

**HRJ**

**v.3 n.15 (2022)**

**Recebido: 03/12/2021**

**Aceito: 07/03/2022**

**Limites e potencialidades no acolhimento aos usuários em sofrimento mental na atenção primária do Distrito Federal: relato de experiência em uma unidade de saúde**

**Nathalia Souza Viana Benevides<sup>1</sup>  
Alissandra Alves Rodrigues<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Terapeuta ocupacional. Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS/FEPECS

<sup>2</sup> Assistente Social. Secretaria de Saúde do Distrito Federal- SESDF

**RESUMO**

O relato de experiência tem como objeto de estudo a organização do Acolhimento aos usuários que apresentam demandas de saúde mental em uma Unidade Básica de Saúde - UBS do Distrito Federal, tendo como objetivo identificar os desafios e potencialidades deste Acolhimento aos usuários na Atenção Primária. A partir de vivências na sala de Acolhimento da UBS, são feitas reflexões acerca de como equipe e serviço se compreendem como um dispositivo de cuidado também em saúde mental. Foi observado que o Acolhimento realizado pelos profissionais consistia em uma espécie de triagem, onde se aferia pressão arterial, se cumpria um protocolo de perguntas e pouco se tinha de escuta qualificada e acolhimento às reais demandas que ali surgiam. Também foi constatado que a maioria dos usuários que apresentavam queixas referentes a sofrimento mental ou que até mesmo choravam durante o Acolhimento, eram orientados a buscarem atendimento na sala do Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF, sem serem atendidos pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF. Diante dessas observações também foram levantadas reflexões sobre as problemáticas dos processos de trabalho na UBS que perpassam as dificuldades no Acolhimento, principalmente no que se refere às demandas de saúde mental. Conclui-se, portanto, que a Atenção Primária em Saúde é muito potente na resolução das principais demandas em saúde mental que surgem do território por meio da sua capacidade de intervenção e responsabilização para ampliar a resolutividade da assistência com o apoio do NASF. Contudo, há um caminho a se percorrer de capacitação das equipes visando diminuir a fragmentação dos atendimentos prestados e o fortalecimento da capacidade de vínculo entre equipe e usuários.

**Palavras-Chaves:** Acolhimento, Atenção Primária, Saúde Mental

**Limits and potentialities of the accommodation of users with mental suffering in primary care of the Federal District: report of experience in a basic health unit**

**ABSTRACT**

The experience report has as its object of study the organization of user embracement with mental health demands in a Basic Health Unit - UBS in the Federal District, aiming to identify the challenges and potential of this user embracement in primary care. Based on experiences in the Reception room of the UBS, reflections are made about how the team and service are understood as a care device also in mental health. It was observed that the Welcoming carried out by the professionals consisted of a kind of screening, where blood pressure was measured, a protocol of questions was followed and little qualified listening and acceptance of the real demands that arose there were required. It was also found that most

users who complained about mental suffering or even cried during the Welcoming were instructed to seek care in the room of the Expanded Family Health Center - NASF, without being assisted by the Health Strategy teams of the Family - ESF. In view of these observations, reflections were also raised on the problems of work processes at the UBS that permeate the difficulties in Welcoming, especially with regard to the demands of mental health. Therefore, it is concluded that Primary Health Care is very powerful in solving the main demands in mental health that arise in the territory through its capacity for intervention and accountability to increase the problem-solving capacity of care with the support of the NASF. However, there is still a way to go in terms of training teams to reduce the fragmentation of care provided and strengthen the capacity for bonding between staff and users.

**Keywords:** Reception, Primary Care, Mental Health

## INTRODUÇÃO

Muitas questões guiaram e motivaram a escolha do tema deste trabalho. Contudo as mais instigantes certamente foram: Como as pessoas que chegam à Unidade Básica de Saúde - UBS com demandas de saúde mental são acolhidas? Quais as consequências dessa forma de “acolher”?

A partir das vivências no acolhimento de uma UBS surgiram tais inquietações sobre o formato do atendimento aos usuários com demandas de saúde mental. Questionamos e buscamos entender como estes usuários são acolhidos; se o acolhimento ocorre em consonância com as diretrizes descritas nos documentos oficiais que têm o intuito de orientar este dispositivo, tais como a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, a Política Nacional de Saúde Mental e os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que especificam o acolhimento na atenção primária.

Este relato de experiência tem como objeto de estudo a organização do acolhimento aos usuários que apresentam demandas de saúde mental na Unidade Básica de Saúde nº 2 do Cruzeiro (UBS 2 - CRZ), tendo como objetivo identificar as dificuldades e potencialidades da estratégia de acolhimento a esses usuários na Atenção Primária.

Entende-se aqui por Atenção Básica a nomenclatura adotada para definir a Atenção Primária em Saúde (APS) no país, tendo esta como sua estratégia principal de atuação a Saúde da Família<sup>1</sup>.

Para dar início à temática, vale ressaltar a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída por meio da Portaria Ministerial N° 3088/2011<sup>2</sup>. Ela é constituída pela Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, e Reabilitação Psicossocial. A organização dos serviços da rede deve ocorrer com ênfase no território e dentre seus objetivos, sob as diretrizes do respeito aos direitos humanos, equidade, garantia de acesso e qualidade, destacam-se: ampliar o acesso à atenção psicossocial, garantir a articulação e integração dos serviços que assistem a sujeitos com sofrimento psíquico, no âmbito do SUS.<sup>3</sup>

Sabe-se que a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a atenção em saúde mental preza pela manutenção de uma rede articulada de serviços. Nesse aspecto, a Atenção Básica, espaço de promoção, prevenção e tratamento de diferentes problemas de saúde, assume um papel importante na atenção a indivíduos em sofrimento psíquico, pois está inserida nos territórios e atende a uma diversidade de demandas, dentre elas a saúde mental.

A Atenção Básica se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS, e deve funcionar como a principal ordenadora da rede de atenção à saúde, pois está mais próxima dos usuários, das famílias e da comunidade. E é ela a responsável por organizar o cuidado, como previsto nas diretrizes da PNAB<sup>4</sup>:

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

A expansão e consolidação da Atenção Básica está estruturada na Estratégia Saúde da Família (ESF), com o processo de trabalho fundamentado na multiprofissionalidade com

interlocução de diferentes profissionais para realizar o conjunto de ações de Saúde, no âmbito tanto individual quanto coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde<sup>4</sup>.

Desta forma, as Unidades Básicas de Saúde devem possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao Sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. O trabalho desenvolvido deve incentivar e defender a retomada dos vínculos sociais, da conscientização sobre a importância do exercício da cidadania e da garantia dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental, assim como o resgate de subjetividades, da liberdade e autonomia desses sujeitos em sofrimento psíquico<sup>3;5</sup>.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental<sup>6</sup>, o cuidado em também precisa ser realizado na Atenção Primária em Saúde. Neste espaço é fundamental a organização de ações voltadas ao território dos pacientes e suas necessidades. Ao atendê-las é possível ampliar a Atenção Psicossocial por meio de tecnologias de cuidado que valorizem o vínculo e a atenção ao sofrimento mental do sujeito, promovendo o cuidado em uma perspectiva de integralidade.

Desde 2003, com a publicação da Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, o acolhimento foi definido como uma postura ética e não como um espaço ou um local. De acordo com o HumanizaSUS, como também é conhecida a PNH, Acolhimento deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços<sup>7</sup>. Trata-se, portanto, de um dos

principais dispositivos das UBS, que estruturam o trabalho das Equipes de Saúde, proposto em substituição às antigas triagens<sup>8</sup>;

Triagem é uma separação, escolha, seleção, ou seja, um funcionário da unidade ouve a queixa do paciente e seleciona para qual profissional da unidade ele irá encaminhá-lo enquanto acolhimento é a humanização dos serviços de saúde. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Assim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, podemos considerar o Acolhimento como uma estratégia de escuta ativa, que favorece a identificação e compreensão das necessidades, contexto de vida, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a prestar um atendimento adequado, que acolha de fato as demandas do sujeito e este por sua vez, se sinta acolhido naquele serviço.

Em 2009, o Ministério da Saúde, em sua cartilha denominada "Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência", apontou o Acolhimento como "postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde"<sup>7</sup>

“(…) a partir da análise dos processos de trabalho, o Acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a população brasileira”.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017<sup>9</sup>, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa de Saúde da Família, estabelece o Acolhimento como uma das responsabilidades da Equipe de Saúde da Família (ESF), a qual deve implementar esta prática como uma diretriz do Sistema Único de Saúde, sendo, portanto, fundamental na organização do processo de trabalho em saúde.

O Acolhimento é definido<sup>10</sup>, como o ato de ouvir com atenção, admitir o saber do usuário, levando em conta o que ele expressa, seja qual for o modo de comunicação. É descrito por Solla<sup>11</sup>, como a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de

acesso a todas as pessoas e a garantia da resolutividade, que deve ser o objeto final do trabalho em saúde.

A Reforma Psiquiátrica prevê a construção de novos modos de atenção em saúde mental como alternativa ao modelo hospitalar de atenção. Para além dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, equipamentos destinados ao cuidado e atenção às pessoas em sofrimento psíquico, a Política Nacional de Saúde Mental, definiu que o cuidado psiquiátrico também precisa ser realizado na Atenção Primária em Saúde (APS). Neste espaço é fundamental a organização de ações voltadas ao território dos pacientes e suas necessidades. Ao atendê-las é possível ampliar a Atenção Psicossocial por meio de tecnologias de cuidado que valorizem o vínculo e a atenção aos transtornos mentais, promovendo o cuidado em uma perspectiva de integralidade. Parte-se do pressuposto de que o paciente em situação de sofrimento mental precisa ser acolhido conforme prevê os dispositivos legais que normatizam esta estratégia de atenção.

Segundo a Portaria Nº 536 de 2018<sup>12</sup>, que orienta quanto às normas e fluxos assistenciais para as Urgências e Emergências em Saúde Mental no âmbito do Distrito Federal, os casos destinados a APS são as intercorrências e crises em usuários com transtornos mentais de baixa gravidade e complexidade, já os usuários com transtornos mentais graves e persistentes, deverão ser atendidos pelas equipes de CAPS e/ou demais serviços da Atenção Secundária, e a APS deve manter a coordenação do cuidado. Casos de crises e intercorrências de maior gravidade e complexidade deverão ser atendidos pelos Serviços da Atenção Terciária e/ou de Urgência e Emergência.

## **METODOLOGIA**

O presente artigo tem como metodologia o relato de experiência, que se restringiu às atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde nº 2 do Cruzeiro - UBS 2-CRZ, localizada no Cruzeiro Velho, Distrito Federal. Esta UBS é cenário de prática do Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Adulto da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). A observação ocorreu no período entre agosto de 2020 e fevereiro de 2021. A produção deste relato se deu a partir das reflexões sobre as observações feitas no cenário, acerca das experiências cotidianas proporcionadas pelos atendimentos no serviço (escuta inicial, acolhimento e atendimento ao usuário, bem como os fluxos estabelecidos no serviço e encaminhamentos a outros equipamentos de saúde) referente às demandas em saúde mental na UBS.

As reflexões foram atreladas ao referencial bibliográfico da pesquisa. Dessa forma, buscamos analisar os limites e as potencialidades do acolhimento realizado na UBS 2 - CRZ, observando as relações de atenção, vínculo e responsabilização das equipes com os usuários, identificando os fluxos e contrafluxos reais e os ideais a partir do Acolhimento do usuário em situação de sofrimento psíquico.

Para realizar a observação, foi elaborada uma dinâmica de participação no espaço físico destinado ao Acolhimento da UBS 2-CRZ e observação dos diálogos com usuários e profissionais em dias e horários diversificados durante a permanência neste cenário.

De acordo com o relatório final de 2020 do Grupo de Trabalho de Territorialização da Região Central<sup>13</sup>, a UBS 2 - CRZ é responsável por um território de aproximadamente 42.378 habitantes, incluindo áreas de extrema vulnerabilidade social, como a região de invasão localizada no Setor de Armazenamento e Abastecimento Norte (SAAN). A população assistida pela UBS engloba moradores do Cruzeiro Velho, parte do Setor Sudoeste, SAAN, Setor Militar Urbano (SMU) e Regimento de Cavalaria e Guarda (RCG).

A unidade de saúde possui cinco Equipes de Saúde da Família, duas Equipes de Saúde Bucal, e conta com profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASFab), dentre eles assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutico. Os sujeitos envolvidos no relato incluem todas as equipes de saúde da UBS e os usuários do

serviço, que buscaram atendimento com demandas de saúde mental, no período já citado acima.

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA**

### **Vivências nas dificuldades e potencialidades do “ouvir e acolher”**

Em pé na entrada da sala nomeada como Sala de Acolhimento, observando o que ali chegava e dali saía, ao final da manhã chega uma mãe com a filha no colo (aparentemente grande demais para ainda andar no colo da mãe) e o pai visivelmente agitado e querendo ir embora logo, sem eu perguntar muito a mãe começou a contar as dificuldades com o desenvolvimento da filha e como ela já estava esgotada de peregrinar pelos serviços de saúde em busca de acompanhamento, a mãe começou a chorar e o pai querendo ir embora. Quando o choro da mãe surge, ouço a voz de alguém a me sinalizar que os atendimentos de saúde mental são com o NASF e não ali...

A maioria dos “acolhimentos” se resumiam em checagem dos sinais vitais, aferir pressão, o usuário informar os dados pessoais e qual atendimento seria agendado com a sua equipe de referência de Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Os casos que remetiam a sofrimento mental eram orientados a buscar por atendimento na sala do NASF, e sua equipe reforçava constantemente que a ESF é porta aberta, mas o NASF não, ou seja, o primeiro atendimento do usuário deveria ser feito pela ESF e o papel do NASF era ampliar a capacidade de resolução dos casos acompanhados pelas equipes.

A partir dessa observação e de várias outras que chegaram ao mesmo desfecho, o qual se o usuário demonstrasse no Acolhimento qualquer comportamento de alteração emocional e/ou vulnerabilidade como, choro, irritabilidade, referir ansiedade, situações de vulnerabilidade social e conflito familiar, eram orientados a buscarem atendimento diretamente no NASF, sem serem atendidos pela ESF, e dentre todas as situações, a mais constante era o fato de o usuário chorar durante o acolhimento e ser orientado a ir ao NASF.



Durante essas situações, me questionava sobre a dificuldade de ouvir e acolher esse choro, por que essas pessoas eram direcionadas rapidamente ao NASF, será que acreditavam que apenas os profissionais ditos especialistas tinham essa função? Ou eram movidos pela comodidade e falta de conhecimento? Ou a dificuldade de se colocar a disponibilidade e afetar-se? Sabe-se que muitos são os fatores que interferem nestas respostas, mas penso que não podemos esquecer que antes de profissionais somos também pessoas e não deveríamos perder a capacidade de nos colocarmos em posição empática com alguém que chora.

É importante referir que foram observadas outras situações da realidade do serviço, intrínsecas aos processos de trabalho das Equipes e que perpassam as problemáticas vivenciadas no Acolhimento. Situações como alguns profissionais médicos se recusarem a atender casos de saúde mental, conflitos ocasionados pelas “trocas de receitas” e prescrição de medicamentos psicotrópicos. Também foi observado o cansaço e esgotamento mental de profissionais, conflitos pessoais entre profissionais e equipes, dificuldades com a gestão e processos de trabalho, inexistência de reuniões de equipe, e casos de presenteísmo e absenteísmo.

Diante do exposto se faz necessária a reflexão sobre o Acolhimento na Atenção Primária enquanto dispositivo de escuta qualificada que busca superar a fragmentação do cuidado, principalmente quando se trata das demandas em saúde mental.

O Acolhimento foi instituído nas unidades de saúde, substituindo a antiga triagem, por meio do Programa Nacional de Humanização (PNH)<sup>7</sup>, com o objetivo de compreender o sujeito como um todo, tornar o primeiro contato do usuário com o serviço menos procedimental e ofertar escuta qualificada, para a partir dela construir junto ao usuário e equipe multiprofissionais respostas às demandas.

Esse primeiro contato com o serviço possui grande potencial para o usuário e equipe, dito como a “porta de entrada”. Nesse sentido se configuram uma porta de entrada oficial,

definida pela PNAB e uma porta de entrada real, definida pelos sujeitos que trabalham no Acolhimento e que nem sempre compreendem que a concretização da porta de entrada do usuário no SUS é o Acolhimento da UBS. Estas se atravessam, pois, a atenção primária deve estar disponível ao usuário do SUS, inclusive para as pessoas com sofrimento mental, e o acolhimento por sua vez, é o primeiro contato com a unidade de saúde.

Segundo Penna, Faria e Rezende<sup>14</sup>, manter o Acolhimento seguindo os moldes da clássica Triagem se perde várias possibilidades de construção de vínculo, integralidade do cuidado, acesso adequado à rede e escuta ativa, virtudes que são tão potentes e necessárias ao processo de cuidado em saúde. Esses aspectos são relevantes para qualquer tipo de demanda, porém destaca-se que nos casos de saúde mental, minimizar o Acolhimento a um atendimento de queixa-conduta, corre-se o risco de os usuários buscarem atendimento apenas em situações de urgência ou emergência. Esse procedimento leva a Equipe a uma posição de apenas “apagar fogo”. Ou seja, os profissionais não estabelecem o vínculo com os usuários, desconhecem a sua condição de saúde e não conseguem fazer o devido acompanhamento, tanto na própria unidade quanto dos encaminhamentos para a rede, pois não acompanham o desfecho ou evolução do caso.

Ao considerar as dificuldades que os usuários em situação de sofrimento mental enfrentam no cotidiano em sociedade e na busca por cuidado, a falta de uma escuta ativa pode acarretar condutas imediatistas. E estas podem contribuir para a estigmatização do sujeito na sociedade e na própria rede de cuidado, com encaminhamentos equivocados que podem gerar diagnósticos imprecisos, prescrição de medicação sem o acompanhamento adequado, não aderência ao tratamento, barreiras de acesso aos serviços de atenção psicossocial, educação, lazer e cultura, trabalho, barreiras de acesso a benefícios sociais, entre outros<sup>14</sup>;

Mesmo com a existência de um protocolo, deve-se ter escuta qualificada, observar além dos sinais e sintomas, valorizar as angústias e inquietações das pessoas que buscam atendimento e otimizar, assim, a humanização. O grande desafio está relacionado à sua não aplicabilidade. Muitos profissionais continuam caracterizando o acolhimento como uma triagem e este não deve ser simplificado à priorização dos

casos, mas sim a uma escuta mais ampla que aquele atendimento pontual num momento de urgência e resolução de problema.

Schmidt e Figueiredo<sup>15</sup>, citam a chamada “clínica da recepção” que estabelece algumas direções para o Acolhimento como o que chamaram de “decantar a demanda”, ou seja, não atender imediatamente ao pedido inicial do usuário; trabalhar melhor questões relacionadas à medicação, propondo também outras estratégias de cuidado; considerar o diagnóstico da situação e o contexto de vida, contudo sem excluir os diagnósticos psicopatológicos, compreendendo que um perpassa o outro. Desta forma, espera-se que o usuário seja protagonista do seu tratamento, por meio da construção da corresponsabilização pelo cuidado entre usuário e equipe de saúde.

### **Potencialidades e desafios enquanto equipe de Estratégia de Saúde da Família e rede no DF**

Por meio da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal<sup>16</sup>, o Governo do Distrito Federal estabeleceu o funcionamento de todas as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal no modelo Estratégia Saúde da Família (ESF), como modelo assistencial substitutivo ao tradicional, dito ultrapassado e que já não atendia às necessidades da população local. O antigo modelo apresentava baixa resolutividade, ineficiência na longitudinalidade e integralidade do cuidado, restrição de acesso, baixo vínculo com os usuários, inexistência de responsabilidade territorial e desarticulado com a rede de atenção à saúde.

Segundo Corrêa, Moura e Quito<sup>17</sup>, aos médicos, através do Converte (processo de conversão e adaptação de outros modelos de Atenção Primária adotados no Distrito Federal para os preceitos estabelecidos na Portaria 77/2017), era concedida a opção por compor as equipes de saúde da família no novo modelo adotado. O Converte foi o processo de mudança de especialidade dos médicos especialistas (ginecologistas, pediatras e clínicos gerais, em sua grande maioria) para médicos de Saúde da Família e Comunidade, ao final do curso de

capacitação a eles oferecido pela SESDF. Ao final do Converte, aqueles que permaneceram na Atenção Básica, assinaram a sua conversão, ou seja, optaram por se tornarem médicos generalistas da Saúde da Família e Comunidade. Já os que não aderiram à esta proposta, permaneceram com a especialidade e foram remanejados para outros níveis de atenção.

Contudo, a partir das vivências na UBS, observei como ainda é um processo difícil para os profissionais médicos, mas também para os demais profissionais das ESFs, se despirem das suas especialidades e atuarem como médicos de saúde da família, principalmente no que tange às demandas em saúde mental. As trocas de saberes entre os vários dispositivos da rede e com a própria equipe da unidade de saúde, que poderiam auxiliar nas demandas, diversas vezes não acontecem. Alguns motivos podem ser levantados, tais como falhas no encaminhamento e acolhimento dos usuários pela RAPS e outras redes de cuidado, dificuldades com o matriciamento em saúde mental no DF, problemas interpessoais entre os profissionais da equipe, resistência dos profissionais da atenção básica em tratar o sofrimento psíquico, mesmo que somente situações leves e moderadas, entre outros. É como define Chiaverini<sup>18</sup>, ao afirmar que:

“(…) historicamente, há uma formação acadêmica deficitária no tratamento de pessoas com morbidades que afetam a saúde mental. Quando existe essa formação, ela ocorre predominantemente em ambiente hospitalar e/ou ambulatoriais psiquiátricos especializados, sem a apresentação das especificidades do adoecimento psíquico na APS. Consequentemente, durante sua formação, os profissionais, em especial os auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros, têm contato com pacientes com transtornos mentais graves e geralmente em períodos de crise. Dessa forma, acabam por estigmatizar o sofrimento psíquico e julgam-se incapazes de lidar com esse problema.

Na Estratégia de Saúde da Família, as equipes são territorializadas, ou seja, são referência para usuários de uma determinada área de abrangência. Isso favorece ao acompanhamento mais próximo do usuário e comunidade, a UBS conhece de perto o território do sujeito e assim possui melhor conhecimento da rede que o cerca, possibilitando o acompanhamento, de forma que os usuários da unidade de saúde, lancem mão dos serviços

dispostos no seu território, seja serviços de saúde, lazer e cultura, educação, esporte, entre outros que contribuem com os planos terapêuticos singulares – PTS.

Estes dispositivos são de suma importância para o usuário com sofrimento mental, pois são possibilidades de cuidado, por meio da oferta de atividades que enriqueçam o cotidiano, reinserção social, possibilitando que ele desfrute de direitos como qualquer outro usuário do serviço de saúde e da comunidade. Não ofertar ou não os acionar, contribui para a institucionalização e estigmatização do sujeito em sofrimento mental, contrariando preceitos da reforma psiquiátrica no Brasil. Outro aspecto de potencialidade se refere à disponibilidade de equipe multiprofissional, (na UBS de referência deste artigo, compreendendo que não são todas as UBS do DF que possuem essa realidade), de diferentes áreas do saber favorece o trabalho interdisciplinar e que o sujeito seja visto na perspectiva biopsicossocial.

O maior desafio observado é a construção de processos de trabalho interdisciplinares entre as equipes e o NASF, pois o NASF não pode atuar de forma independente do restante da equipe da UBS, como se fosse outro serviço que apenas divide espaço com a Unidade Básica de Saúde.

O Caderno de Atenção Básica nº 39, que trata sobre o Núcleo Ampliado de Saúde da Família<sup>19</sup>, define sua constituição por uma equipe com diferentes especialidades que institui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, porém não é para funcionar como um ambulatório de especialidades, pois deve receber as demandas por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais. O NASF pode realizar atividades com as equipes e atividades assistenciais diretas aos usuários com ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (ESF), não sendo necessário estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.

O NASF também auxilia as equipes a qualificar os encaminhamentos realizados para a rede, e contribui de forma a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção

Básica, agregando novas ofertas de cuidado nas UBS ao colaborar na articulação com outros pontos de atenção da rede.

Esta forma solitária do NASF existir no serviço, que observamos na UBS 2 - CRZ, interfere nos fluxos de atendimento, nos processos de trabalho da equipe, acarreta sobrecarga pois atendimentos que deveriam ser feitos por consulta compartilhada entre profissional do NASF e ESF, acabam sendo realizados apenas pelo profissional do NASF. Isso se deve também à falsa crença de que apenas os profissionais do NASF sabem e devem lidar com as demandas de saúde mental. E a consequência de tudo é a falta da assistência integral do usuário, que a recebe de forma fragmentada e compartimentalizada.

Contudo, se faz importante ressaltar ainda os processos adoecedores nas Equipes de Saúde da Família que refletem diretamente na qualidade do atendimento ofertado aos usuários, impacta nos processos de trabalho da UBS como um todo, e sobretudo, na saúde do profissional de saúde.

Esse contexto pode gerar o que se chama na literatura de Presenteísmo e Absenteísmo no ambiente de trabalho, Brahim e Lopes<sup>20</sup> conceituam o absenteísmo como a falta no trabalho por uma inaptidão do indivíduo que pode ser por diversos motivos, porém o mais comum em profissionais da saúde é por doença, as faltas frequentes podem gerar prejuízos nos processos de trabalho do serviço, além de sobrecarga do restante da equipe.

Os autores salientam que o motivo do absenteísmo é considerado de caráter multifatorial, por ter variáveis diversas, que podem ser intrínsecas ao profissional como costumes, importância, idoneidades e conhecimentos, mas também por questões relacionadas a atividade laboral como os métodos e rotina de trabalho.

As políticas da instituição com processos de trabalho adoecedores, como a repetitividade de atividades, desmotivação, falta de coordenação entre gestores/gerência e

equipe, que por sua vez pode ocasionar precária integração entre os dispositivos da unidade de saúde e equipe.

Já o presenteísmo é a presença do profissional no ambiente de trabalho, porém com baixa produtividade. A causa principal para queda no rendimento tem relação com a sobrecarga de trabalho, sentimento de insegurança, a relação entre os profissionais e diversos outros aspectos que levam ao adoecimento do indivíduo<sup>20</sup>.

No presenteísmo o profissional vai ao trabalho, mas já não consegue mais se vincular a suas atividades, fator que pode comprometer a disponibilidade e sensibilização do profissional para de fato estar junto ao usuário, e se propor a ouvir com postura ativa e acolher as demandas que ali se apresentam.

Na UBS 2 - CRZ, foi observado o presenteísmo e absenteísmo, principalmente, nos profissionais que atuavam no acolhimento e no atendimento assistencial. Os técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, frequentemente eram afastados e/ou faltavam ao trabalho por atestados médicos. A equipe da enfermagem queixava-se constantemente das atividades que exerciam e da quantidade de trabalho delegado a eles, talvez por esse e/ou outros motivos esses profissionais aparentavam-se cansados, poliqueixosos, apresentavam dificuldades para se relacionarem com a equipe, de manterem uma postura acessível e disponível para os usuários da UBS e com a própria equipe, no que envolvia tanto ações coletivas como a realização de reuniões de equipe, quanto para ações mais individuais como discussão de casos e atendimentos compartilhados.

Ressalta-se que o presente artigo não tem o objetivo de julgar ou desqualificar o serviço e sofrimento/conduita dos profissionais, se limita apenas a relatar as observações realizadas em um recorte de tempo e espaço, compreendendo que esses processos são complexos, históricos, que envolvem diversos fatores intrínsecos e extrínsecos aos profissionais e serviço, e sofrem alterações ao longo do tempo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A equipe de atenção primária tem um longo e próximo contato com a comunidade, e o seu conhecimento sobre ela permite-lhe tecer uma rede de apoio no território, o que representa grande potencial no acompanhamento dos usuários em sofrimento mental. O profissional da APS trabalha com a promoção à saúde e precisa ofertar o cuidado continuado, garantindo a atenção às demandas de saúde que surgem no território relativas à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

Sabe-se dos desafios com a rede de atenção psicossocial e atenção primária no DF, que ainda passam por processos de organização, adaptações e adoecimento das equipes, contudo, deve-se manter os esforços para que cada vez mais usuários da saúde mental tenham acolhimento de suas queixas e demandas, tratamento adequado na atenção primária como porta de entrada no SUS, evitando que as emergências hospitalares tomem esse lugar. É importante ainda, informar a comunidade que o acompanhamento em saúde mental também é feito pela unidade básica de saúde.

Ouvir e acolher demandas que muitas vezes fogem da área de formação profissional, causa insegurança, assusta e provoca difíceis processos de transferência e contratransferência, mas o essencial é que não deixe de afetar-se.

A Atenção Primária em Saúde é muito potente na resolução das principais demandas em saúde mental que surgem do território devido a sua capacidade de intervenção e responsabilização para ampliar a resolutividade da assistência e neste campo, o NASF tem um importante papel ao apresentar saberes multidisciplinares. Contudo, existem alguns desafios a enfrentar, com destaque para aqueles relativos à força de trabalho e aos modelos de gestão e de atenção, dificuldades de articulação com outros dispositivos da rede de Atenção Psicossocial e realização de matriciamento com os CAPS, falta de qualificação da equipe para atuarem nos casos de saúde mental, contribuindo para a estigmatização e preconceitos com essas demandas.



Na perspectiva das potencialidades da APS para o usuário da saúde mental destaca-se o caráter estruturante e estratégico que a Atenção Primária pode ter na constituição das redes de atenção à saúde, na medida em que se caracteriza pela grande proximidade ao cotidiano da vida das pessoas em seus territórios, pois as UBS são o tipo de serviço de saúde com maior grau de descentralização e capilaridade.

As equipes têm a possibilidade de se vincular e atuar na realização de ações coletivas no cuidado individual e familiar, sendo esses no território do usuário, fator que é essencial e preconizado pela RAPS no cuidado em saúde mental.

As dicotomias e rivalidades entre tipos de demandas e por quais serviços da rede devem ser atendidas, estigmatização do sujeito, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não favorecem a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar.

A Atenção Primária deve tomar o seu lugar de principal porta de entrada do sistema de saúde e de coordenadora do cuidado, inclusive, para os casos de saúde mental, capaz de dar respostas aos usuários, tomando o cuidado de não ser simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços da rede, como os serviços de urgência ou da atenção especializada. Algumas crenças e comportamentos da população em relação aos serviços também são moduladas pelas ofertas e pela capacidade de cuidado da Atenção Primária.

## **REFERÊNCIAS**

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. O Sistema Único de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 2007.

2. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. [Online].; 2011. Acesso 10 de Outubro de 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2007.
4. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. [Online].; 2017. Acesso 15 de Outubro de 2021. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses\\_prt\\_77\\_2017.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html).
5. Lobosque AM. Clínica em Movimento: Por uma sociedade sem manicômios Rio de Janeiro: Garamond; 2003.
6. Planalto. Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. [Online]; 2001. Acesso 20 de Outubro de 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm).
7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. [Online]; 2010. Acesso 21 de Outubro de 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf).
8. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública. p. 1171-1181, 2006.
9. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. [Online]; 2017. Acesso 07 de Outubro de 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).
10. Vasconcelos M, Grillo MJC, Soares SM. Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Nescon UFMG. p. 12-37, 2009.
11. Solla JJSP. Acolhimento no Sistema Municipal de Saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil. p. 493-503, 2005.

12. Distrito Federal. Portaria nº 536 de 08 de junho de 2018. [Online].; 2018. Acesso 15 de Outubro de 2021. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d1a268b0b8054cf1821cda2ce6ca58fa/Portaria\\_536\\_08\\_06\\_2018.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d1a268b0b8054cf1821cda2ce6ca58fa/Portaria_536_08_06_2018.html).
13. Distrito Federal. Relatório elaborado como produto do Grupo de Trabalho de Territorialização da Superintendência de Saúde da Região Central. [Online].; 2020. Acesso 25 de Outubro de 2021.
14. Penna CMdM, Faria RSR, Rezende GPd. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? Revista Mineira de Enfermagem. p. 815-829, 2014.
15. Schmidt B, Figueiredo AC. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. p. 130-140, 2009.
16. Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. [Online]; 2017. Acesso 12 de Outubro de 2021. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses\\_prt\\_77\\_2017.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/ses_prt_77_2017.html).
17. Corrêa DSRCEa. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. p. 2031-2041, 2019.
18. Chiaverini DH et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental, 2011.
19. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano (Cadernos de Atenção Básica, nº 39. [Online]; 2014. Acesso 10 de Novembro de 2021. Disponível em : [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf).

20. Brahim RJdS, Lopes VC. Absenteísmo em profissionais de unidade de estratégia de saúde da família-estudo documental. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. p. 31-37, 2018.