

O saber e o agir dos profissionais da atenção primária à saúde na atenção psicossocial: caminhos para um cuidado integral

The knowledge and actions of primary health care professionals in psychosocial care: paths for an integral care

El conocimiento Y el acto de los profesionales de la salud primaria en la atención psicossocial: caminos hacia la atención integral

Ingrid Bezerra Costa Maia¹ , Ana Patrícia Pereira Morais¹ , Geanne Maria Costa Torres¹ , José Maria Ximenes Guimarães¹ , Antonio Germane Alves Pinto¹ 

1. Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Autor correspondente: anapatricia.morais@uece.br

Título Resumido: Profissionais da APS na atenção psicossocial

Submetido em:
31/05/2022

Aprovado em:
13/12/2022

Publicado em:
27/03/2023



Conflitos de interesse: Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

RESUMO

Objetivo: Compreender o saber e o agir dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no contexto da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza. **Metodologia:** Estudo de caso com perspectiva crítico-analítica e abordagem qualitativa, realizado no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaram da pesquisa 31 profissionais das equipes Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família, no período de abril a setembro de 2016. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e tratados pela análise de conteúdo temática. **Resultados:** Emergiram duas categorias empíricas: “Concepção de saúde mental” e “Eu cuido? Como eu cuido?”, que abordam sobre saberes e práticas da saúde mental, bem-estar, qualidade de vida e enfrentamentos em busca do cuidado psicossocial na atenção primária à saúde, pois ainda se evidencia uma rede de atenção psicossocial fragilizada e fragmentada. **Conclusão:** Considera-se que as inovações, tecnologias e organização da atenção à saúde são indissociáveis no cuidar integralmente das pessoas, em seus contextos de vida e subjetividades.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde. Apoio Matricial. Integralidade em Saúde. Saúde Mental.

ABSTRACT

Objective: To understand the knowledge and actions of Primary Health Care professionals in the context of the Psychosocial Care Network in the city of Fortaleza. **Methodology:** Case study with a critical-analytical perspective and qualitative approach, conducted in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Participated in the research, 31 professionals from the Family Health teams and Extended Family Health Center, in the period from April to September 2016. Data were collected through interviews and treated by thematic content analysis. **Results:** Two empirical categories emerged: “Conception of mental health” and “Do I care? How do I care?”, which address knowledge and practices of mental health, well-being, quality of life and confrontations in the search for psychosocial care in primary health care, as there is still evidence of a weakened and fragmented psychosocial care network. **Conclusion:** It is considered that innovations, technologies and organization of health care are inseparable from the integral care of people, in their life contexts and subjectivities.

Keywords: Primary Health Care. Matricial Support. Integrality in Health. Mental Health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el saber y las acciones de los profesionales de la Atención Primaria de Salud en el contexto de la Red de Atención Psicossocial en la ciudad de Fortaleza. Metodología: Estudio de caso con perspectiva crítico-analítica y enfoque cualitativo, realizado en la ciudad de Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaron de la investigación 31 profesionales de los equipos de Salud de la Familia y Centro de Salud de la Familia Ampliada, en el período de abril a septiembre de 2016. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y tratados por análisis de contenido temático. **Resultados:** Emergieron dos categorías empíricas: “Concepción de salud mental” y “¿Me importa? ¿Cómo me importa?”, que abordan saberes y prácticas de salud mental, bienestar, calidad de vida y confrontaciones en la búsqueda de atención psicossocial en la atención primaria de salud, ya que aún se evidencia una red de atención psicossocial debilitada y fragmentada. **Conclusión:** Se considera que las innovaciones, tecnologías y organización del cuidado de la salud son inseparables del cuidado integral de las personas, en sus contextos de vida y subjetividades.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Soporte de Matriz. Integralidad en Salud. Salud Mental.

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira demarcou, política e institucionalmente, a consolidação de princípios e diretrizes que fundamentaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), emergindo um sistema de saúde com forte tensionamento à participação de usuários, trabalhadores e gestores em sua governança, na década de 1980¹.

Os princípios fundamentais que norteiam a atenção à saúde (universalidade, equidade e integralidade), expressos inicialmente nos movimentos da Reforma Sanitária e incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e na legislação SUS vêm produzindo mudanças nas práticas em saúde, em particular, na atenção primária à saúde (APS)².

A organização do cuidado na APS perpassa por cinco atributos fundamentais: integralidade, coordenação do cuidado, longitudinalidade do cuidado, responsabilidade e acessibilidade. Para o cuidado integral é imprescindível considerar as necessidades de saúde e o contexto em

que o indivíduo vive, articulando-se à prevenção, promoção e recuperação da saúde, por meio de ações intersetoriais e multiprofissionais³. Neste estudo, consideramos a integralidade como a base para o cuidado em saúde mental.

O cuidado com ênfase na construção crítica, política e na lógica da integralidade, oportuniza a resignificação dos sujeitos numa relação democrática e cidadã entre profissional e usuária/o e/ou familiar⁴. A integralidade do cuidado contribui para o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, oportunizando autonomia aos usuários acometidos pelo sofrimento psíquico.

O Programa Saúde da Família (PSF), implantando a partir de 1994 sinalizava uma potente ferramenta para garantir a APS, com base territorial, constituindo o acesso prioritário aos serviços de saúde. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2006, indica que a APS deve ser estruturada como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo necessário fortalecer os seus atributos e a integração com os diversos níveis de atenção e linhas de cuidados pre-

viamente definidas⁵. A APS se constitui⁶ como principal estratégia de organização do sistema público de saúde no Brasil, sendo a porta de entrada do sistema, o primeiro nível de atenção à saúde, caracterizado como espaço privilegiado na garantia do acesso, participação social, efetividade da integralidade e equidade do cuidado.

Assim, os usuários deixam de ser números de prontuários e passam a ser reconhecidos como cidadãos com suas histórias de vida e seus vínculos familiares e comunitários que se formam durante toda a vida. Considera-se o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, onde os profissionais da APS ultrapassam os muros institucionais e adentram nas casas e espaços comunitários do seu território, na perspectiva de promover o cuidado integral em saúde mental.

Por estarem inseridas na comunidade, as equipes da APS são um recurso estratégico no enfrentamento dos agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e várias formas de sofrimento psíquico. O cuidado em saúde mental⁷ requer abordagens que se coloquem a favor da vida, da liberdade, da valorização das diversidades, da dignidade, da bioética e do respeito, ou seja, dos direitos humanos, estabelecendo relações vivas que promovam afetos entre familiares e profissionais, produzam saúde e não cultivem a doença, a dor e o sofrimento.

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o processo de cuidar na Saúde Mental compe-

te a todos os profissionais, primando por uma assistência integral e humanizada, considerando as queixas, emoções e sentimentos dos usuários. A integralidade da atenção às pessoas em sofrimento mental requer desconstrução e construção das ações cotidianas dos profissionais da APS incorporando saberes e práticas intrínsecos aos princípios da Reforma, pois a oferta da atenção integral à saúde demanda práticas produtoras de saúde, norteadas pela autonomia e integralidade⁸.

Nesta perspectiva, a Política Nacional de Saúde Mental vem afirmar a necessidade de efetivação de ações de saúde mental nos espaços da APS. O modelo de redes de atenção psicossocial se constrói sustentado em base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento a estes usuários de saúde⁹. O trabalho interdisciplinar permite um olhar integrado ao sujeito, colaborando para melhor compreensão dos indivíduos e propondo intervenções que possam atender às necessidades da população.

Destaca-se, então, que a experiência na APS permitiu identificar as dificuldades dos profissionais no acolhimento às pessoas em sofrimento e/ou transtorno mental, bem como na definição e identificação da gravidade e/ou o risco da doença. Percebemos, ainda, fragmentação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), agravando ainda mais essa problemática, demonstrando que

a intervenção⁶ e articulação das ações de saúde mental na APS ainda representam desafios da reforma psiquiátrica em andamento, o que resvala na garantia de acessibilidade destas pessoas em sofrimento a uma rede de cuidados e no reestabelecimento de seus laços socioafetivos na comunidade.

A incorporação de ações efetivas de saúde mental nos dispositivos da APS é fundamental para a consolidação deste novo modo de pensar e cuidar da saúde mental, na perspectiva da clínica ampliada e da assistência integral, qualificada e humanizada. Com isso, o presente estudo tem como objetivo compreender o saber e o agir dos profissionais da APS no contexto da Rede de Atenção Psicossocial no Município de Fortaleza.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo crítico-analítico com abordagem qualitativa, que nos possibilita compreender e analisar o fenômeno social e suas relações no campo da saúde mental e da atenção primária¹⁰. Elegeu-se o estudo de caso por potencializar a compreensão da complexidade do fenômeno social, focalizando o problema em sua plenitude. O estudo de caso¹² é uma investigação empírica, um método que abrange planejamento, técnicas de coleta de dados e sua análise, retratando a realidade com profundidade, à medida que se adentra em todos os seus aspectos e se conhece o contexto em que ela permanece.

A investigação teve como campo empírico o município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, dividido em 119 bairros que estão distribuídos em seis Coordenadorias Regionais (CORES). Foram selecionadas seis Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), utilizando-se como critério de inclusão: ser aquela com maior área adscrita no território de cada uma das CORES. O estudo foi realizado nas seguintes UAPS: João Medeiros (CORES I), Rigoberto Romero (CORES II), Anastácio Magalhães (CORES III), Roberto Bruno (CORES IV), Abner Cavalcante (CORES V) e Galba de Araújo (CORES VI).

Participaram da pesquisa 27 profissionais das equipes Saúde da Família (e-SF) e quatro profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), perfazendo 31 atores sociais das categorias profissionais: cinco dentistas, cinco enfermeiros, cinco médicos, um auxiliar de enfermagem, cinco técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), três fisioterapeutas e um nutricionista, incluídos pelos seguintes critérios: estarem lotados nas UAPS selecionadas e desempenhando suas atribuições há, pelo menos, um ano, considerando-se tempo necessário para maior vinculação e estabelecimento de relação terapêutica entre profissionais de saúde e usuários.

A apreensão do material empírico ocorreu no período de abril a setembro de 2016, utilizando-se como instrumento para coleta de da-

dos a entrevista semiestruturada. As entrevistas duraram, em média, 40 minutos, sendo gravadas e transcritas na íntegra, sendo os dados analisados por meio da análise de conteúdo temática, numa perspectiva crítico-reflexiva¹², seguindo as etapas: ordenação dos dados, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos dados. Para tanto, percorreu-se um caminho de ordenação da realidade investigada, com base na articulação dos aspectos subjetivos aos objetivos das práticas sociais de saúde, com vistas a estabelecer a construção teórica.

A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos¹³. Teve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sob Parecer nº 1.483.189. Para preservar o anonimato, os participantes foram identificados pela letra E (Entrevistado), seguido de numeral arábico, 1 a 31, conforme a ordem das entrevistas

RESULTADOS

A caracterização dos participantes torna-se relevante, visto que aproxima o leitor do cenário da pesquisa. Dos 31 participantes, 23 são do sexo feminino, com média de idade de 41,5 anos, tendo o mais novo 25 anos e o mais velho, 58 anos.

Em relação ao tempo de trabalho na APS, tivemos uma variação de um ano e seis meses até 25 anos de atuação. Destes, 19 são servidores públicos, um ingressou através do Programa Mais Médico, oito estão no serviço através da seleção pública temporária e três pessoas não possuem nenhum vínculo, recebendo seus salários através do Recibo de Pagamento Avulso (RPA).

No tocante aos cursos, capacitações e/ou formações na área de saúde mental, apenas oito participantes afirmaram ter participado de algum momento formativo, sendo eles: Álcool e outras drogas, Curso Básico de Saúde Mental, Caminhos do Cuidado, Apoio Matricial em Saúde Mental e Supera 8. Dos médicos participantes, somente o de formação cubana é especialista em Medicina de Família e Comunidade.

A análise das entrevistas permitiu dividir as respostas em duas categorias empíricas denominadas: “Concepção de saúde mental” e “Eu cuido? Como eu cuido?”

I. **Concepção de saúde mental:**

Nesta categoria, expressa-se uma concepção de saúde mental como sendo bem-estar, o estilo de vida da população, ligados diretamente ao enfrentamento dos conflitos e desafios da vida. Reiteram percepções que identificam saúde mental relacionada a alguma característica genética que acompanha o indivíduo desde a

infância, além de considerá-la como um distúrbio, patologia ou doença de origem psicológica e neurológica.

Saúde mental é estar bem consigo, é conseguir resolver a problemática interna, os seus conflitos internos e conseguir apaziguar ou fazer a gestão dos conflitos externos. (E1)

Na minha visão a saúde mental vai além de um comportamento dito normal, vai envolver toda uma característica genética que interfere no ser como um todo. (E14)

Saúde mental é justamente referente à questão da mente, as questões que passam pelo cérebro, as doenças, e são distúrbios psicológicos. (E17)

As verbalizações sobre suas concepções de saúde mental nos trazem um ponto de vista mais coletivo, apresentando uma estreita relação entre a dinâmica da sociedade e o processo de adoecimento. Ainda na visão dos participantes, destacam as determinações ambientais como inerentes ao processo de adoecimento mental.

Saúde Mental é tudo, mas assim no meu ponto de vista saúde mental já começa desde a infância. Se você vive dentro de um ambiente que tem problemas você vai crescendo e levando junto aqueles problemas e no futuro pode prejudicar e você pode vir a ter outras coisas. Você

pode vir a ter outras coisas tipo depressão, coisas assim. (E16)

Eu acredito que a saúde mental tem sido o grande ponto de desequilíbrio da sociedade nos dias de hoje. Intolerância, desrespeito, desamor, vício, depressão, desânimo (pausa). Vejo que praticamente todas as pessoas têm necessidades, umas com mais, outras menos, de práticas que restabeçam ou melhorem este equilíbrio. Identifico uma grande necessidade não só dos pacientes que procuram a unidade, mas dos profissionais que a compõe. (E29)

II. **Eu cuido? Como eu cuido?**

Com base nos apontamentos verificados nessa categoria, os participantes buscaram acolher os usuários e suas ações se concentram em escutá-los, conversar e orientá-los, quando necessário. As falas mostram que as ações destinadas aos usuários com transtorno mental e/ou em sofrimento mental focam-se na escuta:

Tento conversar com o paciente, entender o que ele está sentindo, o que ele está pensando. (E5)

Quando chega o paciente aqui que eu dou a oportunidade que ele fale. Desde o momento que você dar a oportunidade para que o paciente consiga falar, consiga desabafar, você está trabalhando a saúde mental. (E25)

Percebem-se condutas permeadas pela tendência biologicista, com prática prioritária dos encaminhamentos à atenção especializada, especificamente, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Compreendem o encaminhamento como resposta à necessidade da pessoa, visto que os profissionais não reconhecem como sua competência a atenção a estas pessoas na APS.

Aqui a gente nunca consegue fazer nada, então quando surgem esses casos mais assim de mental a gente encaminha logo pro CAPS. Tenta dar logo um destino pra eles e o CAPS tenta mandar pra cá de volta. (E4)

Aqui na unidade nossos profissionais têm a capacidade de direcionar, de classificar o problema da pessoa e direcionar para um especialista. (E22)

As falas dos profissionais revelam a centralidade na figura do médico como o único que detém o saber e capaz de proporcionar o cuidado a esses usuários.

A gente coloca pro médico pra ele diagnosticar e ver quais as necessidades do paciente pra encaminhar pro CAPS pra ele ter um melhor acompanhamento. O enfermeiro conversa com o médico e de acordo com o que eles decidirem a gente encaminha o paciente. (E8)

Aqui o nosso papel como enfermeira é

mais de está fazendo esse elo com o médico, elo com o Agente Comunitário de Saúde na área e com o médico aqui na Unidade. Eu não estou conseguindo fazer nada. (E30)

Os profissionais reforçam que o cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico tem se mantido na lógica da medicalização do sujeito, tendo sua resolução associada à prescrição e uso de medicações.

O médico da atenção básica é um transcritor da receita anterior, então não tem diminuição de dose, não tem adequação de tratamento, não tem uma terapia pra ver se a pessoa fazia um desmame desse medicamento. (E24)

Evidencia-se uma atenção focada no adoecimento, vinculando o atendimento apenas a um profissional, privando o indivíduo de uma assistência integral e multiprofissional.

DISCUSSÃO

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, podendo lidar com os estresses cotidianos, trabalhar produtivamente e ser capaz de contribuir para sua comunidade¹⁴. As mudanças do modelo de assistência à saúde a partir da Constituição de 1988 e da Lei nº 8.080/90, bem como no campo da saúde mental na perspectiva

do conceito ampliando de saúde, vem proporcionando a compreensão do processo saúde-doença como socialmente construído e propondo um modelo de atenção à saúde sedimentado em práticas assistenciais desinstitucionalizadas.

A compreensão do processo de saúde-doença é a personificação da realidade social que reflete as diversas contradições impostas pelo sistema capitalista. Os modelos dominantes perpassam pelos profissionais de saúde que tendem a reproduzir o cuidado baseado no contorno biológico e individual do sujeito em sofrimento psíquico. Ao fazer isso, desassociam o indivíduo de seu meio, de sua experiência pessoal e dos seus condicionamentos^{14,15}. Diante disso, torna-se imprescindível conhecermos as percepções desses profissionais sobre saúde mental, tendo em vista que as concepções inevitavelmente conduzem as suas práticas, permitindo identificar quais as respostas estão sendo dadas à população em sofrimento psíquico e seus familiares.

A concepção de saúde mental dos entrevistados está diametralmente ligada com as situações vividas pelos indivíduos diariamente, estando inclusive em harmonia com a visão preconizada pela OMS. Este entendimento é um retrocesso quando falamos em saúde coletiva, pois há um distanciamento da saúde mental da área da saúde coletiva e uma culpabilização do indivíduo por seu adoecimento. Esta talvez seja uma das razões, para ainda termos um cuidado

centrado na recuperação do corpo individual¹⁶.

Estes olhares múltiplos nos mostram que mesmo caminhando para a construção de um novo paradigma, a concepção de saúde mental voltado para o modelo organicista, centrado na doença, que ignora o contexto familiar e social em que vivem os indivíduos, ainda é predominante¹⁷. O estudo apontou que o modelo biomédico ainda se faz presente em muitas falas, consoante ao modelo manicomial. Entretanto, identifica-se a presença de concepções ampliadas de saúde mental, conforme princípios do paradigma psicossocial. Estes princípios divergentes amparam diferentes direcionamentos do cuidado em saúde mental e ao espaço reservado a esses indivíduos na sociedade.

Os depoimentos ainda destacam que os profissionais buscam acolher e humanizar o atendimento aos usuários em sofrimento psíquico, mostrando-se disponíveis para conversar e escutá-los, estabelecendo interconexões nos espaços de fala e escuta nas práticas do cuidado. O acolhimento¹⁸ pode servir como importante ferramenta para o trabalho da equipe de saúde, pois a perspectiva dialógica amplia as possibilidades de efetiva atuação no cuidado à pessoa com transtorno mental.

Para agir integralmente em saúde mental é preciso estimular artifícios que incluem a escuta, o vínculo e o acolhimento, objetivando atender às necessidades dos usuários e criar am-

biente para expressão de sentimentos, postura condizente com a proposta de acolhimento e humanização¹⁹. Esta postura que se estabelece numa comunicação que provoca nos profissionais de saúde a escuta do outro, fundamentado no cuidado integral e humanizado, revitaliza as práticas do cuidado e as relações interpessoais.

Cuidar da pessoa no âmbito territorial, especialmente o cuidado à pessoa com transtorno mental, exige a inclusão de novas relações e dinâmicas sociais, assim como a prioridade no uso de tecnologias leves. O uso dessas tecnologias²⁰ assume o comando da produção do cuidado, servindo como dispositivo potencializador para um trabalho que valoriza as subjetividades e singularidades dos sujeitos.

A partir dessas reflexões, depreende-se a necessidade dos profissionais utilizarem estes dispositivos no cuidado e de reconhecerem as demandas de saúde dos usuários em sofrimento psíquico para evitar a fragmentação na assistência e a redução ao sistema biológico, pois quando as questões subjetivas²¹ são ignoradas ou não identificadas, não há atenção integral, ocasionado uma cisão entre físico e psíquico. Diante disso, torna-se substancial investir em ações que promovam a integralidade, sendo o acolhimento integral em saúde um caminho a ser percorrido na APS.

Cabe destacar fragilidades na integralidade da assistência, tendo em vista que a APS

é responsável pela coordenação do cuidado, devendo os profissionais que nela atuam contribuir na elaboração, acompanhamento e gestão do cuidado ofertado ao indivíduo. Além disso, devem acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os serviços ofertados na rede. No entanto, ainda se observa o foco na doença, não na pessoa e suas necessidades, repassando o problema para outro, ao invés de assumir a responsabilidade por sua resolução²².

Partindo dessa premissa, necessário se faz o Apoio Matricial (AM) em saúde mental que é uma prática em que profissionais especialistas nesta área oferecem suporte aos demais profissionais da APS para ampliar a sua resolubilidade e produzir maior responsabilização no acompanhamento e atendimento das pessoas em sofrimento psíquico, rompendo-se com a lógica dos encaminhamentos indiscriminados e ampliando a sua clínica²². Torna-se imprescindível o apoio da gestão municipal para oficializar e intensificar o matriciamento como dispositivo que possibilita a construção de novos processos de trabalho, auxiliando os profissionais da APS e contribuindo para a promoção do cuidado integral e compartilhado em saúde mental, por meio de uma relação de horizontalidade.

Os profissionais de saúde deveriam passar em suas formações por momentos reflexivos e problematizadores sobre a complexidade que é o ser humano²³, reconhecendo suas histórias,

seus devires, por meio de uma atenção que integra³ ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, promovendo acesso aos diferentes níveis de atenção e ofertando respostas ao conjunto. O cuidado em saúde mental²⁴, a partir da Reforma Psiquiátrica e enquanto campo de atuação, requer intervenções mais humanas, focalizadas nas relações entre as pessoas. Cada pessoa carrega em si sua história e sua cultura, contexto intenso que precisa ser considerado.

Na APS, o trabalho interdisciplinar é uma de suas diretrizes, visto que nenhum profissional sozinho consegue ofertar cuidado integral aos seus usuários, pois não podemos falar em saúde mental isoladamente, torna-se necessário associarmos tal concepção a uma extensa área de conhecimento e suas ações distinguem-se por seu caráter interdisciplinar e intersetorial, por vezes, até transdisciplinar^{25,26}.

Para produzir mudanças na produção do cuidado aos usuários com sofrimento psíquico necessário se faz o envolvimento de diversas categorias profissionais, bem como de instituições formadoras e instâncias do governo, a fim de que os envolvidos no processo do cuidar saiam da condição de alienação e realizem um trabalho efetivo em equipe e capaz de gerar novos sentidos subjetivos que transformem as configurações negativas existentes.

Além disso, a prescrição dos medicamentos é vista como uma das principais formas

de tratamento ao usuário em situação de sofrimento mental. As dificuldades encontradas no cotidiano, o luto, a angústia, o mal-estar, que fazem parte do ser social e de sua singularidade são apreciadas como doenças e, com isso, necessitam ser medicalizadas para que possam ser curadas, favorecendo a perda de autonomia dos sujeitos^{27,28}.

Em sendo assim, o cuidado integral em saúde mental na APS requer um trabalho articulado da RAPS, mas nos deparamos com uma rede fragilizada e fragmentada que necessita da integração dos diversos pontos de atenção, além de mais estratégias de encontro, comunicação e relacionamento entre os profissionais dos diversos equipamentos e de diferentes níveis de complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica no município de Fortaleza consegue produzir um novo modelo de atenção, mesmo que os modelos de gestão, por vezes, retrocedam no processo. No entanto, evidenciamos que é possível caminhar na consolidação de saberes e práticas na perspectiva da atenção psicossocial.

Além disso, constatamos a construção de um novo paradigma em torno da saúde/doença mental direcionado às ciências sociais. Entretanto, o modelo biomédico ainda está muito

presente nas ações dos profissionais de saúde, fortalecendo a permanência da psiquiatria tradicional.

Não se pode negar mudanças no modelo técnico-assistencial, incluindo novos serviços em saúde mental focados no atendimento psicossocial e no acolhimento das ações de saúde mental na APS. A dimensão jurídica-política é palpável, há um arcabouço jurídico direcionando novas

práticas e constituindo novos serviços, inclusive no âmbito municipal.

No entanto, ainda é forte a tendência à institucionalização da loucura representada na figura dos CAPS e comunidades terapêuticas, mas estamos conseguindo transpor os muros dos serviços e equipamentos para adentrarmos nos espaços comunitários e familiares, sendo a APS a grande protagonista de todo processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Melo RC, Possa LB. Democracia no SUS, como estamos? Um debate sobre a participação social a partir da literatura recente. *Saúde em Redes* [Internet]. 2016 [citado 2021 Jul 12];2(4):393-408. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/803#:~:text=Os%20estudos%20analisados%20demonstraram%20avan%C3%A7os,nos%20espa%C3%A7os%20de%20participa%C3%A7%C3%A3o%20popular>>. Doi: 10.18310/2446-4813.2016v2n4p393-408.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde colet* [Internet]. 2018 [citado 2021 Jul 12];23(6):1903-1913. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.
4. Faleiros VP. Desafios de cuidar em serviço social: uma perspectiva crítica. *Rev. Katálysis* [Internet]. 2013 [citado 2021 Jul 13];16(spe):8391. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/nrBGcDT5WNLJw3SWCJfDyNm/abstract/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/S1414-49802013000300006.
5. Brasil. [Internet]. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set. [citado 2021 Jul 13]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.
6. Silva G, Iglesias A, Dalbello-Araujo M, Badaró-Moreira, M. I. Práticas de Cuidado Integral às Pessoas em Sofrimento Mental na Atenção Básica. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 13];37(2):404-417. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/hcZXpb7j3fxhD9dDQgvB7GG/abstract/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/1982-3703001452015.

7. Boff L. Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
8. Neves HG, Lucchese R, Munari DB, Vera I, Santana FR. O processo de formação do enfermeiro em saúde mental para a atenção primária em saúde. *Revista Rene* [Internet]. 2012 [citado 2021 Jul 13];13(1):53-63. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3768/2982>>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental (Cadernos de atenção básica, Vol. 32). Brasília, DF, 2013.
10. Minayo MCS (Org.) et al. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.
11. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
13. Brasil. [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* [da República Federativa do Brasil]. 2013 Jun 13;150(112 Seção 1):59-62. [citado 2021 Jul 13]. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.
14. World Health Organization (WHO). [Internet]. Investing in mental health: evidence for action. Geneva, Switzerland, 2013. [citado 2021 Ago 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf>.
15. Minayo MCS, Souza H. Na dor do corpo, o grito da vida. In Costa NS, Ramos CL, Minayo MC. Demandas populares, políticas públicas e saúde, pp. 76-101. Petrópolis: Vozes, 1989.
16. Neves HG, Lucchese R, Munari DB. Saúde mental na atenção primária: necessária construção de competências. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2010 [citado 2021 Jun 23];63(4):666-670. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/NyjNHXLdf8XCWNWn3HKnWph/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/S0034-71672010000400025.
17. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe saúde da família. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2011 [acesso 2021 Jun 3];45(6):1501-1506. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reusp/a/VsL4yTBPR7nSd9wF7MP5Tj/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/S0080-62342011000600032.
18. Lopes PF, Garcia APRE, Toledo VP. Nursing Process in the daily life of nurses in Psychosocial Care Centers. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jun 3];15(5):780-8. Available at: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3241>>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS: Documento Base. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
20. MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4 Ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
21. Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicol., Ciênc. Prof* [Internet]. 2015 [acesso 2021 Jul 3];35(4):1340-1349. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/CPqyH9xbLLbLScNkff4jN5c/abstract/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/1982-3703001782013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso 2021 Jul 3]. Disponível em: <<https://bvsmis.saude.gov>>.

- br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>.
23. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4 Ed – revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
 24. Cardozo PS, Ferraz F, Yasui S, Souza DF, Soratto J. Educational-communicative action in the relationship of social workers with family and users: integrality in mental health care. *Saúde Soc* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jul 16];28(4):160-173. Available at: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bm9PZsvPZcHtrjzZSGNxQNq/abstract/?lang=en>>. Doi: 10.1590/S0104-12902019190178.
 25. Campos RO, Gama C. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerreiro AVP (Org). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, p. 221-246, 2013.
 26. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS et. col. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. Revista e Aumentada. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 615-634, 2013.
 27. Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. “Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicalização e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. *Interface* [Internet]. 2014 [acesso 2021 Jul 16];48(18):61-74. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/SrLcmzsQHZMbjN6LcjJb6WK/abstract/?lang=pt>>. Doi: 10.1590/1807-57622013.0650.
 28. Freitas F, Amarante P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.