

Saúde mental na Atenção Básica: perspectivas a partir da clínica ampliada e compartilhada

Mental health in Primary Care: perspectives from the expanded and shared clinic

Salud mental en Atención Primaria: perspectiva desde la clínica ampliada y compartida

Recebido: 29/08/2022 | Revisado: 05/09/2022 | Aceito: 08/09/2022 | Publicado: 17/09/2022

Eduarda Caroline Cerioli Martinello

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5316-2375>

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

E-mail: duda_eduardacerioli@outlook.com

Graciela Soares Fonsêca

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9506-0409>

Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

E-mail: Graciela.fonseca.edu.br

Resumo

Objetivo: 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. Métodos: 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 condensados em uma categoria. Resultados: verificou-se que a saúde mental na UBS analisada está intimamente relacionada com patologias e diagnósticos em detrimento do sujeito e sua singularidade, valorizando ações de cuidado pautadas na queixa conduta e que tenham como resultados a remissão dos sintomas a partir do enquadre da saúde mental em um ideal de normalidade. O médico é tido como centro da clínica em detrimento do trabalho interprofissional, o que protagoniza o uso de tecnologias duras e leve duras de cuidado, como medicações e diagnósticos, desconsiderando o uso das tecnologias leves como o acolhimento, a escuta e o vínculo. Considerações finais: Assim, verifica-se que as ações de cuidado em saúde mental na UBS analisada estão aliadas aos parâmetros de uma clínica tradicional.

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

Abstract

Objective: to understand the organization of care for mental health demands, focusing on psychological distress, in a Basic Health Unit (UBS) in a small town in the state of Santa Catarina. Methods: data were collected through focus groups, audio-recorded, with 3 teams of Family Health Strategies from a UBS located in that city. Data were treated using Bardin's Content Analysis and the results condensed into a category. Results: it was found that mental health in the analyzed UBS is closely related to pathologies and diagnoses to the detriment of the subject and his uniqueness, valuing care actions based on the conduct complaint and which result in the remission of symptoms from the health framework mental into an ideal of normality. The physician is seen as the center of the clinic, to the detriment of interprofessional work, which includes the use of hard and light hard care technologies, such as medications and diagnoses, disregarding the use of light technologies such as welcoming, listening and bonding. Final considerations: Thus, it appears that the actions of mental health care in the analyzed UBS are allied to the parameters of a traditional clinic.

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

Resumen

Objetivo: comprender la organización de la atención a las demandas de salud mental, con foco en el estrés psicológico en una Unidad Básica de Salud (UBS) de un pequeño Pueblo del estado de Santa Catarina. Métodos: los datos fueron recolectados a través de grupos focales, grabados en audio, con 3 equipos de Estrategias de Salud de la Familia de una UBS ubicada en esa ciudad. Los datos se trataron mediante el análisis de contenido de Bardin y los resultados se condensaron en una categoría. Resultados: se encontró que la salud mental en las UBS analizadas está estrechamente relacionada con patologías y diagnósticos en detrimento del sujeto y su singularidad, valorando acciones de cuidado con base en la conducta denuncia y que resultan en la remisión de síntomas desde el marco de salud mental en un ideal de normalidad. El médico es visto como el centro de la clínica en detrimento del trabajo interprofesional, que incluye el uso de tecnologías de cuidado duro y ligero, como medicamentos y diagnósticos, sin tener en cuenta el uso de tecnologías ligeras como la acogida, la escucha y la vinculación. Consideraciones finales:

así, parece que las acciones de atención en salud mental en las UBS analizadas están aliadas a los parámetros de una clínica tradicional.

Palabras clave: Salud mental; Atención Primaria de Salud; Comunicación en salud; Recepción.

1. Introdução

A partir da reforma psiquiátrica de 1970 a atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico 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 dessa rede de serviços, por si só não garantiu a transformação dos modos tradicionais de lidar com a saúde mental (Rinaldi, 2000). Muitos serviços ainda tem na figura de psicólogos e psiquiatras a responsabilização única e exclusiva pelo cuidado a saúde mental (Silva et al., 2017).

Na articulação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a Atenção Básica (AB) é considerada como seu ponto estratégico e nível preferencial das ações em saúde mental (Brasil, 2012). Isso se deve a territorialidade do cuidado, pela qual opera, e que 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 (Gryscek; Pinto, 2015).

Neste panorama, as reformas pela humanização da gestão e do cuidado à saúde, deram origem a clínica ampliada (Borges; Porto, 2014). Este modelo, se ampara em uma compreensão ampliada do processo saúde e doença, em uma construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, na ampliação do objeto de trabalho, com foco nas pessoas, grupos e coletivos e na transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, direcionando-se para o uso de técnicas relacionais (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 o usuário se torne sujeito da produção de saúde e protagonista de atos cuidadores e geradores de autonomia (Merhy; Franco, 2003). Desse modo, acredita-se que 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 et al., 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).

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.

2. Metodologia

O presente estudo se configura como uma pesquisa qualitativa, possibilitando explorar as particularidades e os traços subjetivos dos participantes em relação as suas vivências e, a partir disso, realizar análises e classificações de cunho dissertativo sobre os fatos, sem no entanto, eliminar os cálculos completamente. A pesquisa qualitativa também apresenta caráter exploratório permitindo a livre expressão do participante sobre o assunto pesquisado e gerando dados que não são precisos, já que cada sujeito participante pode apresentar opiniões e comentários particulares e diversos sobre o mesmo assunto (Martins, 2017). A presente pesquisa também é classificada como um estudo de campo, no qual um fenômeno é observado e

seus dados são coletados de maneira fiel e sem alterações, para que posteriormente sejam interpretados e analisados a partir de fundamentação teórica consistente, que possibilite compreender e explicar o problema pesquisado (Martins, 2017).

Enquanto técnica para a coleta de dados utilizou-se o grupo focal (GF), no qual os dados são coletados a partir das interações grupais mediante a discussão sobre um tópico especial sugerido pelo pesquisador. Essa técnica é um recurso utilizado para compreender os processos de construção das percepções, atitudes e representações sociais dos grupos humanos, considerando o indivíduo enquanto nível de análise no grupo e o próprio grupo enquanto unidade de análise (Gondim, 2002).

O estudo foi realizado em uma UBS, de um município localizado na região Extremo Oeste de Santa Catarina. Esta UBS está localizada no perímetro urbano, espaço onde atuam três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo estas: ESF I, ESF II, e ESF III. Cada uma dessas equipes é composta por 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. Complementam o cuidado a saúde mental uma psicóloga clínica, com carga-horária de 40 horas semanais e um médico psiquiatra terceirizado, com vínculo de 08 horas mensais.

Participaram da coleta de dados 22 profissionais que foram distribuídos em três grupos focais conforme a equipe de ESF a qual pertenciam. Realizou-se 1 encontro com cada grupo, com duração média de 01 hora. A coleta de dados, foi realizada em espaço extra UBS por uma das pesquisadoras, psicóloga, vinculada ao NASF-AB e pós-graduanda em saúde coletiva da UFFS. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, contendo perguntas abertas e foram audiogravadas, utilizando-se do recurso de um gravador de voz. Os movimentos do grupo que não eram passíveis de captação através do gravador de voz, foram registrados por uma observadora. Posteriormente, os dados audiogravados foram transcritos 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 participantes assinaram o Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) previamente à coleta de dados.

3. Resultados e Discussão

A análise da organização do cuidado em saúde mental perpassa pela compreensão das equipes acerca do termo saúde mental. Os profissionais relacionaram o termo de maneira direta a sujeitos que apresentam um diagnóstico de transtorno mental:

“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 [...]” (P5; GF3).

Verifica-se a influência do paradigma biomédico, que atribui a saúde mental à diagnósticos, transformando queixas e situações da vida cotidiana dos sujeitos em síndromes, transtornos e doenças de caráter biológico, passíveis de tutela e cuidado por meio de tecnologias duras como medicações (Tesser et al., 2010). Conceber a saúde mental a partir do modelo clínico individual, organicista e biológico, se contrapõe ao modelo de atenção psicossocial, dado também revelado pela pesquisa de Pereira et al. (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 verídicas 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 [...]” (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 [...]” (P5, GF3).

Verifica-se assim a existência de uma dualidade: aqueles sujeitos que na visão dos profissionais apresentam um sofrimento real, passível de cuidado, são assim considerados por apresentarem um conjunto de sintomas capaz de designar um diagnóstico nosológico. 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). Essa racionalização do cuidado que torna a pessoa como um mero registro de doença, abstraindo a dimensão subjetiva desse cuidado, é reflexo da trajetória sanitária da reforma psiquiátrica (Amarante, 2011).

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, limitando a resolução de tais demandas, o que pode agravar o problema do usuário (Cunha, 2004). Esse processo de valorização dos diagnósticos e da doença, desconsiderando o sujeito, seu contexto e a complexidade de suas demandas, também pode ser denominado de medicalização. Nesse quesito, o sintoma é dissociado da experiência do sujeito, implicando em riscos a sua saúde, uma vez que, os fatores produtores do problema ou sintoma são negligenciados, e se instala a iatrogênica de reprodução dos sintomas (Brust et al., 2022).

Essa forma de conceber a saúde mental a partir do olhar dicotômico que divide os sujeitos entre aqueles que apresentam um sofrimento real e os que estão simulando, de maneira a patologizar e medicalizar as experiências, estimula o fornecimento de atenção a partir de escuta qualificada e acolhimento apenas aos casos que são classificados como problemas legítimos em saúde mental, excluindo desse cuidado os classificados como simuladores:

“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 demonstra que alguns profissionais consideram que as demandas que não se relacionam objetivamente a doenças são excessivas e violentadoras de seu verdadeiro papel profissional (Brasil, 2009). Com isso, exclui-se a necessidade de escutar e acolher sujeitos que não apresentam demandas relacionadas a doenças em si.

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 (Maynard et al., 2014). A valorização dos sintomas e a objetividade em detrimento do sujeito e seus relatos, prejudica a qualidade do cuidado, pois o torna restrito a patologia e assim pouco resolutivo.

As falas seguintes expressam a dificuldade dos profissionais para 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 [...]” (P10, GF2).

Essa ideia é reforçada pela pesquisa de Campos et al. (2011), a qual identificou que os profissionais de saúde sentem angústia diante dos atendimentos de saúde mental, ao passo que essa demanda exige compreensão diferenciada da equipe, tensionando os procedimentos mecanizados de queixa conduta, representados por protocolos utilizados em outras áreas.

Assim, é possível verificar a existência de uma atuação profissional pautada no modelo de queixa conduta, em que existe um tratamento invariavelmente igual a todos que apresentam aquela patologia e diagnóstico, independente das características do sujeito. Essa conduta verticaliza o agir do profissional em direção ao paciente, exaltando o agir tecnológico do profissional em detrimento ao saber do sujeito. De maneira similar, uma revisão de literatura procedido por Oliveira et al. (2020), a qual buscou identificar a relação médico-paciente na APS, demonstrou entre seus resultados que muitos profissionais médicos da UBS, não verificam a partir de suas condutas a possibilidade de conferir autonomia ao paciente diante de seu cuidado em saúde. Nesse contexto, é possível pensar que as ações em saúde tornam-se vazias de interesse pelo outro, com escuta empobrecida e perda da dimensão cuidadora, da potência e da eficácia (Merhy e Feuerwerker, 2014).

A impossibilidade de objetivar a saúde mental, gera nos profissionais sentimento de insegurança e de ausência de recursos técnicos e teóricos para seu cuidado e manejo:

“[...] 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).

Esse resultado pode estar relacionado a formação dos profissionais que apresenta foco na doença e na expectativa de que o cuidado em saúde esteja relacionado ao controle da sintomatologia, a pesar das alterações propostas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde visarem uma formação profissional que atenda as necessidades das atuais políticas de saúde, formando profissionais para atuarem em programas focalizados na APS, na prevenção em saúde, na multidisciplinaridade e nas questões sociais (Oliveira et al, 2020).

Assim, para Brasil (2013), alguns medos revelados pelos profissionais de saúde no manejo as demandas em saúde mental são justificados pela expectativa de cura. As falas a seguir confirmam esse resultado de que o foco do cuidado à saúde mental está na remissão de sintomas:

“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 [...]” (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).

Verifica-se a existência de uma compreensão que considera que o cuidado em saúde mental só é resolutivo quando resulta na remissão dos sintomas, enquadrando a saúde mental em um ideal de normalidade. Ao contrário disso, para Caçapava (2009), os trabalhadores de saúde devem pautar suas ações para além da perseguição da cura, adotando um conjunto complexo de estratégias que enfrentem o problema a partir de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (Caçapava, 2009). Designar o cuidado a saúde mental focado na supressão de sintomas, aponta para a predominância das tecnologias duras de cuidado como medicações e consultas com especialistas, distanciando-se dos parâmetros da clínica ampliada.

Os profissionais apresentaram relatos de que os especialistas são considerados os mais aptos a realizar o cuidado em saúde mental:

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

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). Percebe-se, portanto, que as práticas em saúde mental na AB ainda estão fortemente sustentadas pelo modelo biomédico, norteadas por ações que não avançaram para o território, tornando as intervenções e a articulação das ações em saúde mental na AB como desafios da reforma psiquiátrica em andamento.

A percepção da saúde mental enquanto remissão de sintomas e ideal de normalidade, a ser alcançado através de medicações e consultas com profissionais especialistas, confere à equipe da AB desresponsabilização pelo cuidado integral do sujeito. Observa-se ainda que o cuidado em saúde mental apresenta centralidade na figura do médico:

“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).

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

Embora todos os profissionais da ESF possam 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 unicamente a partir de sua avaliação clínica. Resultado similar foi detectado na pesquisa de Pereira et al (2020), a qual evidenciou que os profissionais da ESF consideram as demandas em saúde mental da AB complexas de serem manejadas, em virtude de relacioná-las apenas a competência profissional do médico, a partir do seguimento do cuidado através de prescrição medicamentosa.

As tecnologias leves de cuidado, visam garantir o acesso dos sujeitos ao serviço de saúde, em caráter interdisciplinar, possibilitando que o cuidado não seja centrado no médico (Tesser et al., 2010). Perceber que o médico tem sido o centro da clínica, em detrimento ao compartilhamento do cuidado com os demais profissionais, pode indicar predominância do saber médico através do uso das tecnologias leve duras e duras, como medicações e diagnósticos. No imaginário em saúde, acolher e ouvir não são considerados cuidados, motivo pelo qual as equipes desconsideram 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 et al., 2019).

4. Considerações Finais

Acredita-se que o presente estudo cumpriu com a finalidade a qual se propôs ao verificar como se dá a organização do cuidado em saúde mental na UBS pesquisada. Através deste foi possível verificar que as ações de cuidado em saúde mental na UBS estão aliadas aos parâmetros de uma clínica tradicional, por amparar-se na valorização de patologias, diagnósticos e na remissão dos sintomas, em detrimento do cuidado ao sujeito em sua singularidade, em seu território e contexto social. Assim, desconsiderada o resgate da cidadania do sujeito, distanciando-se dos parâmetros da clínica ampliada.

Considera-se ainda, que os resultados apresentados no presente estudo apresentaram como foco analisar o cuidado em saúde mental a partir da clínica ampliada, realizado exclusivamente a partir das ações e intervenções dos profissionais que compõe a equipe mínima da ESF (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e dentistas), não se atendo a avaliar o matriciamento e o trabalho interdisciplinar e intersetorial em saúde mental em intersecção com o NASF-AB e demais serviços da rede de atendimentos. Portanto, aponta-se a necessidade e relevância de que os estudos futuros possam avaliar o trabalho em saúde mental na AB aliado aos parâmetros da clínica ampliada em articulação com a rede de atendimentos, considerando a saúde mental de maneira transversal as demais políticas públicas.

Referências

- Amarante P. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (3a ed.), Fiocruz.
- Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*.
- Borges S. A. C. & Porto P. N. (2014) Porque os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. *Saúde e Debate*, 38: 338- 346. 10.5935/0103-1104.20140031.
- Brasil (2013). *Cadernos de atenção básica: saúde mental*. <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>.
- Brasil (2012). *Caderno Humaniza SUS: volume 2 atenção básica*. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401247>.

- Brasil (2009). *Clínica ampliada e compartilhada*. <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>.
- Brust, R. E. F. & Braga, T. B. M & Farinha, M. G. (2022). Problemas cotidianos, percepções da população e medicalização. *Research Society and Development*, 11: (6). 10.33448/rsd-v11i6.28869.
- Caçapava, J. (2009). *O acolhimento e a produção do cuidado em saúde mental na Atenção Básica: uma cartografia do trabalho em equipe*. Dissertação (mestrado enfermagem psiquiátrica). Universidade de São Paulo, São Paulo, 173 p.
- Campos, D. B. et al. (2019). Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, educação, saúde*; 18: 1 – 18. 10.1590/1981-7746-sol00231.
- Campos, R. O. et al. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciência e saúde coletiva*; 16: (12). 10.1590/S1413-81232011001300013.
- Ceron M. (2011). *Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa*. UNASUS- Unifesp. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf>.
- Cunha, G. T. (2004). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*, Campinas. Dissertação da Faculdade de ciências médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 203 p.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*, Hucitec, 2012 p.
- Ferri, S. M. N. et al. (2006). As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Interface*, 23: 515- 529. 10.1590/S1414-32832007000300009.
- Gondim, S. M. G. (2002). *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. Paidéia, Ribeirão Preto, 2002.
- Gryschek, G., & Pinto, A. A. M. (2015). Saúde mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica? *Ciência e saúde coletiva*, 20 (10): 3255 – 3262. 10.1590/1413-812320152010.13572014.
- Martins, J. (2017). *Metodologia da pesquisa científica*. Editora Dowbis,
- Maynard W. H. C. et al. (2014). A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27 (4): 300 – 304. 10.1590/1982-0194201400051.
- Merhy, E. E., et al. (2020). Rede básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em debate*, 42: 70 – 83. 10.1590/0103-11042019S606.
- Merhy, E. E. & Feuerwerker, L. C. M. (2014). *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. https://www.researchgate.net/publication/267993391_Novo_olhar_sobre_as_tecnologias_de_saude_uma_necessidade_contemporanea.
- Merhy, E. E., & Franco, T. B. (2003). Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde em debate*, 27: (65). https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco. 01031104.
- Oliveira, M. A. et al (2020). Relação Médico-paciente na Atenção Primária em saúde. *Research Society and Development*, 9: (11). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9576>.
- Pereira, A. et al. (2015). Formação dos enfermeiros em saúde mental que atuam na atenção primária à saúde: contribuições teóricas. *SANARE*, 14 (1): 08 – 14. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/601>.
- Pereira, S. S. (2020). Pet saúde interprofissionalidade: Dificuldades apontadas pelas equipes de atenção básica em relação a saúde mental. *Research Society and Development*, 9: (7). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.5240>.
- Rinaldi, D. I. (2000). O acolhimento, a escuta e o cuidado: algumas notas sobre o tratamento da loucura. *Em pauta, revista da faculdade de serviço social*, 16: 7-18. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4604821&pid=S2177-093X201900010000200032&lng=pt.
- Santos, D.S. et al. (2018). Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: Potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. *Ciência e saúde coletiva*, 23 (3): 861 – 870. 10.1590/1413-81232018233.03102016.
- Silva, G., et al. (2017). Práticas de cuidado integral a pessoas em sofrimento mental na atenção básica. *Psicologia ciência e profissão*, 37 (2): 404 – 417. 10.1590/1982-3703001452015.
- Tesser, C. D. et al. (2010). Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e saúde coletiva*, 15: 3615 – 3624. 10.1590/S1413-81232010000900036.