuidado, com poucas menções ao potencial dos atendimentos grupais, que são considerados secundários, como descrito pelo seguinte relato:

"A gente vê muita gente adoecendo por outras questões que às vezes não só a familiar, de relacionamento, mas muito de falta de emprego, de falta de grana... [Saúde mental é] um bom acolhimento, é a pessoa se sentir bem. Qualquer profissional que esteja ali para servir dentro de um serviço de saúde pode ter esse olhar diferenciado, mas quem sou eu na fila do pão? [...] Eu não tenho CRM, eu não tenho certas condições, entendeu? Tem coisa que só o médico e o psicólogo. A parte que eu posso fazer, eu faço." (Participante 5C, Gerente)

Apesar de compreenderem a saúde mental como algo que transcende a dimensão biológica, os profissionais parecem continuar operando dentro de um modelo curativo e individualista, com forte centralidade no saber especializado. Esse modelo contrasta com a proposta da clínica ampliada, que defende um cuidado mais coletivo, interdisciplinar e integrador.

A organização da APS ainda privilegia o atendimento individualizado, e a necessidade de mais vagas para atendimento especializado, como o de psicólogos, é constantemente mencionada. Contudo, essa abordagem não tem se mostrado eficaz para atender adequadamente às demandas de saúde mental na comunidade.^{15,16}

Outro ponto relevante é a dificuldade de integração entre os profissionais da atenção primária e os do apoio matricial, como psiquiatras e psicólogos. Embora a colaboração entre médicos e outros membros da equipe da APS seja observada em algumas unidades, parece que o cuidado em saúde mental ainda é visto, por muitos, como responsabilidade exclusiva dos especialistas, conforme os relatos abaixo:

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

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

A estrutura do apoio matricial, que deveria ser um espaço de construção coletiva de saberes e discussão de casos, ainda não se efetiva de maneira satisfatória. Existe uma falta de cogestão e de um trabalho conjunto entre as equipes, o que dificulta o compartilhamento de responsabilidades e a criação de estratégias mais eficazes de cuidado. A escassez de espaços institucionais para discussões interdisciplinares também contribui para a perpetuação de uma prática fragmentada e focada em resultados pontuais, como a consulta individual, em vez de um acompanhamento contínuo e integrado. A transformação desse modelo requer esforços contínuos de educação (formação e capacitação), revisão de práticas e construção de novas formas de colaboração entre os profissionais de saúde, principalmente em relação às práticas de cuidado relacionadas às tecnologias leves^{15,18,20}

Desafios do Cotidiano

Além dos desafios já discutidos, também foram destacados pelos profissionais a interrupção do cuidado devido a mudanças de gestão, a pouca presença da gestão nos cuidados de saúde mental e a baixa remuneração.

A respeito da gestão, também são citados pelos profissionais a dificuldade de compreensão do processo de cuidado por parte dos gestores, os desafios com a cobrança por produtividade e a dificuldade de instituir espaços compartilhados para discussão em equipe, conforme os relatos a seguir:

Participante 5C, Gerente: *São dezesseis pacientes por dia. [O psiquiatra] atende de 30 em 30 minutos e ainda vem dias extras quando peço. Agora no psicólogo, que eu preciso mais, eu não tenho. Era três vezes por semana, caiu para duas. Ele atende de hora em hora, entendeu? Aí tem que contar com as faltas, porque, normalmente, paciente, a gente sabe que sempre tem falta, de cinco consultas que atenderia no dia, atende duas, três, não sei, entendeu? Às vezes eu faço até um overbooking, sabe? Ponho mais ali porque a gente sabe que vai faltar. Então sempre dá certinho.*

Identificamos nesse relato também a sobrecarga de trabalho e as demandas de produção que dificultam a dedicação a essas práticas coletivas e qualificadas. De acordo com alguns autores, as pesquisas também apontam que essa falta de acolhimento a esses profissionais para as necessidades de sua prática acaba lhes provocando *burnout*.¹⁵ Esse cenário cria uma “bola de neve”, dificultando a implementação de ações eficazes no nível local, com consequências diretas na qualidade do cuidado oferecido à população.

Considerações finais

Os resultados desse estudo indicam que, embora os profissionais reconheçam a importância da saúde mental na APS, existem desafios para sua operacionalização. Contudo, a pesquisa sistematizou ações sensíveis à saúde mental, baseadas na literatura e na experiência da equipe de pesquisa, que pode ajudar outras localidades na implementação prática.

Por fim, os autores apontam a necessidade de novas pesquisas, especialmente em formato de ação/intervenção, para indicar caminhos para a incorporação da saúde mental na APS. Além disso, acredita-se que a pesquisa pode gerar conteúdo bibliográfico para o desenvolvimento de cursos de formação profissional, contribuindo para processos de formação, gestão e manejos do cuidado, visando superar a lógica manicomial, por meio de um trabalho engajado, compartilhado, em equipe, intersetorial e comunitário.

Referências

1. Kantorski LP et al. Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. *J. nurs. health*, 2021;11(2):e21112120766.
2. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciênc Saúde Colet.* 2018; 23(6):2067-2074.
3. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 1999;4(2):393-403.
4. Fagundes GS, Campos MR, Fortes SLC. Matriciamento em saúde mental: análise do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico na atenção básica. *Ciênc Saúde Colet.* 2021; 26(6):2311-2322.
5. Silva et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. *Rev. Cuid.* 2019; 10(1): e617.
6. Alvarez APE, Vieira ACDA, Fayllane A. Núcleo de apoio à saúde da família e os desafios para saúde mental na atenção básica. *Physis (Rio J.)* 2019; 29(4): e290405.
7. Silva LKP et al. Projeto terapêutico singular no cuidado interprofissional em saúde mental na atenção primária: relato de experiência. *Research, Society and Development.* 2020;9(12): e33191211025.
8. Lamb PP. et al. Práticas de saúde mental na atenção primária à saúde: percepções de trabalhadores. *Research, Society and Development.* 2021;10(2): e45210212674.
9. Sterling RAM, Gonçalves LF, Hass P. Atenção à saúde mental na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. *Research, Society and Development.* 2021;10(3): e43210313394.
10. Minayo MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ed. Ludomedia; 2019.
11. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In Merhy, EE et al. Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexit; 2016.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas da população residente com data de referência 1º de Julho de 2020. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
13. Garcia MRV. A Mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Psicologia Política.* 2012; 12(23): 105-120.
14. Moro LM. Apoio matricial e concepções sobre saúde mental a partir da perspectiva de profissionais da atenção básica [dissertação]. Rio Grande do Sul: Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2017.
15. Hirdes A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária a saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(2):371-382.
16. Santos RC, Bosi MLM. Saúde mental na atenção básica: perspectivas de profissionais da estratégia saúde da família no nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2021, 26(5):1739-1748.
17. Curado TRF, Bastos ENE. O olhar dos cirurgiões dentistas da estratégia saúde da família para a saúde mental dos usuários. *Cadernos ESP (Ceará).* 2011; 5(1): 44-53.
18. Cardoso LCB, et al. Assistência em saúde mental na atenção primária: perspectiva dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm.* 2022; 75(Suppl 3):e20190326
19. Campos RO et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc Saúde Colet.* 2017;16(12):4643-4652.
20. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad saude pública (Rio J.).* 2007;23(2):399-407.