

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS DE CHAPECÓ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

EDUARDA CAROLINE CERIOLLI

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS A PARTIR DA CLÍNICA
AMPLIADA E COMPARTILHADA

CHAPECÓ

2021



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
DIRETORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS A PARTIR DA
CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA**

EDUARDA CAROLINE CERIOLLI

Este trabalho de conclusão foi julgado adequado para a obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva e aprovado pelo curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS. Apresentando a Comissão Examinadora integrada pelos Professores:

Profa. Dra. Graciela Soares Fonseca
Presidente da banca examinadora

Profa. Dra. Agnes de Fátima Pereira Cruvinel
Componente da banca examinadora

Profa. Dr. Paulo Roberto Barbato
Componente da banca examinadora

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: PERSPECTIVAS A PARTIR DA CLÍNICA AMPLIADA E COMPARTILHADA

*Eduarda Caroline Cerioli

**Graciela Soares Fonseca

RESUMO

O presente artigo objetiva compreender a organização do cuidado para as demandas de saúde mental, focando o sofrimento psíquico, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município de pequeno porte do estado de Santa Catarina. Para isso, foram coletados dados por meio de grupos focais, audiogravados, com 3 equipes de Estratégias de Saúde da Família de uma UBS situada no referido município. Os dados foram tratados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, e os resultados foram divididos em 2 categorias. A primeira analisou a organização do cuidado em saúde mental na atenção básica, demonstrando que esse cuidado está focado na patologia em detrimento do sujeito, assim como no modelo biomédico e na psiquiatria tradicional, centrada no uso de tecnologias duras e leve duras de cuidado, como medicações, diagnósticos e consultas com especialistas. Na categoria 2, verificou-se que as dificuldades elencadas pelos participantes para efetivar o cuidado por meio dos parâmetros da clínica ampliada se devem ao excesso de demanda, aliado ao baixo tempo para escutar e acolher, assim como a falta de capacitação para isso. Para explicar tais resultados é importante analisar o trabalho em equipe a partir da interprofissionalidade e longitudinalidade do cuidado. De modo geral, o cuidado em saúde mental nessas equipes está orientado para a clínica tradicional e biomédica, difundida na graduação dos profissionais.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Comunicação em saúde. Acolhimento.

ABSTRACT

This article aims to understand the organization of care for mental health demands, focusing on psychological suffering, in a Basic Health Unit (BHU) in a small city in the state of Santa Catarina. For this, data were collected through focus groups, audio-recorded, with 3 teams of Family Health Strategies from a UBS located in that municipality. The data were treated using Bardin's Content Analysis, and the results were divided into 2 categories. The first analyzed the organization of mental health care in primary care, demonstrating that this care is focused on pathology to the detriment of the subject, as well as on the biomedical model and traditional psychiatry, centered on the use of hard and light hard care Technologies, such as medications, diagnoses and consultations with specialists. In category 2, it was found that the difficulties listed by the participants to effect care through the parameters of the expanded clinic are due to the excess demand, combined with the short time to listen and welcome, as well as the lack of training for this. To explain such results, it is important to analyze teamwork based on the interprofessionality and longitudinality of care. In general, mental health care in these teams is oriented towards the traditional and biomedical clinic, widespread in the graduation of professionals.

Keywords: Mental Health. Primary Health Care. Health communication. Reception.

1 INTRODUÇÃO

A partir da reforma psiquiátrica, na década de 1970 o modelo de atenção à saúde mental manicomial foi substituído pela desinstitucionalização do cuidado, apostando na criação de uma rede de serviços substitutivos aos manicômios (HIRDES, 2009). A atenção aos portadores de transtorno mental passou a ter o objetivo de garantir o pleno exercício de sua cidadania em detrimento do controle de sua sintomatologia (BRASIL, 2013). No entanto, a criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico por si só não garantiu a transformação dos modos tradicionais de lidar com a saúde mental (RINALDI, 2000). O dia a dia de trabalho de muitos serviços ainda tem na figura de psicólogos e psiquiatras a responsabilização única e exclusiva pelo cuidado a saúde mental (SILVA et al., 2017), e o médico persiste em ser o centro da clínica (RINALDI, 2000).

A Atenção Básica (AB) é considerada o nível preferencial das ações em saúde mental e o ponto estratégico da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2012). Isso porque a territorialidade do cuidado possibilita o fácil acesso dos usuários ao serviço e dos profissionais a esses usuários (BRASIL, 2013). Compreende-se ainda que as demandas de cuidado deste nível de atenção apresentam particularidades e complexidades que não são solucionadas a partir do saber clássico da psiquiatria, exigindo novas propostas de cuidado articuladas à desinstitucionalização, e que não sejam função exclusiva de profissionais especialistas (GRYSCHK; PINTO, 2015).

Neste panorama, as reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde, deram origem a clínica ampliada, um modelo de clínica capaz de ampliar a compreensão do processo saúde-doença. Enquanto o modelo tradicional foca nas doenças, a clínica ampliada adentra espaços individuais e coletivos, comprometidos com a promoção, proteção, tratamento e recuperação da saúde (BORGES; PORTO, 2014).

Ela se ampara em alguns eixos estruturantes como: compreensão ampliada do processo saúde e doença, construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, ampliação do objeto de trabalho, com foco nas pessoas, grupos e coletivos e transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, direcionando-se para o uso de técnicas mais relacionais, que permitam compartilhar a clínica com o sujeito (BRASIL, 2009).

Quando o cuidado em saúde é centrado nas abordagens relacionais, também definidas como tecnologias leves de cuidado, o trabalho vivo, em ato, torna-se hegemônico ao trabalho morto, possibilitando que no encontro entre trabalhador e usuário, este último se torne sujeito da produção de saúde e protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia (MERHY;

FRANCO, 2003). O trabalho vivo acontece em ato, no seu exato momento de produção e criação, oferecendo altos graus de liberdade ao trabalhador (FRANCO; MERHY, 2012). Considera-se que o modelo tradicional de cuidado em saúde possa ser superado a partir da hegemonia do trabalho vivo (CAÇAPAVA, 2008).

A produção do cuidado como finalidade do processo de trabalho em saúde implica a incorporação de outros instrumentos na produção dos serviços de saúde, tais como as tecnologias leves (FERRI, et al. 2006). As tecnologias leves de cuidado se apresentam através das práticas de acolhimento, escuta e diálogo (SANTOS; MISHINA; MERHY, 2018). Estas se contrastam com as tecnologias pesadas, tais como equipamentos especializados de última geração, revelando as habilidades de comunicação verbais e não verbais, as capacidades de vínculos afetivos e as atitudes em relação aos usuários com capacidade de melhorar a qualidade do atendimento e resolubilidade (CERON, 2011). As tecnologias relacionais, apontam a importância de substituir as relações distanciadas, neutras e livres de afetos por abordagens mais acolhedoras e vinculativas para com as famílias acompanhadas (CERON, 2011).

O presente artigo busca compreender a organização do cuidado para as demandas de saúde mental, focando o sofrimento psíquico, em uma UBS de um município de pequeno porte do estado de Santa Catarina.

A relevância do estudo consiste em permitir uma análise do cenário pesquisado acerca do cuidado em saúde mental prestado pela equipe, ensejando uma reflexão e qualificação sobre esse cuidado, a partir de sua adaptação aos parâmetros da clínica ampliada.

2 METODOLOGIA

O estudo foi realizado em uma UBS, de um município de pequeno porte, localizado na região extremo oeste de Santa Catarina, com extensão territorial de 330,627 km², que contempla uma população estimada de 7.475 pessoas e uma densidade demográfica de 23,52 hab/km (IBGE, 2018).

A UBS está localizada no perímetro urbano, espaço onde atuam três equipes de AB, na modalidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo estas: ESF I, representada pela cor azul, ESF II, representada pela cor amarela e ESF III, representada pela cor verde. Cada uma dessas equipes é composta pelos seguintes profissionais: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar de saúde bucal e de 7 a 9 Agentes

Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 33 profissionais. As equipes recebem apoio matricial do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que possui um profissional de psicologia com vínculo de 20 horas semanais. Atuam também nesta UBS, uma psicóloga clínica, com carga-horária de 40 horas semanais e um médico psiquiatra terceirizado, com vínculo de 08 horas mensais, oferecendo suporte psiquiátrico à pacientes com diagnósticos de transtornos mentais graves e persistentes.

A atenção à saúde mental se dá, ainda, a partir de um hospital privado e conveniado à prefeitura, que presta apoio às urgências e emergências em saúde mental e pelas alas psiquiátricas em hospitais gerais de outros municípios, para casos que demandam internações de 30 dias.

A coleta de dados foi realizada por meio de grupos focais (GF), com a participação de 22 profissionais que foram distribuídos em três grupos focais conforme a equipe de ESF a qual pertenciam. Cada ESF compôs um GF, tendo sido realizado 1 encontro com cada grupo, com duração média de 01 hora, em datas diferentes, conforme a disponibilidade dos participantes e da pesquisadora. A coleta de dados, foi realizada por uma das pesquisadoras, psicóloga, vinculada ao NASF-AB que presta apoio à equipe e pós-graduanda em saúde coletiva, em espaço extra UBS.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado e foram audiogravadas, utilizando-se do recurso de um gravador de voz. Os movimentos do grupo que não podiam ser captados pelo gravador de voz, foram registrados por uma observadora em diário de campo. Posteriormente, o material foi transcrito de maneira literal.

Os dados foram tratados por análise de conteúdo temática de Bardin, um conjunto de técnicas para analisar as comunicações, visando obter por meio de procedimento sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos sobre às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2011).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) por meio do parecer número 3.713.930 de 23 de novembro de 2019, e atende aos princípios éticos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os Ps assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente à coleta de dados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram organizados em 02 categorias de análises, definidas posteriormente à coleta de dados: 1) A organização do cuidado em saúde mental na atenção básica; 2) Dificuldades dos participantes para efetivar um cuidado em saúde mental pautadas nos dispositivos da clínica ampliada.

A organização do cuidado em saúde mental na AB

Para melhor compreender como o cuidado em saúde mental está organizado, é importante analisar a compreensão das equipes sobre o termo saúde mental. Quando instigados acerca das ações práticas que envolvem o cuidado das demandas em saúde mental, os profissionais relacionaram o termo quase que de maneira direta e exclusiva a sujeitos que apresentam um diagnóstico de transtorno mental, com foco na doença, e em sua sintomatologia:

“Os pacientes que tem esse distúrbio dá pra se dizer, eles não tomam a medicação correta, eles fazem muita mudança, eles não fazem o uso correto, porque o medicamento tem tanto tempo para fazer o efeito e nesse período eles trocam mais ou menos umas três vezes e daí estão sempre com as queixas, mas eles não fazem o tratamento correto pra ter um bom resultado” (P9; GF2).

“[...]investigar, aplicar os protocolos, ver se ela tem aquele perfil pros diversos transtornos [...] Às vezes, é iniciado alguma medicação e reavaliado em pouco tempo pra manter o vínculo com o paciente” (P5; GF3).

Persiste a influência do paradigma biomédico, que atribui a saúde mental à diagnósticos, transformando as queixas e situações da vida cotidiana dos sujeitos em síndromes, transtornos e doenças de caráter biológico (iatrogenias), que devem ser tuteladas e cuidadas por meio de tecnologias duras como medicações (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Essa tendência da medicina em se apropriar daquilo que não é da ordem exclusivamente ou predominantemente médica, como situações vitais ou da ordem política, social e econômica, transformando-as em problemas médicos, é denominada de medicalização (AMARANTE, 2007). Assim, as falas anteriores são discrepantes ao princípio da saúde mental na AB, que é pautado na desmedicalização (AMARANTE, 2007).

Essa forma de conceber a saúde e a doença mental pautadas no modelo clínico individual, organicista e biológico, se contrapõe ao modelo de atenção psicossocial, dado também encontrado na pesquisa de Pereira, Reinaldo e Andrade (2015).

Concatenada a atribuição da saúde mental a um diagnóstico organicista e biológico, observaram-se preocupações dos profissionais em distinguir as demandas e queixas

apresentadas pelos pacientes como verdadeiras ou simulações, a fim de determinar se a queixa se configura como um sofrimento real:

“[...] como a gente tá no dia a dia nas casas, a gente consegue diferenciar o que é sofrimento e o que é, a pessoa querer atenção, que tem muito disso também, que a pessoa começa a colocar na cabeça que tem alguma coisa, mas não é que ela realmente tenha [...]” (P3, GF1).

“A grande dificuldade, o grande desafio é o desgaste quando a gente não consegue identificar se é realmente uma patologia, ou se é o paciente que tá usando disso pra ganhos [...]” (P7; GF2).

“[...] Tem uns que simulam conscientemente ou não, tem uns que querem ter o ganho secundário, tem uns que não querem melhorar por conta desses ganhos secundários, porque tem benefício, porque tem que renovar atestado, então o médico tem que lidar com essas mentiras, às vezes, eles podem simular muito bem [...]” (P5, GF3).

Verifica-se a tentativa de enquadrar os sujeitos em uma categoria, dividindo-os entre aqueles que possuíam um sofrimento real e, portanto, uma problemática relacionada com a saúde mental, necessitando de tratamento, e aqueles que não possuíam um sofrimento real e, portanto, não se encaixavam no rol de pacientes que necessitam de atenção e cuidados em saúde mental. Para que o sofrimento seja considerado real, na visão dos profissionais, existe a necessidade de um conjunto de sintomas capaz de designar em um diagnóstico nosológico. Santos, Mishima e Merhy (2018), identificaram em sua pesquisa que sob o olhar de profissionais de saúde, sempre que os sujeitos adentravam o serviço a partir de uma queixa física, que posteriormente era convertida em uma demanda de sofrimento, considerava-se que esses usuários estariam fingindo ou maximizando as queixas para serem ouvidos. Desconsiderando o sofrimento como uma demanda real em saúde.

Essa relação é imposta pelo olhar cientificamente armado que se propõe a catalogar e julgar os problemas de saúde como verdadeiros ou não, adequados ou não ao serviço da AB, determinando sua legitimidade e modo de enfrentá-los (MERHY et. al., 2020). Relacionando a saúde mental, novamente a uma atuação empenhada na doença e no diagnóstico em contraposição ao sujeito em sofrimento (BRASIL, 2013). Essa racionalização do cuidado que torna a pessoa com transtorno mental um mero registro de doença, abstraindo a dimensão subjetiva desse cuidado, é reflexo da trajetória sanitária da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

Para além do reflexo histórico sobre as concepções de saúde mental fornecidas pela racionalidade biomédica, acredita-se que objetivar a complexidade dos sujeitos e contextos em diagnósticos seria uma forma de tornar a clínica protetora, evitando que os profissionais precisem se defrontar com a própria dor, medo e a sensação de desamparo que o trabalho em saúde pode despertar (BRASIL, 2009).

A valorização do diagnóstico na AB não se configura como a atividade mais eficiente mediante as variadas e complexas demandas atendidas nesse nível de atenção, a tal ponto que um diagnóstico e uma terapêutica não são capazes por si mesmos de resolvê-los. Ao invés de ser resolutivo, o diagnóstico pode agravar o problema do usuário (CUNHA, 2004).

O olhar dicotômico para a saúde mental, dividindo os sujeitos entre aqueles que apresentam um sofrimento real e os que estão simulando, estimula a conduta de fornecer atenção a partir de escuta qualificada e acolhimento aos casos considerados problemas legítimos em saúde mental, excluindo os simuladores e poliqueixosos dessas abordagens:

“Eu, particularmente, não consigo prestar atenção na pessoa. Eu escuto, mas não gravo, porque tu sabes que ali tá todo mês, a gente tenta resolver e não...” (P3, GF1).

[...] é muito importante essas dores porque, um dia, esse paciente que fica queixando de dor torácica, essa dor pode ser um infarto e pelo fato dele ser poliqueixoso e hiperutilizador do sistema, ele pode criar uma certa não credibilidade dos próprios colegas: ‘Esse aí tá sempre aqui, não é nada’. Então, o próprio paciente dá um tiro no próprio pé” (P5; GF3).

Essa percepção reflete a realidade de alguns profissionais de saúde, que consideram como excessivas e violentadoras de seu verdadeiro papel profissional todas as demandas que não se relacionam objetivamente a doenças (BRASIL, 2009). Com isso, exclui-se a necessidade de escutar e acolher demandas que não apresentam sintomatologia, pois, seu verdadeiro papel profissional aliado a biomedicina seria identificar e tratar doenças.

Essa conduta é contrária ao ato de escutar, que se refere em acolher toda a queixa e relato do usuário, mesmo que possa parecer não interessar diretamente ao diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007). A escuta qualificada possibilita ao profissional tomar ciência do sofrimento psíquico do sujeito a partir dele próprio e de seus relatos, valorizando suas experiências e atentando para suas necessidades e diferentes aspectos (MAYNART et al., 2014). Quando os sintomas e a objetividade são valorizados em detrimento do sujeito e seus relatos, a qualidade do cuidado tende a ser prejudicada, tornando-o restrito a patologia e pouco resolutivo.

Corroborando com isso, as falas a seguir expressam a dificuldade dos profissionais ao lidar com o componente subjetivo e de autonomia que envolve a saúde mental, em detrimento ao objetivismo de doenças físicas e agudas:

“Pra mim, é mais difícil lidar com o sofrimento psíquico, porque, por exemplo, se a pessoa chegar ‘ah eu estou com uma dor de garganta, beleza!’ Você vai tratar simplesmente a dor de garganta, mas o sofrimento psíquico envolve todas essas coisas, e como a participante 3 falou, são muitos sintomas, muitas queixas, muitas reclamações, muito difícil o tratamento, muito difícil a adesão do paciente [...]” (P1, GF1).

“[...] O paciente com algum problema mental, geralmente, ele é resistente a tudo, ele acha que nada funciona que nada serve, porque ele não conseguem ver como fazer diferente, e é muito difícil você convencer esse paciente que algumas estratégias podem funcionar e eles têm a resistência de começar a tentar. Não é nem que não deu certo, é nem fazer aquilo que a gente está orientando [...]” (P6; GF3).

“Como a saúde mental trabalha muito em cima do subjetivo, então, acaba gerando também bastante medo, insegurança no profissional, de até quando essa doença realmente é uma doença, ou é só algo referido, ou tem um ganho secundário, então a gente se coloca em dilemas, quando chega um paciente com alguma queixa mental, principalmente, a gente não consegue medir, não consegue mensurar realmente isso, e às vezes acaba não dando alguma importância pra algum fator que ele menciona, deixando passar[...]” (P10, GF2).

Quando os profissionais atuam com foco na saúde física, tendem a adotar o modelo de queixa conduta, em que existe um tratamento invariavelmente igual a todos que apresentam aquela patologia e diagnóstico, independente das características do sujeito que está adoecido. Porque o foco do cuidado é a patologia e seu conjunto de sintomas. Quando se trata de cuidado em saúde mental, o modelo de queixa conduta não é efetivo, por desconsiderar o sujeito, sua subjetividade, sua autonomia, e o fato de que este sujeito pode não responder ao esperado e prescrito pela equipe. Essa ideia é reforçada pela pesquisa de Campos et. al. (2011), que identificou que os profissionais de saúde sentem angústia diante dos atendimentos de saúde mental, ao passo que essa demanda exige compreensão diferenciada por parte da equipe, tensionando os procedimentos mecanizados de queixa conduta, representados por protocolos utilizados em outras áreas.

Assim, os profissionais expressam a tendência em culpabilizar os sujeitos pela não adequação ao prescrito. O modelo biomédico e hospitalocêntrico, define o paciente de saúde mental como portador de um distúrbio que lhe rouba a razão, um insano, insensato, incapaz e irresponsável, que precisa ser cuidado a partir da hospitalização, da vigilância, do controle e da disciplina (AMARANTE, 2007). Observa-se a tendência dos profissionais pela busca de tratamentos que demandem vigilância e controle sobre o sujeito considerado incapaz e irresponsável de responder por si mesmo.

O agir do profissional em direção ao paciente torna-se vertical negando o agir e o saber\crença do sujeito e exaltando o agir tecnológico do profissional. Nesse contexto, as ações tornam-se vazias de interesse pelo outro, com escuta empobrecida e perda da dimensão cuidadora, da potência e da eficácia (MERHY; FEUERWERKER, 2014).

A impossibilidade de objetivar a saúde mental, gera nos profissionais a percepção de dificuldade para atuação, no qual sentem não possuir recursos técnicos e teóricos para seu cuidado e manejo:

“Eu acredito que qualquer palavra que você fale pra pessoa sem ter certeza, ou você melhora ela muito, ou você deixa ela muito pior, então, é muito difícil de lidar, tu não sabe o que falar [...]” (P3, GF1).

“[...] como a gente não tem a capacitação ideal, tu fica com receio de que o que tu falar pode estar prejudicando, pode estar surtindo um efeito negativo, se a pessoa está sofrendo mesmo, tu não tem a capacitação pra discernir se ela está ou não falando a verdade, você fica com receio de falar, que você pode estar prejudicando a própria

saúde da pessoa, ao invés de estar ajudando, e muitas vezes, a gente fica calado pra evitar que piore a situação daquela pessoa” (P11, GF2).

“[...] Eu conversei com ela, daí começamos a falar de outros assuntos pra não entrar muito a fundo [...]” (P3; GF3).

Quando em contato com casos classificados como de saúde mental, observa-se nos profissionais relatos da presença de sentimento de insegurança e receio de abordar verbalmente o paciente e agravar seu quadro.

Esse resultado pode estar relacionado a formação dos profissionais que apresenta foco na doença e na expectativa de que o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico deve estar centrado no controle da sintomatologia por ele apresentada. Alguns medos revelados pelos profissionais de saúde no manejo as demandas em saúde mental são justificados pela expectativa de cura (BRASIL, 2013). As falas a seguir confirmam esse resultado, demonstrando que o foco do cuidado à saúde mental está embasado na remissão de sintomas para que seja considerado efetivo:

“A gente fica frustrado porque não consegue colocar pra eles ter essa visão de mudança. [...], mas também tem que ver que, geralmente, são os mesmos pacientes que retornam seguidamente com essas queixas [...] porque a gente tenta repetir sempre a mesma coisa e não está funcionando, então a gente se frustra” (P4; GF3).

“[...] a gente tem muito mais o lado daqueles que não evoluem, que permanecem, do que daqueles que evoluem, que tem um quadro de melhora. Se você avaliar, a perspectiva é pouca, se você tem alguém ‘ah, tá com uma infecção, uma inflamação tratou, beleza. Unha encravada, vai lá arruma a unha e pronto’. A saúde mental não é assim” (P6; GF3).

A impossibilidade de encontrar resolução para os casos de saúde mental deriva da busca por resoluções amparadas as concepções da biomedicina e da clínica tradicional, que considera as patologias e comportamentos como desvios da norma que precisam ser combatidos/curados, e vê a resolutividade apenas a partir da remissão de sintomas. Assim, a saúde mental é enquadrada em um ideal de normalidade. Situações percebidas pela equipe como de difícil resolução, são assim classificadas porque esbarram nos limites da clínica tradicional (BRASIL, 2009).

Os trabalhadores de saúde apresentam a potencialidade de transformar os modos nos quais as pessoas são tratadas, na medida em que a terapia seja entendida para além da perseguição da cura, como um conjunto complexo de estratégias que enfrentem o problema a partir de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (CAÇAPAVA, 2008). Esse percurso crítico e complexo se estende para a conjuntura social e como ela influencia na saúde mental dos indivíduos, de modo a não individualizar os problemas.

Designar o cuidado a saúde mental unicamente a partir da supressão de sintomas, é discrepante ao cuidado operado na clínica ampliada, e se ampara no uso de tecnologias duras

de cuidado, como medicações e consultas com especialistas. Assim, os profissionais apresentaram relatos de que os especialistas são os profissionais da saúde mais aptos a abordar um paciente de saúde mental:

“A gente, já associa saúde mental a psicólogo e a psiquiatra” (P5, GF1).

“O psicólogo não pode prescrever a medicação, vai precisar de um médico e de um psiquiatra para estar auxiliando, para trabalhar junto” (P5, GF1).

“Às vezes você identifica um caso, atende, acolhe e na hora de resolver, esse paciente não é um caso de internação, é um caso de CAPS, e aí o que se faz com o paciente se não tem CAPS? (P2; GF1).

“Primeiro, a gente faz uma triagem, faz a escuta, e tenta chamar um outro profissional, sempre pra ter alguém para dar uma ajuda, dentro da sala, nunca ficar sozinho com essa paciente, ao menos que ele queira ou que a situação esteja pedindo que seja individual, mas a gente sempre tenta ter alguém junto e, buscar outros profissionais que são mais direcionados para atendimento, se é o médico, se é a psicóloga, se é farmacêutico, alguém que possa estar nos auxiliando nesse atendimento pra dar o devido seguimento a esse sofrimento dessa pessoa” (P10, GF2).

A demanda em saúde mental continua a ser muito dirigida ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e aos profissionais “psis”, em contraposição ao seu cuidado e acolhimento na AB (SILVA et al., 2017). Isso reflete que as práticas em saúde mental na AB ainda estão fortemente sustentadas pelo modelo biomédico, norteadas por ações que não avançaram para o território, demonstrando que a intervenção e a articulação das ações em saúde mental na AB são ainda desafios da reforma psiquiátrica em andamento.

A percepção da saúde mental enquanto remissão total de sintomas e ideal de normalidade, tornando-a fonte de atuação exclusiva de profissionais especialistas, confere à equipe desresponsabilização em relação ao cuidado integral, dividindo o sujeito por partes, sendo que o que não é de competência biológica, não pode ter intervenção da equipe generalista.

Além do foco em especialismos, observa-se que o cuidado em saúde mental, apresenta centralidade na figura do médico:

“[...] quando chega um paciente para mim com alguma coisa relacionada a saúde mental, tem que ver porque não é uma coisa que compete a mim decidir o que eu faço com o paciente, não sou eu que vou decidir isso, eu tenho que ver pra encaminhar pro profissional que vai decidir o que vai ser feito.” (P5; GF1).

“Eu sempre peço que nunca pare de tomar a medicação controlada sem a orientação do médico, é pra voltar no médico falar o que tem dado de sintomas, para o médico orientar se para, troca ou o que fazer.” (P9; GF2).

“Eu, particularmente, sinto falta de um tempo maior para conversar, isso as vezes limita a nossa abordagem, chegou ali 15 minutos de consulta, ‘ah, agora tá acabando, eu ainda tenho que fazer receita, ou pedir algum exame e tal, não tem como continuar nossa conversa’ e aí eu tenho que pedir pra voltar na outra semana, às vezes, a pessoa consegue ficha, as vezes não consegue.” (P1; GF2).

“‘Ah, vou ver com o Doutor. Para me dar medicação’. Vamos tentar outra coisa, eu sempre oriento, de repente ele vai tentar te inserir em alguma coisa sem a medicação, mas o que eles querem é a medicação [...]” (P4; GF3).

Embora todos os profissionais da ESF possam e devam realizar escuta, acolhimento e cuidado a partir das tecnologias leves, todo usuário que chega à Unidade de Saúde com alguma queixa/sintoma, é direcionado aos cuidados do médico, o qual irá definir a terapêutica adequada a partir de sua avaliação clínica.

As tecnologias leves de cuidado, a exemplo do acolhimento, visam garantir o acesso dos sujeitos ao serviço de saúde, em caráter interdisciplinar, possibilitando que o cuidado não seja centrado no médico (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Perceber que o médico tem sido o centro da clínica, em detrimento ao compartilhamento do cuidado com os demais profissionais, pode indicar que, nesta UBS, o acolhimento, a escuta, o vínculo e o compartilhamento do cuidado não são efetivos. Se todos os casos que procuram a Unidade forem direcionados a consulta médica, a AB não conseguirá cuidar de todos.

A centralidade do cuidado no médico, nos diagnósticos e nas medicações, enquanto tecnologias duras de cuidado se faz também presente nas falas dos ACS. Embora afirmem acolher, escutar e formar vínculos com os usuários, ainda assim, são perpassados pela tendência em não reconhecer as tecnologias relacionais como válidas e geradoras de resolubilidade, impondo-as inferioridade em relação ao cuidado operado pelos demais profissionais da AB. Ao receberem uma demanda de saúde mental as ACS, procuram direcioná-la para UBS, conforme as falas:

“[...] a gente acolhe o que a pessoa tem e traz pros profissionais para tratar” (P9; GF2).

“Nós, agentes de saúde, o nosso dever é relatar e trazer para equipe para resolver os problemas maiores, nós não temos praticamente capacidade [...]” (P3; GF1).

“[...] durante a visita, a gente escuta, tenta conversar, explicar que não é uma doença ou o preconceito em si, e orientar para vim para Unidade” (P8; GF2).

“Eu, como agente de saúde, sempre oriento que venha até a Unidade Básica, passa pela enfermeira, pelo médico, para dar o prosseguimento” (P3; GF3).

De Carli e colaboradores (2014) encontraram resultado semelhante, afirmando que as ACS escutam as famílias e indivíduos, porém, apresentam dificuldades para elaborar estratégias resolutivas aos casos. Analisando o contexto deste serviço, acredita-se que as ACS não conseguem oferecer resolubilidade aos casos, necessitando encaminhar para o cuidado dos profissionais da AB, por apresentarem concepções de saúde amparadas na clínica tradicional que relaciona saúde mental a diagnósticos e medicações. Dessa forma, a escuta, o acolhimento e o vínculo tornam-se apenas uma ponte para o verdadeiro cuidado, proporcionado pelas tecnologias duras. No imaginário em saúde, acolher e ouvir não são considerados cuidados, motivo pelo qual as equipes não consideram esses dispositivos como atos em saúde, valorizando

a centralidade do trabalho nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia (CUNHA, 2005).

Ao dar preferência para as ações internas a UBS, em desfavor do cuidado no território, observa-se a persistência da valorização de práticas de cuidado intramuros, sem articulação com o território (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2019).

Quando questionados diretamente acerca do uso de tecnologias leves de cuidado em suas intervenções, os participantes apresentaram algumas visões acerca do acolhimento, escuta e vínculo, considerando-os como ações resolutivas e potentes de cuidado, tanto quanto as tecnologias duras:

“A escuta qualificada. Não só ficar ali escutando, mas ficar escutando, falar quando tiver que falar, saber fazer isso, não se apavorar: ‘Nossa! Como que você tem isso? Como que tu sentes isso? Como a gente conversou ontem: ‘ah! Tantas pessoas passando por dificuldades na vida, tantas pessoas mendigos, doentes, com câncer e tal e tu querendo se matar?’ Isso não é qualificado, isso não é uma escuta qualificada, a gente tem que escutar com uma qualidade, saber o que falar, saber o que não falar, é muito importante” (P1, GF2).

“Por isso que eu acho que é importante o vínculo, porque de uma certa maneira você, consegue ajudar, por já conhecer, por ouvir” (P1, GF1).

“Acho que ali se faz valer também o acolhimento dentro da UBS, que a maioria dos profissionais ou dos trabalhadores em saúde, e da população em geral acredita que é só o profissional da enfermagem, ou o profissional médico que acolhe que escuta, não! Pode ser qualquer profissional dentro da UBS” (P10; GF2).

No entanto, observa-se que as discussões acerca desses termos carecem de aprofundamento e contextualização, adotando conceitos prontos e difundidos, presentes de maneira mais enfática em perguntas diretas sobre o assunto, e pouco presentes no interior de outras discussões. O participante 1 do GF 2, por sua vez, apresentou discussões mais consistentes sobre o uso das tecnologias leves de cuidado como escuta e acolhimento, demonstrando uma prática embasada nas tecnologias leves de cuidado e na clínica ampliada.

Dificuldades para efetivar um cuidado em saúde mental pautada nos dispositivos da clínica ampliada

Esta categoria se propõe a debater as dificuldades apontadas pelos profissionais para que as tecnologias leves de cuidado e preceitos da clínica ampliada possam ser efetivadas no cuidado em saúde mental na realidade do cenário de pesquisa.

Os participantes da pesquisa referem a importância do acolhimento, da escuta e do vínculo, afirmando que a demanda excessiva de atendimentos gera tempo curto para abordagem durante as consultas, dificultando o uso das tecnologias leves de cuidado:

“Eu acho que existe o acolhimento, tem a escuta, mas não de forma qualificada, por falta de tempo, porque a demanda é muito grande, então você vai ouvir a queixa inicial do paciente, mas você não vai dar uma escuta qualificada para ele, você não vai ficar ouvindo toda a situação que vem por trás, você vai ouvir só a queixa principal [...]” (P1; GF1).

“[...] na consulta médica, nós temos pouco tempo para tratar desses problemas, se eu fosse ficar 40 minutos com cada paciente, não teria como atender os 15 que eu atendo por turno, então, eu sinto falta de um tempo maior para conversar” (P1; GF2).

“[...] o problema maior nisso tudo é o tempo que a gente tem que ter, que a gente não tem e isso não é pra um e pra outro, que nem foi citado antes, ficar uma manhã toda com um. É um tempo que você fez só aquilo e não é a nossa realidade. Por quê? Porque o sistema nos cobra produtividade, não qualidade [...]” (P6; GF3).

A realidade de trabalho da AB conta com uma gama de casos complexos e diversos, alguns exigirão maior atenção e tempo para o cuidado, em virtude de sua complexidade, outros apresentam queixas pontuais que não demandam por tanta atenção e tempo. Ou seja, o tempo pode ser redistribuído (BRASIL, 2009).

O acolhimento foi implantando na AB para garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde, permitindo que o médico não seja o centro da clínica, protagonizando outros profissionais. Acolher é função de todo e qualquer profissional da saúde. Essa reflexão demanda uma análise sobre a organização do cuidado no trabalho em equipe. Os profissionais relatam ações de cuidado que envolvem o compartilhamento de casos a partir de reuniões de equipe e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS):

“Eu acho que é por isso que somos uma equipe, e que é importante a gente fazer capacitação da nossa equipe, para que todos estejam capacitados dentro da sua área, a acolher esse paciente e conversar, e não se apavorar tanto com uma doença mental, ou com uma tristeza, um choro, saber acolher esse paciente, porque se começar na agente de saúde, um bom acolhimento, uma conversa de uns 40 minutos na casa, identificar se esse problema realmente é só da pessoa ou se esse problema é da família inteira. O paciente vem consultar, a gente conhece o paciente, faz uma boa triagem na hora da triagem por isso que é bom, fecha a porta, conversa com o paciente, as vezes não é só uma dor de cabeça, é outra coisa que ele não vai falar se tu tiver na correria [...]” (P1; GF2).

“eu acho que é importante os projetos terapêuticos singulares, os PTSs, porque envolve uma equipe toda e cada um tendo uma área e juntos a gente consegue pegar uma abrangência melhor do paciente, vários olhares diferentes e as vezes, tem uma resolutividade maior [...]” (P1, GF2).

As reuniões de equipe para o compartilhamento do cuidado dos casos atendidos são essenciais para viabilizar um cuidado interdisciplinar e interprofissional. O discurso do participante 1, do GF 2 enfatiza a importância de que o cuidado seja compartilhado, colaborando com a importância de integrar as disciplinas para um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente interdisciplinar e, portanto, multiprofissional, criticando a fragmentação do processo de trabalho (BRASIL, 2009).

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas e pelo grau de interação real das disciplinas, não apenas pelo diálogo paralelo entre dois especialistas (SOUZA; RIBEIRO, 2013). De acordo com Furtado (2009), a interprofissionalidade refere-se à

integração de práticas, enquanto a interdisciplinaridade se volta para a integração de saberes. A interdisciplinaridade só pode ser concretizada mediante a interprofissionalidade, por meio da prática colaborativa entre os profissionais (FARIAS, et al., 2017).

Portanto, supõe-se que o trabalho nestas equipes apresenta dificuldades para ser interprofissional, já que embora os profissionais dialoguem acerca dos casos, integrando saberes, há pouca integração prática. O excesso de demanda que inviabiliza a escuta e o acolhimento, pode relacionar-se a um cuidado que tenha a clínica médica como o centro, ao invés de ser interprofissional.

Um cuidado que não é compartilhado, demonstra que no lugar de profissionais de saúde que assumem responsabilidade por pessoas, há na verdade uma responsabilidade parcial sobre procedimentos, diagnósticos e pedaços de pessoas, orientada na máxima organizacional de “cada um faz a sua parte”, sancionando definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização (BRASIL, 2009).

De acordo com Tesser, Neto e Campos (2010) quando se dispõe apenas de consultas de médicos e enfermeiros, além de insuficientes, estas não conseguem abarcar toda complexidade das demandas que surgem na AB. Desse modo, se faz necessário, a oferta e a invenção de outros rituais de encontro, outros *settings* terapêuticos individuais ou coletivos, como grupos (TESSER; NETO, CAMPOS, 2010).

É importante que os saberes, crenças do sujeito e a potência das redes de proteção social, apostando na autonomia e na capacidade do usuário de participar nos processos de decisão, vendo-os como parceiros na produção de saúde, possam ser alternativos para redução das demandas excessivas.

O acolhimento é responsável por gerar vínculos (BRASIL, 2013) e é precedido por uma escuta qualificada (MIELKE et al., 2010). Os vínculos, são criados a partir da relação entre profissional e sujeito em encontros estabelecidos ao longo do tempo, com ações que não devem ser exclusivamente pontuais e cirúrgicas. Insere-se aqui, a longitudinalidade do cuidado, que consiste no acompanhamento de um sujeito ou família ao longo do tempo, permitindo conhecer sua história e seu contexto, viabilizando as intervenções (STARFIELD, 2002).

Outra dificuldade mencionada pelos participantes referiu-se a falta de capacitação para atuar diante da saúde mental, conforme relatos:

“É difícil porque as pessoas não têm a capacitação, ninguém te ensinou o que fazer, o que falar, como receber isso” (P2; GF1).

“É realmente falta de capacitação para acolher essa pessoa e o preconceito que existe na população [...]” (P8; GF2).

“[...] como a gente não tem a capacitação ideal, tu ficas com receio do que tu falares pode estar prejudicando, pode estar surtindo um efeito negativo” (P11, GF2).

A falta de capacitação sobre saúde mental, impõe dificuldade de lidar com o tema e assim acolher e escutar um sujeito em sofrimento. No entanto, observa-se que essa capacitação requerida se relaciona a necessidade de compreender sobre um cuidado amparado na clínica tradicional, com foco na patologia, em detrimento do sujeito e sua singularidade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Competiu a este estudo analisar a forma como o cuidado em saúde mental está organizado na UBS pesquisada, avaliando sua interseção aos preceitos da clínica ampliada, da territorialidade do cuidado e da atenção psicossocial. Assim, a produção do cuidado destacada nesta pesquisa está alicerçada aos saberes da clínica tradicional, mesclando momentos e intervenções pontuais e restritos em que a clínica ampliada se faz atuante.

A clínica tradicional foi percebida na relação direta estabelecida entre saúde mental, patologias, aspectos biológicos e biomédicos, considerando ilegítimas as manifestações de sofrimento que não tenham relação com sintomas e diagnósticos. Ela tem seu foco de atuação na doença em detrimento ao sujeito, culpando os últimos por não responderem ao esperado pela equipe: a partir da remissão de sintomas, que lhes devolveria um status de “normalidade”.

Assim cabem as reflexões sobre: a serviço de quem a clínica na AB está? Estaria a serviço da psiquiatria, da ordem e dos parâmetros sociais? ou do sujeito? O foco do cuidado em saúde deve ser o sujeito, quando este foco se pauta na doença e na busca de uma regularidade encaixando os sujeitos aos padrões sociais, o trabalho em saúde está na contramão de seu objetivo.

A clínica tradicional, também é percebida numa atuação que privilegia o cuidado por meio dos especialismos e médico centrado, que em sua essência é hierarquizado, excluindo o aparato territorial, psicossocial, interprofissional, integral e compartilhado que deve existir nesse cuidado.

Os motivos considerados pelos profissionais como limitadores para efetivação do cuidado amparado na clínica ampliada se relacionam ao excesso de demanda, dispondo de pouco tempo para realizar escuta e acolhimento, e a ausência de capacitação para tal. O excesso de demanda tem relação direta com o cuidado médico centrado, ausente de compartilhamento e longitudinalidade de cuidado.

Acredita-se que formação acadêmica dos profissionais da pesquisa é amparada no modelo de racionalidade biomédica, havendo necessidade de investimentos em ações de educação permanente que problematizem formas de cuidar amparadas no modelo de AB do SUS.

Embora o foco da pesquisa tenha sido o cuidado não especializado, desenvolvido pela equipe generalista da ESF, sugere-se a realização de estudos que avaliem a interseção entre os ESFs e NASFs no cuidado as demandas de saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3 ed. rev. Amp. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**, São Paulo, 2011.

BORGES, S. A. C.; PORTO, P. N. Porque os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n. 101, p. 338- 346 abr. / jun, 2014. DOI: 10.5935/0103-1104.20140031. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0338.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

BRASIL. **Cadernos Humaniza SUS: volume 2 atenção básica**. Editora MS, Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247>. Acesso em: 19 jul. 2019.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Editora MS, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Editora MS, Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. **Clínica ampliada e compartilhada**. Editora MS, Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

CAÇAPAVA, J. R. **O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica: uma cartografia do trabalho em equipe**, 2008, 173 f. Dissertação (mestrado enfermagem psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-05052009-121722/pt-br.php>>. Acesso em: 22 abr. 2020.

CAMPOS, D. B.; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. **Trabalho, educação, saúde**, Rio de Janeiro, vol. 18,

n. 1, p. 1 – 18, nov., 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00231>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000100502&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jul. 2020.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232011001300013&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 abr. 2020.

CERON, M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. **UNASUS-Unifesp**, 2011. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2021.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004, 203 f. Dissertação (mestrado). Universidade Estadual de Campinas, faculdade de ciências médicas, Campinas, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312384/1/Cunha_GustavoTenorio_M.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2005, 2012 p.

DE CARLI, R. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, vol. 23, n. 3, p. 626 – 632, jul. /set. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001200013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00626.pdf>. Acesso em: 08 jul 2020.

FARIAS, D. N. de., et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia de Saúde da Família. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 1, p. 141- 162, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000100141>. Acesso em: 08 fev. 2021.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. **Interface**, vol.11, n. 23, p. 515- 529, set. /dez. 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000300009>. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/icse/2007.v11n23/515-529/>>. Acesso em: 23 fev. 2021.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Potencialidades e inovações nos processos de trabalho em saúde. **TEMPUS: Actas de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 6, n. 2, p. 151 – 163, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica? **Ciência e saúde coletiva**, vol. 20, n. 10, p. 3255 – 3262, out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003255&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2019.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 14, n. 1, p. 297 – 305, jan./ fev. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036>. Acesso em: 22 mar. 2020.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **SINOPSE MUNICIPAL**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/palmasola/pesquisa/33/29171?tipo=ranking>>. Acesso em: 01 abr. 2019

MAYNART, W. H. C., et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, vol. 27, n. 4, p. 300 – 304, ago. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400051>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 ago. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Eduarda/Downloads/Novo%20olhar%20sobre%20as%20tecnologias%20de%20saude%20uma%20necessidade%20contemporanea.pdf>>. Acesso em 07 abr. 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 65, set. /dez. 2003. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/9624902-Por-uma-composicao-tecnica-do-trabalho-centrada-no-campo-relacional-e-nas-tecnologias-leves-1.html>>. Acesso em: 21 set. 2020.

MERHY, E. E. et al. Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, vol. 42, n. 6, p. 70 – 83, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s606>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019001100070&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2020.

MIELKE, F. B., et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: Uma reflexão. **Revista eletrônica de enfermagem**, Porto Alegre, vol. 12, n. 4, p. 761 – 765. 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i4.6812. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/6812>>. Acesso em 06 out. 2020.

PEREIRA, A. A.; REINALDO A. M. S.; ANDRADE, D. C. L. Formação dos enfermeiros em saúde mental: contribuições teóricas. **SANARE**, Sobral, vol. 14, n. 01, p. 8-14, jan – jun, 2015. Disponível em: <<https://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Artigo-Formacao-dos-enfermeiros-em-saude-mental-Atencao-primaria-SANARE.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2020.

RINALDI, D. L. O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. **Em pauta, revista da faculdade de serviço social**, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.interseccaopsicanalitica.com.br/int-biblioteca/DRinaldi/Doris_Rinaldi_acolhimento_escuta_cuidado.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2020.

SANTOS, D. de S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: Potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo

de atenção. **Ciência e saúde coletiva**, vol. 13, n. 3, p. 861 – 870, mar. Rio de Janeiro, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000300861&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 set. 2020.

SILVA, G.; IGLESIAS, A.; DALBELLO-ARAÚJO, M.; BADARÓ-MOREIRA, M. Práticas de cuidado integral a pessoas em sofrimento mental na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**, vol. 37, n. 2, p. 404 – 417, abr./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001452015>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n2/1982-3703-pcp-37-2-0404.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2019.

SOUZA, A. C. S. de; RIBEIRO, M. C. A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores. **Caderno de Terapia Ocupacional**, São Carlos, vol. 21, n. 1, p. 91 – 98, abr. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.013>. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/734/419>>. Acesso em: 06 out. 2020.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. **Ministério da Saúde**, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. de S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família, **ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 3, p. 3615 – 3624, nov. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900036>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036>. Acesso em: 12 jun. 2020.