

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ANA PAULA CINTRA STIVAL**

**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM**

**GOIÂNIA, 2019**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:  Dissertação  Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

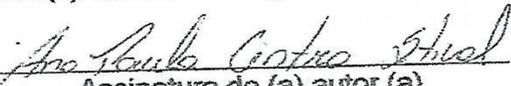
Nome completo do autor: Ana Paula Cintra Stival

Título do trabalho: Ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a enfermagem

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM  NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do (s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

  
Assinatura do (a) autor (a)

Ciente e de acordo:

  
Assinatura do (a) orientador (a)

Data: 12 / 03 / 19

**ANA PAULA CINTRA STIVAL**

**AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:  
PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.*

**Área de concentração:** A Enfermagem no cuidado à saúde humana

**Linha de pesquisa:** Gestão em Saúde e em Enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Esperidião Cardozo

**Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Dallegrave

**GOIÂNIA, 2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Cintra Stival, Ana Paula  
Ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde: perspectivas para a enfermagem [manuscrito] / Ana Paula Cintra Stival. - 2019.  
CXXXVI, 136 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Elizabeth Esperidião; co-orientadora Dra. Daniela Dallegrove.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Saúde Mental. 2. Saúde Pública. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. 5. Serviços de Saúde Mental. I. Esperidião, Elizabeth, orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE ANA PAULA CINTRA STIVAL** – Aos vinte e seis dias do mês de março de dois mil e dezenove (26/03/2019), às 14h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Esperidião (Presidente/Orientadora); Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nathália dos Santos Silva - Membro Externo (FEN/UFG); Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Patrícia Tavares dos Santos Membro Externo (FEN/UFG), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Miniauditório do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de Dissertação intitulada: **"AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERSPECTIVAS PARA A ENFERMAGEM"**, de autoria de Ana Paula Cintra Stival, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Esperidião, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Dissertação que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Dissertação foi:

**APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **MESTRE EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Dissertação, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Dissertação para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

**REPROVADA**, considerando \_\_\_\_\_

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação: \_\_\_\_\_

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Dissertação e, para constar, eu, Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.

*Elizabeth Esperidião*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Esperidião  
Orientador(a) - Presidente / PPGENF-FEN/UFG

*Nathália dos Santos Silva*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nathália dos Santos Silva  
Membro Interno/FEN-UFG

*Patrícia Tavares dos Santos*

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Patrícia Tavares dos Santos  
Membro Interno/FEN-UFG

Ao meu maravilhoso esposo, meus filhos e toda minha família. Que não mediram esforços para que eu chegasse a essa etapa da minha vida, dispensando a mim, todo o carinho e apoio necessários.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus! Pela oportunidade de viver tantas coisas boas, conhecer novos lugares, caminhos e pessoas. Meu sentimento é apenas de gratidão por tudo que seu amor e ensinamentos que modificam na minha vida.

À minha orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Esperidião pela oportunidade e apoio em todas as etapas de elaboração e execução deste trabalho. Pelo carinho, amizade e compreensão, que dispensou a minha pessoa nos momentos de dificuldade. Por todo conhecimento agregado através de suas orientações. A senhora será sempre uma referência para mim.

À minha coorientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniella Dallegrove que com seu jeitinho calmo gaúcho de ser, dividiu suas experiências e conhecimentos, acompanhando e orientando em todos os momentos deste trabalho. Pelo carinho e amizade. E também por ter aceitado fazer parte da minha história.

Ao meu esposo Thiago Ganzaroli Mendanha que sempre está de mãos dadas comigo em todas as decisões. Pelo incentivo, apoio e compreensão. E por sempre acreditar em mim, mais do que eu mesma. Amo-te.

Aos meus filhotes Giovanna e Kauê, que fizeram com que minha ausência se tornasse mais fácil através do amor, carinho e compreensão, mesmo ainda pequenos e necessitados de atenção. Amo vocês.

As mulheres que fazem parte da minha vida, minha mãe, sogra, irmã e minha tia. Pelo apoio incondicional em todos os momentos.

Ao meu grupo de amigos tão queridos que todas as semanas nos encontramos e reunimos nossas famílias para o estudo dos ensinamentos do Cristo através do Culto no Lar. Por todo apoio mental, espiritual e afetivo que todos dispensaram a mim.

Aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e da Estratégia Saúde da Família de Inhumas e minha amiga Adriana, por autorizarem e apoiarem a pesquisa em todos os momentos. E também a todos os participantes.

A todos os novos amigos e amigas que conquistei nestes anos de mestrado. Toda a galera da turma de 2017 e do meu grupo de pesquisa Recuid.

Aos professores convidados para compor a banca examinadora Professoras Dr.<sup>a</sup> Nathália dos Santos Silva, Dr.<sup>a</sup> Patrícia Tavares dos Santos, Dr.<sup>a</sup> Camila Caixeta

e Professor Dr.<sup>o</sup> Marcelo Medeiros, muita gratidão pelo aceite e por suas contribuições.

A toda equipe do PPGENF/FEN pelo carinho e atenção, principalmente a Professora Dr.<sup>a</sup> Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira e Julianna Malagoni Cavalcante Oliveira.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, obtendo auxílio estudantil que se fez necessário e de grande importância durante todo período de construção, desenvolvimento e finalização do estudo. Gratidão por este auxílio. E que a ciência em nosso país seja uma prioridade.

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

Francisco Cândido Xavier

## SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS .....	12
LISTA DE QUADROS.....	13
LISTA DE TABELAS .....	14
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	15
RESUMO.....	17
ABSTRACT.....	18
RESUMEN .....	19
1. APRESENTAÇÃO .....	20
2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVO DO ESTUDO .....	23
3. OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	28
3.2 Objetivos Específicos .....	28
4. PILARES DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO SETOR PÚBLICO.....	29
4.1 Políticas Públicas e a Constituição Da Rede De Atenção Psicossocial (RAPS) .....	29
4.2 Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental .....	36
5. ITINERÁRIO METODOLÓGICO .....	43
5.1 Características do local de estudo .....	44
5.3 Apresentação da trajetória de coleta de dados .....	47
5.4 Coleta de dados.....	49
5.4.1 Etapa 1: Aproximação.....	49
5.4.2 Etapa 2: Imersão.....	50
5.4.3 Etapa 2: Grupos Focais .....	51
5.5 Análise dos dados.....	57
6. RISCOS E BENEFÍCIOS .....	60
7. SOBRE A ÉTICA .....	61
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	62
8.1 Análise descritiva de caracterização .....	62
8.2 Análise problematizadora.....	69

<b>8.2.1 Demandas e ações em saúde mental .....</b>	<b>69</b>
<b>8.2.2 Fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pela ESF.....</b>	<b>79</b>
<b>8.2.2.1 Fatores pessoal profissional .....</b>	<b>79</b>
<b>8.2.2.2 Fatores interdisciplinares .....</b>	<b>82</b>
<b>8.2.2.3 Fatores Organizacionais .....</b>	<b>84</b>
<b>8.2.2.4 Fatores Relacionais.....</b>	<b>88</b>
<b>8.2.2.5 Fatores Externos .....</b>	<b>95</b>
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>99</b>
<b>10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>103</b>
<b>11. APENDICES .....</b>	<b>112</b>
<b>12. ANEXOS .....</b>	<b>133</b>

## LISTA DE FIGURAS

- Figura A.** Esquema de códigos e subcódigos estabelecidos no software para análise qualitativa dos dados..... 55
- Figura B:** Esquema de Fatores limitadores na integração das ações de saúde mental na APS..... 75

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Distribuição dos serviços de saúde pública do município estudado.....	43
<b>Quadro 2.</b> Demonstrativo das etapas e dos recursos e instrumentos utilizados na coleta de dados.....	46
<b>Quadro 3.</b> Escala de observação no Centro de Atenção Psicossocial do Município.....	48
<b>Quadro 4.</b> Planejamento Estratégico Situacional, dos temas emergentes do primeiro grupo focal com supervisores da ESF do município em estudo.....	52

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características de sexo, idade e tempo de formação dos profissionais enfermeiros que atuam na ESF do município estudado.....	58
<b>Tabela 2.</b> Cobertura de eSF nas UBS do município.....	60
<b>Tabela 3.</b> Características de formação dos profissionais que atuam nas eSF do município.....	61
<b>Tabela 4.</b> Características de atendimentos e acesso dos usuários a ESF do município estudado.....	62
<b>Tabela 5.</b> Estabelecimento do vínculo com a comunidade e equipe supervisionada.....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABS:** Atenção Básica em Saúde
- ACD:** Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS:** Agente Comunitário de Saúde
- APA:** Associação Americana de Psiquiatria
- APS:** Atenção Primária à Saúde
- AVAI:** Anos de vida ajustados por incapacitação
- BZDC:** Benzodiazepínicos
- CAIS:** Centro de Atenção Integrada à Saúde
- CAPES:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- CEP:** Comitê de Ética em Pesquisa
- CNPq:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CR:** Consultório na Rua
- DAB:** Departamento de Atenção Básica
- DSM:** Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
- eSF:** Equipes de Saúde da Família
- ESF:** Estratégia Saúde da Família
- FEN:** Faculdade de Enfermagem
- GISAH:** Sistema Global de Informação sobre Álcool e Saúde
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MhGAP:** Programa de ação para reduzir as lacunas em saúde mental
- MT&C:** Medicinas Tradicionais e Complementares
- NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- OPAS:** Organização Pan-Americana da Saúde
- PAIUAD:** Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas
- PICS:** Práticas Integrativas e Complementares em saúde
- PNAB:** Política Nacional da Atenção Básica
- PNPIC:** Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
- PPGENF:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
- PSF:** Programa Saúde da Família
- RAPS:** Rede de Atenção Psicossocial

**RAS:** Redes de Atenção a Saúde

**RD:** Redução de Danos

**Recuid:** Grupo interdisciplinar de pesquisa e intervenção em saúde mental

**RP:** Reforma Psiquiátrica

**RUE:** Rede de Atenção as Urgências e Emergências

**SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SIAB:** Sistema de Informações da Atenção Básica

**SIH:** Sistema de Informações Hospitalares

**SIM:** Sistema de Informações sobre Mortalidade

**SMS:** Secretaria Municipal de Saúde

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS:** Unidade Básica de Saúde

**UFG:** Universidade Federal de Goiás

**UPA:** Unidade de Pronto Atendimento

**WHO:** World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

**WONCA:** World Organization of Family Doctors (Organização Mundial dos Médicos de Família)

## RESUMO

Pesquisa do tipo intervenção com característica descritivo-exploratória e de abordagem qualitativa, discute aspectos relacionados ao processo de integração das ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo em vista a necessidade de ampliar o cuidado em saúde mental às pessoas da comunidade no território. Com vistas ao fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e da atenção em saúde mental, no campo estudado, objetivou-se identificar e analisar o desenvolvimento das ações em saúde mental na perspectiva dos supervisores das equipes saúde da família. Foram traçados os seguintes objetivos específicos: identificar as demandas do campo da saúde mental na Estratégia Saúde da Família (ESF); descrever as ações do campo da saúde mental ofertadas pelas equipes saúde da família; investigar os fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental na perspectiva dos supervisores da Estratégia Saúde da Família, além de experimentar a implementação do Planejamento Estratégico Situacional como ferramenta para reflexão e mudança das práticas em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. A pesquisa foi desenvolvida em um município de médio porte da região Centro Oeste do Brasil, em que participaram enfermeiros supervisores das ESF. Os dados foram coletados por meio de observação participante na ocasião da aproximação e imersão no campo em estudo, grupos focais e por um questionário autoaplicável, visando obter o perfil profissiográfico dos participantes. Seguiu-se à análise temática de conteúdo com auxílio de *software* de análise de dados qualitativos. Como principais resultados observou-se que o cuidado em saúde mental na APS, na perspectiva da enfermagem, abrange três dimensões: a reorganização/gestão do processo de trabalho de enfermagem, mudança de postura do profissional e planos efetivos de educação permanente. Além disso, são descritos e analisados fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pela ESF. Este estudo sinaliza a viabilidade de instituir planos de educação permanente aos profissionais que estão à frente da APS, diante da premente necessidade apontada pelos próprios participantes nas discussões empreendidas ao longo do desenvolvimento da pesquisa, assim como releva o Planejamento Estratégico Situacional como estratégia importante de reflexão das ações de cuidado em saúde mental na esfera da APS. Por fim, traz a análise destas questões na dimensão da formação do enfermeiro.

**Palavras chaves:** Saúde Mental, Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Serviços de Saúde Mental.

## ABSTRACT

Research on the type of intervention with a descriptive-exploratory and qualitative approach, discusses aspects related to the integration process of mental health actions in Primary Health Care (PHC), in view of the need to extend mental health care to the people of community in the territory. With a view to strengthening the Psychosocial Attention Network and mental health care in the field studied, the objective was to identify and analyze the development of mental health actions from the perspective of the supervisors of the family health teams. The following specific objectives were identified: identifying the demands of the field of mental health in the Family Health Strategy (ESF); describe the actions of the mental health field offered by the family health teams; to investigate the factors that influence the development of actions in the field of mental health from the perspective of the supervisors of the Family Health Strategy, in addition to experiencing the implementation of Situational Strategic Planning as a tool for reflection and change in mental health practices in the Family Health Strategy. The research was developed in a medium-sized municipality in the Central West region of Brazil, in which nurses supervising the FHT participated. The data were collected through participant observation at the time of approach and immersion in the field under study, focus groups and by a self-administered questionnaire, aiming at obtaining the professional profile of the participants. Thematic content analysis was followed by qualitative data analysis software. As main results, it was observed that the mental health care in PHC, from a nursing perspective, comprises three dimensions: the reorganization / management of the nursing work process, changes in the professional's posture and effective permanent education plans. In addition, factors that influence the development of actions in the field of mental health by the FHT are described and analyzed. This study indicates the feasibility of instituting permanent education plans for the professionals who are at the forefront of PHC, given the pressing need pointed out by the participants themselves in the discussions undertaken during the research development, as well as highlighting the Situational Strategic Planning as an important strategy for reflection of mental health care actions in the sphere of PHC. Finally, it brings the analysis of these questions into the nursing training dimension.

**Keywords:** Mental Health, Public Health; Primary Health Care;; Nursing; Mental Health Services.

## RESUMEN

La investigación del tipo intervención con característica descriptiva-exploratoria y de abordaje cualitativo, discute aspectos relacionados al proceso de integración de las acciones de salud mental en la Atención Primaria en Salud (APS), teniendo en vista la necesidad de ampliar el cuidado en salud mental a las personas de la salud comunidad en el territorio. Con vistas al fortalecimiento de la Red de Atención Psicosocial y de la atención en salud mental, en el campo estudiado, se objetivó identificar y analizar el desarrollo de las acciones en salud mental en la perspectiva de los supervisores de los equipos salud de la familia. Se trazaron los siguientes objetivos específicos: identificar las demandas del campo de la salud mental en la Estrategia Salud de la Familia (ESF); describir las acciones del campo de la salud mental ofrecidas por los equipos salud de la familia; investigar los factores que influyen el desarrollo de las acciones del campo de la salud mental en la perspectiva de los supervisores de la Estrategia Salud de la Familia, además de experimentar la implementación de la Planificación Estratégica Situacional como herramienta para la reflexión y el cambio de las prácticas en salud mental en la Estrategia Salud de la Familia. La investigación fue desarrollada en un municipio de mediano porte de la región Centro Oeste de Brasil, en el que participaron enfermeros supervisores de las ESF. Los datos fueron recolectados por medio de observación participante en la ocasión de la aproximación e inmersión en el campo en estudio, grupos focales y por un cuestionario autoaplicable, buscando el perfil profético de los participantes. Se siguió al análisis temático de contenido con ayuda de software de análisis de datos cualitativos. Como principales resultados se observó que el cuidado en salud mental en la APS, en la perspectiva de la enfermería, abarca tres dimensiones: la reorganización / gestión del proceso de trabajo de enfermería, cambio de postura del profesional y planes efectivos de educación permanente. Además, se describen y analizan factores que influyen el desarrollo de las acciones del campo de la salud mental por la ESF. Este estudio señala la viabilidad de instituir planes de educación permanente a los profesionales que están al frente de la APS ante la urgente necesidad apuntada por los propios participantes en las discusiones emprendidas a lo largo del desarrollo de la investigación, así como releva la Planificación Estratégica Situacional como estrategia importante de reflexión de las acciones de cuidado en salud mental en la esfera de la APS. Por último, trae el análisis de estas cuestiones en la dimensión de la formación del enfermero.

**Palabras Claves:** Salud Mental, Salud Pública; Atención Primaria en Salud;; Enfermería; Servicios de Salud Mental.

## 1. APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a saúde mental ocorreu quando ingressei no mestrado. Após passar pelo processo seletivo, inseri-me no grupo interdisciplinar de pesquisa e intervenção em saúde mental da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás nominado RECID, “refletir para cuidar”, o qual está cadastrado no diretório dos grupos de pesquisa no Brasil pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Ainda que eu tenha interesse em temas direcionados ao processo de ensino-aprendizagem nos cursos de graduação em enfermagem, sempre me inquietou o modo como as pessoas acolhem os infortúnios do próximo, independente do mal que lhes afligem, como também a localidade. Foi então que, em uma das reuniões do RECID, dentre várias discussões, ficou estabelecida a necessidade de desenvolver pesquisas que abrangessem a saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Imediatamente me propus em me debruçar sobre o tema, considerando sua relevância, largamente descrito na literatura por profissionais com expertise na área, além de estar de acordo com a Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa na Área da Saúde.

Assim, para mim não configurou um problema explorar outro campo de conhecimento da enfermagem. Quando se está inserido em um grupo de pesquisa sempre se vivencia momentos e compartilha-se experiências. O grande desafio, porém, foi induzir a reflexão sobre a saúde mental em uma localidade na qual os trabalhadores inseridos nos serviços ainda possam estar impregnados do modelo biomédico, especializado e patologizante no que se refere à saúde mental.

Foi também instigante, neste estudo, demonstrar que, no meio de tantos protocolos de procedimentos, rotinas e cartilhas a serem seguidas, aos quais os profissionais são orientados na APS, também há o potencial terapêutico de cada um. Ilustrando que as práticas das equipes saúde da família (eSF) conseguem abranger saberes em relação a saúde mental e não somente os profissionais que atuam na especialidade podem contribuir e fortalecer o acolhimento, acompanhamento e tratamento dos usuários.

A escolha do assunto a ser apresentado neste estudo partiu das seguintes questões de pesquisa: 'Como está a assistência em saúde mental na APS? Que estratégias podem melhor subsidiar as ações de saúde mental na APS?'

Para atingir os objetivos deste estudo e melhor compreensão do leitor, farei uma breve apresentação de suas características e dos conteúdos desenvolvidos na delimitação do problema e dos objetivos, e dos capítulos do referencial teórico.

Trata-se de um estudo desenvolvido no Brasil, estado de Goiás, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (PPGENF/FEN/UFG), para fins de conclusão de curso e obtenção do título de Mestre em Enfermagem. A dissertação de mestrado está inserida na área de concentração a "Enfermagem no cuidado à saúde humana", e linha de pesquisa "Gestão em saúde e em enfermagem", com a área temática em saúde mental.

Na delimitação do problema e objetivo do estudo será apresentado um panorama geral da situação de saúde mental tanto a nível nacional quanto mundial, trazendo a conhecimento do leitor as evidências recentes sobre esta temática, como também de dados epidemiológicos.

O referencial teórico será apresentado sob o título "Pilares da atenção em saúde mental no setor público" e está dividido nos seguintes tópicos: 1. Políticas Públicas e a constituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e 2. Saúde Mental e APS.

O primeiro tópico "Políticas Públicas e a Constituição da RAPS", traz uma apresentação geral desde a instituição da atenção voltada para abordagens psicossociais, discutindo a desinstitucionalização, até a formulação da Política de Saúde Mental no Brasil pela promulgação da Lei 10.216, 2001, e do desenrolar desta política até alcançar a necessidade de criação da RAPS.

Já o segundo tópico, "Saúde Mental e atenção primária à saúde", tem como objetivo ressaltar a importância do trabalho na dimensão de território que possui a APS, validando o trabalho neste nível como parte integrante de uma rede de assistência à saúde (RAS).

No itinerário metodológico será apresentada a modalidade de pesquisa qualitativa ao qual foi desenvolvido este estudo, uma breve caracterização do local de estudo, bem como do espaço de coleta de dados e participantes. Para melhor compreensão dos passos metodológicos e instrumentos utilizados na coleta de dados,

está disponível uma apresentação da trajetória de coleta de dados. E por fim, a descrição minuciosa do desenvolvimento de cada etapa de coleta de dados.

Em seguida, será apresentado o processo de análise dos dados com a associação da utilização de *software* de análise qualitativa, ilustrando as codificações criadas por esta ferramenta na identificação de discursos semelhantes e direcionados a assuntos específicos alinhados aos objetivos. Em seguida, haverá informações sobre os riscos e benefícios do desenvolvimento deste estudo, bem como as questões ligadas aos aspectos éticos e legais de pesquisa.

No capítulo referente aos resultados e as discussões, primeiramente será exposta a análise dos dados coletados através do questionário autoaplicável, intitulado por análise descritiva de caracterização. Posteriormente, seguirá com as análises dos dados obtidos pelos grupos focais, imersão e também parte do questionário, tendo em vista que foram incluídas algumas questões subjetivas. Esta análise foi intitulada em análise problematizadora. Toda a discussão será feita com base em evidências científicas e em documentos oficiais de políticas públicas.

Nas considerações finais constará um apanhado dos resultados obtidos pelo estudo, avaliando o alcance dos objetivos proposto, procurando abrir portas para renovação e construção das práticas em saúde mental na APS. De modo a problematizar também os resultados, serão expostos alguns pressupostos e sugestões.

Ao final, após as referências bibliográficas, estão anexados todos os arquivos que foram contemplados neste estudo, na forma de apêndices, a saber: o projeto de pesquisa simplificado apresentado a Secretaria Municipal de Saúde para desenvolvimento da pesquisa; a solicitação de autorização prévia para realização da pesquisa no município; o guia de anotação de campo para observação participante na imersão; o planejamento para os dois grupos focais; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o instrumento autoaplicável de caracterização das equipes. Também consta nos apêndices, um artigo científico, produto de um fragmento dos resultados desta dissertação em uma análise reflexiva acerca da Inteligência Emocional.

Organizados como anexos estão: o relatório dos serviços de saúde municipal disponibilizado pela gestão, o termo de anuência da Secretaria Municipal de Saúde, o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e a Certidão da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

## 2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETO DO ESTUDO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948, como um estado de “completo bem-estar físico, mental e social”, findando assim, com o anteriormente atribuído, caracterizado apenas pela ausência de doença ou enfermidade (OMS, 1948). Trata-se de um conceito historicamente inovador atribuído às realidades daquela época, com o intuito de superar a dicotomia entre corpo e mente até então existente. Na atualidade, podemos dizer que este conceito já não se aplica devido à complexidade de demandas exigidas e, também, levando em consideração que em algum momento da vida, o ser humano poderá ser privado deste bem-estar (SÁ, PUERTO, 2009).

Talvez um conceito que poderia melhor refletir os tempos atuais seria o proposto por Minayo, quando considera que: “Saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (MINAYO, 1992, p. 10).

O termo “saúde mental” ampliou ainda mais o conceito de saúde, tanto da OMS quanto o então exemplificado por Minayo (1992), configurando-se em um estado de bem-estar no qual um indivíduo é capaz de perceber suas habilidades, consegue lidar com as tensões naturais da vida, é produtivo no trabalho e contribui com a comunidade (WHO, 2013). Reitera-se, no entanto, que não há saúde sem saúde mental, quando a reconhece como parte integrante de saúde.

Quatro décadas se passaram desde a declaração na Conferência de Alma-Ata da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978 onde definiram que Atenção Primária à Saúde seria o modelo de atenção responsável para o enfrentamento de diversos problemas de saúde da população mundial (OMS, 1978). Não obstante, incluía-se entre estes os de saúde mental. As ações de saúde mental essenciais na APS incluem a identificação precoce, o tratamento de perturbações mentais comuns, a gestão de paciente estabilizado, a coordenação para outros níveis de complexidade quando necessário, a atenção às pessoas com problemas físicos, e a promoção e prevenção em saúde mental (OMS, WONCA, 2008).

A APS é vista como base de um modelo universal de saúde, tendo em vista que, um de seus atributos é configurar como a porta de entrada dos usuários nos

sistemas de saúde e também funciona como “filtro” para atenção especializada, na coordenação do cuidado (GIOVANELLA, ALMEIDA, 2017).

No Brasil, o marco importante da APS ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde, que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial de saúde, por propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados na comunidade. Desde então, ficou estabelecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; ARANTES, SHIMIZU, HAMANN, 2016). A ESF, portanto, constitui-se na promoção de práticas e ações de saúde, de forma integral e continuada, voltadas para a comunidade e grupos familiares, responsabilizando-se pela saúde da população que compõem o território (SOALHEIRO, 2017).

No campo da saúde mental, essa noção do trabalho no território também está presente desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica, com a criação dos primeiros serviços substitutivos, com serviços locais e de características diversas que têm o objetivo de substituir a solução única e excludente do modelo biomédico, hospitalocêntrico e manicomial, que era o hospital psiquiátrico (SOALHEIRO, 2017). As ações de saúde mental realizadas dentro da comunidade permitem o acesso da família e à continuidade das atividades cotidianas, como também evita altos custos associados com a procura de cuidados especializados (OMS, WONCA, 2008).

Os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias vêm apresentando um alto e crescente índice de prevalência representando grande fardo de doença e de incapacidade global. De acordo com a OMS, um em cada dez indivíduos no mundo possui algum transtorno mental, mas apenas 1% da força de trabalho – *workforce* - de saúde global fornece cuidados direcionados para atender a esta demanda (WHO, 2016).

Em um panorama geral de saúde mental explicitado no Relatório Mundial da Saúde em 2001, elaborado também pela OMS, registrou-se a possibilidade de estimar que, enquanto no ano de 2000 as perturbações mentais e neurológicas foram responsáveis por 12% do total de anos de vida ajustados por incapacitação (AVAI) perdidos, em relação a todas outras doenças e lesões, até 2020, o peso dessas doenças terá crescido para 15% (WHO, 2001).

O aumento do consumo de álcool e de substâncias, aliado aos altos índices de suicídio, vêm sendo motivo de crescente preocupação mundial. Segundo o

documento intitulado “Estatísticas mundiais de saúde 2017: monitoramento da saúde para metas de desenvolvimento sustentável” (*World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs*), o consumo de álcool em 2016 foi de 6,4 litros por pessoa com 15 anos ou mais entre os países monitorados anualmente pela OMS pelo Sistema Global de Informação sobre Álcool e Saúde (GISAH). Concomitantemente, de acordo com este mesmo documento, quase 800.000 mortes por suicídio ocorreram em 2015. Muitos destes decorrentes de quadros depressivos, tornando-se a segunda causa principal de morte por lesão, posterior a lesões causadas pelo trânsito (WHO, 2017).

No Brasil, de acordo com as informações da assistência à saúde pela produção hospitalar disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) período até janeiro de 2019, foram notificadas 17.585 internações direcionadas ao tratamento dos transtornos mentais e comportamentais. E em relação à mortalidade, segundo os dados preliminares do período de 2017 do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foram notificados 136.280 óbitos por causas evitáveis, reduzíveis pelas ações de promoção, prevenção e atenção a causas externas, em indivíduos de 5 a 74 anos. Deste total, 73.794 estão relacionados ao campo da saúde mental, ficando atrás apenas das reduzíveis a doenças não transmissíveis (DATASUS, acesso 2019).

Nesse sentido, podemos inferir que estes dados acima mencionados, tanto pelo SIH quanto pelo SIM, demonstram que a realidade vivida no Brasil em relação a saúde mental vem ao encontro do cenário em nível mundial, evidenciando que as ações voltadas para esta área não estão suficientemente capazes de subsidiar mudanças na condição de vida da população. Como o objetivo deste estudo é abordar as ações de saúde mental na APS, pode-se observar que na literatura, os dados evidenciam que as práticas ainda são muito negligenciadas por insegurança e falta de capacitação dos profissionais, direcionando a prestação de serviços baseados na lógica de encaminhamentos a serviços especializados e a medicalização. De acordo com alguns estudos, os trabalhadores da APS expõem fortemente que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo de cuidado em saúde mental mais indicado, não considerando os demais dispositivos e recursos territoriais como importantes neste cuidado (MARTINS, SOUZA, VIEIRA, et.al, 2015; SILVA, IGLESIAS, 2017; ESLABÃO, COIMBRA, KANTORSKI et.al, 2017; BARBOSA, CAVALCANTI, ALCANTARA, et.al, 2017).

Crescentes são os esforços ao redor do mundo a fim de propor novas formas de ampliar e fortalecer a prestação e planejamento de serviços para atendimento aos indivíduos que padecem de problemas relacionados à saúde mental. Pontualmente, uma recomendação comum entre todas é fortalecer e integrar as ações de atenção à saúde mental na APS. Importante esclarecer também, seguramente, que a APS e nenhum outro serviço de saúde isoladamente preenche todas as necessidades em relação à saúde mental. Mas com apoio, supervisão, partilha de informação, e educação permanente entre todos os níveis de complexidade de cuidado, é possível promover um atendimento eficaz e de alta resolutividade (OMS, WONCA, 2008).

Muitos países vêm assumindo o compromisso de tentar formular novas políticas de saúde mental, implementando estratégias e planos de ação que garantem o acesso universal e o cuidado equitativo (ÂNDREA, 2015; WHO, 2013). Um exemplo desse movimento foi a implementação do Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2020 (*Comprehensive mental health action plan 2013–2020*) criado pela OMS e adotado na 66ª Assembleia Mundial de Saúde por 177 Estados Membros da Organização, totalizando uma representatividade de 97% da população mundial (WHO, 2013).

Este plano de ação está fortemente ligado nos princípios dos direitos humanos e concentra-se na exigência de expansão dos serviços de saúde mental, afim de promover maior eficiência do uso dos recursos disponíveis em cada país (WHO, 2013). Para monitoramento e fornecimento de informações deste plano de ação a OMS elaborou um projeto denominado Atlas de Saúde Mental (*Mental Health Atlas*), que se iniciou em 2001 e vem obtendo atualizações subsequentes. Os dados coletados periodicamente são apresentados na forma de um conjunto de indicadores básicos relacionados às metas globais, bem como de outras ações (WHO, 2017).

Na última edição do Atlas de Saúde Mental, 2017, um dos pontos que chamaram a atenção foi revelar mais evidências da escassez de profissionais de saúde voltados para a saúde mental e a falta de investimento em atenção baseada na comunidade. De acordo com este documento, a taxa de trabalhadores de saúde mental está muito baixa, dois a cada 100 mil habitantes, comparado aos países de alta renda que possuem mais de 70. E que há uma necessidade emergencial em realizar uma transição para o cuidado baseados na comunidade, tendo em vista que a taxa global de leitos em hospitais psiquiátricos foi estimada em seis vezes mais (11,3 por cada 100 mil habitantes) do que a taxa de leitos em hospitais gerais (WHO, 2017).

A partir destas considerações, optamos por abordar, neste estudo, o tema de saúde mental na APS, com a intencionalidade de fornecer reflexão e construção de evidências que proporcionem a elucidação das práticas na abordagem psicossocial e baseada na comunidade através das eSF, servindo como subsídio para o entendimento dos fatores importantes para a transição da atenção baseada na comunidade e o fortalecimento da atenção psicossocial nacional e de atenção à saúde mental mundial.

Buscou-se, então, com essa pesquisa, procurar responder às seguintes questões: 'Quais são as demandas de saúde mental que chegam à APS? Quais são as ações do campo da saúde mental, já ofertadas pela APS? E quais fatores influenciam no desenvolvimento das ações voltadas para a saúde mental na APS?' E, por fim, cabe ampliar o questionamento em função das necessidades do cenário atual: 'Que estratégias poderiam melhor subsidiar a integração de ações de saúde mental na APS?'

### **3. OBJETIVOS**

Focando a promoção de um espaço de reflexão junto aos supervisores das Estratégias Saúde da Família, sobre as ações do campo da saúde mental na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e da atenção em saúde mental, este trabalho teve como objetivos:

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental na perspectiva dos supervisores das equipes saúde da família.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Identificar as demandas dos usuários no campo da saúde mental na perspectiva dos supervisores da Estratégia Saúde da Família.

Descrever as ações do campo da saúde mental ofertadas pelas equipes saúde da família.

Investigar os fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental na perspectiva dos supervisores da Estratégia Saúde da Família.

## **4. PILARES DA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO SETOR PÚBLICO**

### **4.1 Políticas Públicas e a Constituição Da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**

A Reforma Psiquiátrica (RP) ocorreu inicialmente na Inglaterra, França, Itália e, posteriormente, no Brasil. Seu objetivo básico foi criar e propor novas formas de tratamento aos indivíduos com sofrimento psíquico grave, destituindo o modelo asilar fundamentado na prática hospitalar e medicamentosa (AMANCIO, ELIA, 2017). Caracterizou-se em um movimento sociopolítico e cultural, que ansiava pela extinção do manicômio e pela humanização das práticas assistenciais destinadas aos portadores de transtornos mentais e comportamentais (DESVIAT, 2015; AMARANTE, 2007).

Dois eventos impulsionaram o movimento da “luta antimanicomial” no Brasil, ambos ocorridos no ano de 1987: a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental e o 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. A conferência marcou o início da desinstitucionalização, através de denúncias sobre a violência dos manicômios, sobre a mercantilização da loucura e a crítica do saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico. Por sua vez, o encontro, com o lema “Por uma sociedade sem Manicômios”, objetivou chamar a sociedade para discutir e reconstruir as formas em lidar com a “loucura” ainda arraigadas nos modelos que estavam sendo negados, através da participação dos usuários e suas famílias em conferências e encontros destinados a saúde mental. Foi também a partir deste momento, que os sujeitos atendidos deixaram de ser “pacientes” e passaram a ser chamados de “usuários” (CARVALHO, 2012; AMANCIO, ELIA, 2017).

Outros fatores que contribuíram para a RP foram a constituição federal de 1988, a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), sem os quais, a reforma não teria se efetivado. Todos estes movimentos e as políticas públicas atuais de saúde mental são, portanto, produtos de longa luta de usuários, familiares e trabalhadores contra a exclusão e o aprisionamento de pessoas com transtornos mentais (COSTA, COLUGNATI, RONZANI, 2014).

O que legitimou esta transformação de pensar e se fazer saúde mental no Brasil, foi a promulgação da Lei 10.216 de 2001, a qual ficou conhecida como a Lei da RP, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Apesar de um avanço considerável, ao revogar a “arcaica” legislação de 1934, o projeto original desta lei, além de ter sido rejeitado permaneceu por doze anos em tramitação e ao final de seu texto, não assegurou a extinção progressiva dos manicômios, uma das mais importantes aspirações do movimento (AMARANTE, 2007).

Em contrapartida, a Lei 10.216 da RP configurou-se como um marco na história a nível federal, pois, foi a partir da mesma que o cuidado aos usuários de saúde mental passou a ter visibilidade de forma mais específica e foi proposto um modelo de assistência voltado para a integralidade do cuidado centrado na garantia dos direitos humanos e da cidadania (ZANARDO, LEITE, CANODÁ, 2017).

Tal lei estabelece ainda, que a assistência no campo da saúde mental deve ser feita em caráter aberto, de base comunitária, possibilitando que os usuários usufruam de todos os recursos disponíveis em seu território, facilitando o acesso a todos os serviços. Assim, gradativamente, a lógica do cuidado antes hegemonicamente hospitalocêntrica, passa a assumir um modelo de atenção descentralizada, baseando-se no pressuposto da valorização das potencialidades do cuidado, próximo ao contexto de vida das pessoas (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

As práticas no campo da saúde mental, sob a perspectiva da atenção psicossocial, têm como ideia organizadora a noção de que as pessoas devem ser visualizadas em sua complexidade. Partem do pressuposto de que não é possível enfrentar o sofrimento psíquico sem a participação ativa do indivíduo que sofre ou separando-o do convívio com outras pessoas, famílias ou redes sociais. A utilização de novas estratégias de intervenção e diferentes formas de manejo do problema em conjunto com a família, amigos e redes sociais, são recursos importantes para o rompimento do isolamento, exclusão e estigmatização; condições comuns observadas em indivíduos que eram submetidos ao modelo psiquiátrico tradicional (KANTORSKI, ANDRADE, 2017).

Segundo Amarante (2007), o processo de saúde mental e a atenção psicossocial abrangem quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. A dimensão teórico-conceitual concebe que trabalhar com usuários de saúde mental requer constantemente a desconstrução na íntegra do conceito de “doença”, implicando a possibilidade de produção de conhecimento

através de contatos empíricos com o fenômeno. A ideia de “doença entre parênteses” atribuída por Amarante reforça uma atitude epistêmica que não significa negar a existência da doença, mas sim, de atribuir a ela outros saberes que não apenas os pressupostos na ciência. Considerando estes aspectos, o sujeito é contemplado em sua individualidade, com problemas e conflitos concretos e inerentes ao meio no qual vive, validando a noção da integralidade da saúde mental. Os serviços de saúde necessários, portanto, serão os que lidam com as pessoas e não com a doença, caracterizados pelos dispositivos estratégicos que abrangem o acolhimento, cuidado e trocas sociais. Dessa forma, constitui-se a estes lugares de sociabilidade e produção de subjetividades, a dimensão técnico-assistencial interligada a dimensão teórico-conceitual (AMARANTE, 2007).

Em relação a dimensão jurídico-política constitui-se um desafio a ser superado. Ainda existe uma necessidade de revisão da legislação, o código penal, o civil e outras legislações, contemplam referências nocivas aos indivíduos que possuem algum sofrimento psíquico, impossibilitando assim, que exerçam a cidadania. Configuram-se como obstáculos na medida em que restringem os indivíduos com diagnóstico de deficiência mental quanto ao desenvolvimento de atividades profissionais, cooperativas, entre outras, fragilizando as estratégias de inclusão social. Trata-se de uma “luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental” (AMARANTE, 2007, p. 39).

Por sua vez, a dimensão sociocultural diz respeito às interpretações e representações coletivas criadas pela sociedade e atribuídas a fatos, pessoas ou coisas. No processo de saúde mental a psiquiatria contribuiu para o entendimento da sociedade de que o “doente mental” é perigoso, irracional e de que seu lugar é no hospício. Neste ponto, se faz necessário levar a sociedade a refletir a fim de que, aliada as dimensões anteriores, haja a possibilidade de construção de um novo imaginário social em relação à loucura, que não seja o de rejeição sim, o de reciprocidade e solidariedade (AMARANTE, 2007).

Quando se trata do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, um longo caminho também foi percorrido até que fosse incorporado às políticas públicas de saúde. Começando em 1990, com a abordagem voltada para a Redução de Danos (RD), focando principalmente medidas preventivas contra a AIDS. Posteriormente, em 2003, instituiu-se a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de

Álcool e outras Drogas (PAIUAD), dando destaque a Portaria nº 1.028/GM/MS, de 1º de julho de 2005 (SANTOS, FERLA, 2017).

A abordagem na perspectiva de RD visa produção de saúde, através de construção conjunta de comportamentos de cuidado autônomo. Difere de intervir apenas com o objetivo de remissão do sintoma da abstinência ou a cura (SANTOS, FERLA, 2017). As práticas de prevenção propostas pela RD abrangem a adoção de medidas prévias ao surgimento e/ou agravamento da situação, visando eliminar ou diminuir a probabilidade de ocorrência de danos individuais e coletivos (GOMES, VECCHIA, 2018).

A RD constituía até então um dos eixos principais da PAIUAD, garantindo a autonomia e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. No início do ano de 2018, ocorreram algumas mudanças nas diretrizes desta política através da Resolução CONAD nº 1/2018. A resolução objetivou promover ações em contrapartida às graves demandas sociais relacionadas ao crescente uso de álcool e outras drogas no país. Além de enfatizar a posição contrária a legalização das drogas, aponta que as estratégias de tratamento não devem se basear apenas na RD, mas também em ações de promoção de abstinência, suporte social e promoção da saúde (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018).

É certo que as ações de RD vão continuar sendo realizadas, mas é lamentável que o governo não aceite essa estratégia como base para a melhoria da condição de vida, da saúde e da sobrevivência dos dependentes de álcool e drogas, como também uma ferramenta para mantê-los inseridos na rede de atenção à saúde (RAS) e evitar a marginalidade (GOMES, VECCHIA, 2018). Englobando questões educativas, de escuta, e de vínculo com o usuário, a estratégia da RD proporciona o protagonismo do indivíduo, permitindo que cada sujeito defina de certa forma, o percurso do processo pelo qual vai passar (LANCETTI, 2015).

Diferentemente da abordagem de promoção da abstinência, que, por exemplo, está articulada com a remissão dos sintomas e com a “cura” do doente. A RD e a promoção da abstinência apresentam grandes disparidades na perspectiva do cuidado na medida em que, “na lógica da abstinência o centro da estratégia está nos serviços especializados e, na ‘força de vontade’ do sujeito e na perspectiva da RD, na rede de cuidados que opera no território” (SANTOS, FERLA, 2017, p.834). As drogas ou o álcool não devem ser os problemas centrais, uma vez que a relação do usuário com essas substâncias é subjetiva.

Uma revisão da literatura recente trouxe evidências de que a RD vem se consolidando como estratégia de saúde para álcool e drogas no cenário internacional, apontando a garantia dos direitos humanos e a inclusão social. No Brasil por sua vez, essa estratégia ainda atinge um número reduzido de usuários em função de sua baixa cobertura. As técnicas mais comumente adotadas tanto internacionalmente como no Brasil são as que possuem características de custo-benefício e custo-efetividade em relação às pessoas atendidas. Destacaram-se: troca de seringas e material esterilizado, informações e aconselhamento, kits de RD, terapias de substituição, acesso aos serviços de saúde e assistência social, locais de atuação e população-alvo (GOMES, VECCHIA, 2018).

No Brasil há certa potencialidade no que se refere aos locais de atuação e seu público alvo. O Consultório na Rua (CR) é um dos principais veículos da estratégia de RD utilizada no país, expandindo sua eficiência dentro da saúde ao se tornar um dispositivo do SUS (LANCETTI, 2015). Os serviços de saúde podem ser oferecidos em unidades volantes ou por meio de visitas aos domicílios e locais de uso. Essa aproximação estreita com a realidade do uso permite o desenvolvimento de atividades condizentes com a demanda e a escolha das melhores estratégias de intervenção, bem como auxilia no mapeamento da população-alvo, identificação dos locais e o conhecimento das substâncias mais consumidas (GOMES, VECCHIA, 2018).

A Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, alicerçada a Lei antimanicomial nº 10.216, de 2001, prevêem o fortalecimento de uma rede de assistência centrada na comunidade, dispondo de serviços de forma articulada entre todos os níveis de complexidade (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

Após o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que consolidou o SUS, o atendimento à população foi definido através de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos de ações e serviços que se comunicam constantemente para garantir a integralidade do cuidado. As primeiras RAS estabelecidas foram: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (CASA CIVIL, 2011; MEDEIROS, GARCIA, KINOSHITA, SANTOS, HAYASHIDA, 2016).

Nessa perspectiva, dez anos após a Lei da RP, houve a publicação da Portaria nº 3.088, no ano de 2011, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que dispõe de pontos de atenção à saúde, visando atender pessoas com sofrimento ou

transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A implantação da RAPS valida a ampliação da concepção de saúde para além da saúde mental, passando a incluir no processo de avaliação de saúde e doença vários fatores que envolvem a vida do ser humano. Além deste aspecto, outra questão importante da instituição desta rede foi a inclusão da atenção aos usuários de drogas, reforçando a preocupação em desenvolver novas estratégias no cuidado desta população (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

Portanto, a RAPS tem como objetivo geral a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, a promoção de vínculos das pessoas em sofrimento e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia da articulação e integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O escopo de atuação da RAPS abrange todos os níveis de complexidade, desde a promoção e prevenção até aos agravos. Os dispositivos utilizados para o cuidado à saúde são nominados pela portaria de componentes, ordenadamente organizados em: Atenção Primária, Psicossocial Estratégica, de Urgência e Emergência, Residencial de Caráter Transitório, Hospitalar e as Estratégias de desinstitucionalização e de Reabilitação Psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A portaria também prevê que cada componente garanta a efetividade do cuidado em saúde mental de acordo com o que compete em suas especificidades, reforçando sempre a articulação com os demais serviços para a resolutividade de inúmeras situações (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017). O cuidado em rede, com diferentes pontos de atenção psicossocial, contribui para a não segregação dos usuários e também para que não se caracterize como sendo de responsabilidade de um único serviço (AMANCIO, ELIA, 2017).

Ocorreram mudanças nas diretrizes da política de álcool e drogas através da Resolução CONAD nº 1/2018, principalmente em relação à RD, recentemente a Portaria 3.088/2011 que constitui a RAPS também foi alvo de mudanças através da Portaria 3.588 de dezembro de 2017, que alterou as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e deu outras providências. Este documento atualmente em vigor, dentre outras

mudanças, prevê o aumento do valor da diária de internação aos hospitais psiquiátricos e amplia o número de leitos nestas unidades. Também exige quantidade de taxa de ocupação nos leitos de saúde mental em hospitais gerais como condição de repasse de verba para a instituição (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Essas alterações além de interferirem diretamente em toda rede, uma vez que as medidas exigem um número expressivo para repasse de verba, ainda representam um verdadeiro retrocesso na assistência aos usuários de saúde mental pelo fato de incentivar a cultura da hospitalização. No entanto, as diretrizes anteriores a Portaria 3.588/2017 são de extrema importância para o pleno funcionamento e fortalecimento da RAPS, pois pautavam-se em processos de cuidados específicos e respeitavam as demandas e usuários, conseqüentemente afastando toda e qualquer possibilidade de um cuidado “massificado” e com práticas que colocassem os usuários em um lugar de “invisibilidade e alienação” (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

Neste contexto, é preciso considerar que existem muitos desafios a serem superados, associados a prática do cuidado em rede na saúde mental. Desafios que incluem questões políticas, de infraestrutura, recursos humanos, financiamento, socioculturais e até mesmo a lógica manicomial (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017). Ainda há a manutenção de comportamento baseado no modelo asilar dentro dos componentes da RAPS, favorecendo o adoecimento do usuário e a descontinuidade do cuidado integralizado (NUNES, GUIMARÃES, SAMPAIO, 2016).

Desta forma, pode-se verificar a necessidade de se desenvolver a assistência em saúde mental dentro da RAPS, pensada no contexto da “(des)institucionalização”, resultante de processos sociais complexos que “demandam soluções inovadoras, interdisciplinares e intersetoriais” (SOALHEIRO, 2017, p. 21). E conseqüentemente desconstruir a ideia de que saúde mental se faz em locais de alta complexidade. Pelo contrário, a complexidade se dá no território, no convívio com a realidade do usuário, e no hospital o procedimento é simplificado. (AMARANTE, LANCETTI, 2009)

## 4.2 Atenção Primária à Saúde e Saúde Mental

Destacamos a importância e a valorização dos serviços prestados na APS dentre os componentes da RAPS. Apesar de no Brasil ainda trata como Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o termo atenção básica em saúde (ABS) é pouco encontrado na literatura mundial. O termo usual é atenção primária à saúde, em decorrência dos compromissos firmados por diversos países na Declaração de Alma Ata, em 1978 (SOUZA, HAMANN, 2009). A atenção primária à saúde foi definida como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (Organização Mundial da Saúde, 1978 *apud* SOUZA, HAMANN, 2009, p. 4).

Em comparação a outros pontos da rede, a APS é a forma mais direta de assegurar o acesso, e se caracteriza como a porta de entrada da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS direciona o desenvolvimento de ações de saúde tanto no âmbito 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, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde da população ou comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A aproximação com a população/famílias, e a ciência da situação e das necessidades de saúde, faz com que a garantia da integralidade do cuidado seja alcançada (SILVA, IGLESIAS, DALBELLO-ARAUJO, BADARÓ-MOREIRA, 2017). Essa garantia se dá por meio das potencialidades das relações, tais como: acolhimento, vínculo, abrangência, acesso e ações voltadas para a comunidade. Neste aspecto, assumem a integralidade e a equidade do cuidado, impactando na

situação de saúde e na autonomia do indivíduo e da coletividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Neste novo paradigma em saúde, a APS estabelece o ponto estratégico da rede de cuidados e da reestruturação dos sistemas de saúde. Para a consolidação dessa reestruturação e ampliação da APS, especificamente no Brasil, em 1993 foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF) como sendo a principal estratégia, e o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. O PSF estabeleceu, desde sua origem, uma estratégia para reorganizar e fortalecer a APS mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde (SOUZA, HAMANN, 2009; SOUZA, 2015).

O PSF foi inicialmente instituído com o intuito de atender a parcela carente da população, dando-lhes acesso a saúde, visando reduzir o custo médio e o uso desnecessário de medicamentos. Com o passar do tempo essas ações ganharam fortes proporções na situação da saúde, passando a ser implantadas em todo o país. O termo “programa” transmitia a ideia de algo finito, e, por sua vez, o conceito de “estratégia” indicava um conjunto de ações a serem sempre desenvolvidas e aprimoradas, motivo pelo qual o PSF transformou-se em ESF (FERNANDES, ROCHA, FRAZÃO, 2014).

Treze anos após a instituição do PSF, a Portaria nº 648/2006, reforçou os objetivos já então estabelecido, e propôs a mudança de um programa que operava uma política focada na atenção primária e seu consumo de serviços pela população, para ser considerado uma estratégia na mudança de atenção à saúde pelo SUS. Foi então que, a partir desta portaria, o PSF passou a ser identificado como "Estratégia Saúde da Família" (ESF), uma vez que não se tratava apenas de mais um programa (SOUZA, HAMANN, 2009).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), no período de janeiro de 2018 a fevereiro de 2019, haviam 42.975 eSF implantadas no Brasil, em 5.475 municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso 2019). Relacionando a projeção estimada da população brasileira de 209.455.785, segundo o IBGE, e os critérios estabelecidos na Portaria nº 2.436/2017, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para cálculo do teto máximo, a cobertura de eSF configura 41% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; IBGE, acesso 2019).

A ESF adota o plano de mudança do enfoque da atenção à saúde pública, passando de uma visão curativista para a promoção da saúde (DUTRA, OLIVEIRA,

2015). As ações são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, colaborativa e participativa, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de determinado território. Nos territórios, as equipes de Saúde da Família (eSF) assumem responsabilidades sanitária e de saúde, utilizando-se de diversas tecnologias de cuidado a fim de atender as demandas e necessidades com maior frequência, relevância ou fatores de risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O trabalho sob a perspectiva de território baseia-se em utilizar todos os recursos que estão disponíveis na comunidade para uma construção coletiva de soluções e de troca de relações interpessoais e de cuidado (DUTRA, OLIVEIRA, 2015). Desta maneira, a concepção de saúde adotada pela ESF é mais ampla, na medida em que considera vários determinantes do processo saúde-doença (ESLABÃO, COIMBRA, KANTORSKI *et.al*, 2017).

É importante compreender que na assistência à saúde existe a necessidade de se incorporar outros componentes além do diagnóstico. São necessárias novas tecnologias de cuidado capazes de contemplar o indivíduo na sua complexidade, nas relações interpessoais e com a comunidade, sejam por meio de redes formais ou informais de atenção (MARTINS, SOUZA, VIEIRA, *et.al*, 2015).

Como visto inicialmente, a APS é um dos dispositivos/componentes da RAPS, e dentre outras atividades desenvolvidas, também deve assumir o cuidado de saúde mental do seu território, trabalhando constantemente na desconstrução da dicotomia que existe entre saúde física e saúde mental, procurando superar a barreira das especialidades e reforçar a integralidade e a complexidade do cuidado para além do que é considerado como “primário”. O desenvolvimento de atividades no território também propicia a inclusão social dos usuários e a promoção da autonomia e de cidadania (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

Na visão de Gondim e Soalheiro, 2017, o primeiro passo para reorientar as práticas e a territorialização do cuidado em saúde mental, está em os trabalhadores que tem o território como locus de atuação, como os da ESF, compreendam os conceitos geográficos: espaço, território, lugar e região. O termo “espaço” trata de um conceito ampliado, uma vez que é empregado em diversos campos disciplinares. Já foi utilizado na análise do processo de saúde-doença, com referência as formas de transmissão na interação do indivíduo/ ambiente. Em estudos epidemiológicos determina o lugar referente a um evento de saúde “Quem? Quando? Onde?”. E mais recentemente, a epidemiologia social utiliza o conceito de espaço para explicar os

diversos condicionantes que afetam as pessoas quando inseridas em um determinado espaço. Dessa forma, o espaço pode ser considerado como o produto das relações sociais (SOALHEIRO, 2017).

A categoria território é compreendida como “espaço produzido e fruto das relações sociais e de poder”, que por sua vez, se manifestam através de diferentes formas de relações. Qualquer espaço permeado por fatores sociais e relações de poder, detém o fenômeno da “territorialidade”. Desse modo, uma área que possui várias territorialidades também pode ser considerada como uma área de vários territórios. O território, portanto, expressa os significados que as pessoas dão em relação a terra, em como se organizam o espaço e o que configura o lugar onde estão inseridos (SOALHEIRO, 2017).

O vocábulo lugar abrange uma dimensão local remetendo a identidade singular do lócus e seu cotidiano, seguindo a ordem de que cada lugar imprime uma única racionalidade e responde também uma lógica própria. No entanto, com a dinamicidade da vida cotidiana, essa análise sob a constituição de território e lugar, deve acompanhar esse movimento de mudanças e transformações, de modo que seja possível compreender a realidade e facilite a introdução de ações que contemplem o geral (SOALHEIRO, 2017).

O conceito de região por sua vez, analisa as relações espaciais na perspectiva “política-administrativa”. É utilizado para o planejamento e programação das ações e de recursos com base nas necessidades da população, traduzindo interesses da esfera pública sobre o território para formalização e garantia das políticas (SOALHEIRO, 2017).

A partir deste entendimento, destaca-se que o uso do território em saúde mental pode redirecionar o cuidado dispensado aos usuários e dar novos significados a situação de sofrimento. A incorporação de dispositivos “territorializados” que já fazem parte do cotidiano dos usuários, além de permitir a criação de espaço de diálogo e vínculo, ainda facilita uma ação mais dialógica entre os trabalhadores e usuários, família e comunidade (SOALHEIRO, 2017).

Estudos apresentam que a realidade de atuação das eSF ainda está muito voltada para a execução das ações de saúde preconizadas pelo programa da ESF, como por exemplo, pré-natal, puericultura, doenças crônicas, imunizações, mas reconhecendo, contudo, que não considera estas práticas dirigidas aos usuários em sofrimento mental. De acordo com as evidências encontradas, os trabalhadores da

ESF consideram que só é possível realizar a integralidade do cuidado quando se tem equipamentos adequados na rede, de acordo com cada situação. (SILVA, IGLESIAS, ARAÚJO, MOREIRA, 2017; MARTINS, SOUZA, VIEIRA, *et.al*, 2015).

Nessa perspectiva, além da integralidade do cuidado ficar comprometida, na medida em que depende de uma ação específica para que se concretize, perpetua-se também a ideia equivocada da centralidade de um único serviço na rede em relação aos usuários de saúde mental. Desta forma a ESF continua suas atividades abrangendo o território, mas a demanda em saúde mental deve ser dirigida ao CAPS e aos profissionais da área da psicologia/psiquiatria (SILVA, IGLESIAS, ARAÚJO, MOREIRA, 2017).

Há, portanto, o enfoque de ações curativistas e individuais, com a priorização de encaminhamentos, principalmente para os CAPS e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) focando a importância de um atendimento especializado. Os profissionais dos serviços especializados são eleitos pelas eSF para lidar com os usuários em sofrimento mental ou por decorrência do abuso de substâncias, na medida em que não se sentem capacitados para atender a estas demandas (MARTINS, SOUZA, VIEIRA, *et.al*, 2015; SILVA, IGLESIAS, ARAÚJO, MOREIRA, 2017; ESLABÃO, COIMBRA, KANTORSKI *et.al*, 2017; BARBOSA, CAVALCANTI, ALCANTARA, *et.al*, 2017).

São observáveis tímidos avanços em relação ao cuidado das pessoas com transtornos mentais, sofrimento psíquico ou comorbidades por abuso de substâncias, através das eSF. A literatura aponta que vem sendo desenvolvidas algumas ações coletivas que incluem os usuários da saúde mental, especificamente, grupos de caminhadas e oficinas (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

Um dos caminhos apontados tanto pelo Ministério da Saúde quanto na literatura nacional e internacional para a quebra desta dissociação que acontece entre os serviços de saúde da RAPS é a integração e/ou fortalecimento do apoio matricial (AM) como instrumento de um cuidado compartilhado. O matriciamento é um processo de trabalho do CAPS. Além de proporcionar uma “retaguarda especializada da assistência” ainda contribui para que os trabalhadores da APS se sintam mais seguros na construção das práticas, baseando-se nas necessidades dos sujeitos através da reflexão conjunta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SILVA, IGLESIAS, ARAÚJO, MOREIRA, 2017).

As ações de saúde mental na “horizontalização” da lógica do matriciamento são desenvolvidas por dois tipos de equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. A equipe de apoio matricial é constituída por profissionais especializados na área de saúde mental. Já a equipe de referência, é formada pelos profissionais que compõem as ESF, e são responsáveis pelas ações sanitárias e pelo cuidado longitudinal da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O que se pretende alcançar com o AM em saúde mental é a clínica ampliada da ESF, tendo em vista que fornece suporte as equipes de referência para a elaboração de projetos terapêuticos, tanto a nível individual quanto coletivo. Nesse sentido, consegue expandir sua capacidade de resolutividade e integralidade do cuidado, de modo que, a princípio a ESF não conseguiria sozinha (SANTOS, FIGUEIREDO, LIMA, 2017).

Diante disto, há ainda muitos desafios que a atenção em saúde mental exige, a serem superados. Além da atenção psicossocial, negligenciada pela APS, ainda são encontradas muitas pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos com infinitas justificativas, desde a cronicidade até a alegação de ausência de serviços disponíveis (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

É importante pensar que as ações no campo da saúde mental baseadas na proposta da atenção psicossocial, não devem ser visualizadas como um modelo a ser seguido. Devem sim, ser vistas como um processo em constante transformação (ZANARDO, LEITE, CADONÁ, 2017).

Existe uma compreensão amplamente difundida, porém, equivocada, de que as intervenções em Saúde Mental são complexas e devem ser executadas apenas por profissionais especializados. Com o intuito de desmistificar e demonstrar a viabilidade de intervenções psicossociais em serviços de saúde não especializados, a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram o Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental (mhGAP) (OMS, OPAS, 2010).

Trata-se de um manual que baseia numa revisão de toda evidência científica disponível nesta área e apresenta as intervenções mais recomendadas para países de baixa e média renda. No MI-mhGAP incluem orientações sobre intervenções baseadas em evidências tanto para a identificação, quanto para a gestão de diversos transtornos prioritários. Esses transtornos são: a depressão, as psicoses, os transtornos bipolares, a epilepsia, os transtornos do desenvolvimento e os comportamentais em crianças e adolescentes, a demência, os transtornos por uso de

álcool e outras drogas, a autoagressão e o suicídio, e outras queixas emocionais significativas ou sem explicação médica (OMS, OPAS, 2010).

## 5. ITINERÁRIO METODOLÓGICO

Esta dissertação de mestrado pode ser classificada como um estudo realizado na modalidade pesquisa-intervenção, com aspectos descritivos, exploratórios e de abordagem qualitativa.

A pesquisa tipo intervenção faz uso de uma metodologia coletiva que favorece as discussões e a produção cooperativa de conhecimento, fragilizando as hierarquias burocráticas e as divisões em especialidades, e por sua ação crítica e implicativa amplia as condições de um trabalho compartilhado. Nesta modalidade por sua vez, a visão da mudança não é imediata, e sim, consequência da produção de conhecimento articulada entre a teoria e a prática e entre sujeito e objeto (ROCHA; AGUIAR, 2003).

A pesquisa-intervenção, portanto, além de sua perspectiva crítica comum em qualquer campo de investigação, vislumbra a ampliação para a potencialização dos processos de mudança, e para o fortalecimento da autonomia dos sujeitos, considerando a participação e o empoderamento, subsidiando a atribuição de significados às experiências vividas (MENDES, PEZZATO, SACARDO, 2016).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que a produção científica parte do estabelecimento de relações horizontais entre os sujeitos, favorecendo sempre o diálogo e a construção de vínculos, permitindo com que todos os envolvidos tornem-se corresponsáveis e coparticipes do processo de mudança. Problematicando as próprias práticas e trabalhando coletivamente, o pensamento crítico e reflexivo é produzido a fim de os sujeitos sejam capazes de mobilizar diferentes formas de intervenção da realidade (MENDES, PEZZATO, SACARDO, 2016).

O conhecimento obtido através desta ciência gera alternativas para a transformação da realidade e para a superação dos desafios oriundos do cotidiano das organizações. A perspectiva de produção do conhecimento está na possibilidade de se romper com a dissociação entre o campo teórico e o campo prático, e de cooperar para a formação de profissionais atentos às necessidades atuais, bem como o reconhecimento das responsabilidades e dos efeitos de suas inserções (ROMAGNOLI, 2014). No campo da investigação científica, colocam-se em análise os efeitos das práticas no cotidiano institucional, para desconstruir territórios, facultando a criação de novas práticas (ROCHA; AGUIAR, 2003).

Diferente de outras características de estudos, na pesquisa descritiva, o pesquisador consegue obter uma visão ampliada do fenômeno que está sendo

estudado. Através das estratégias de coletas de dados, comumente encontradas nesta modalidade, como transcrições de entrevistas, anotações de campo, fotografias, vídeos e outros similares, o entendimento do fenômeno como um todo é buscado, na sua complexidade, que se manifesta nas atividades diárias, procedimentos e nas relações interpessoais (GODOY, 1995).

Algumas pesquisas descritivas podem ir além da identificação do problema, suas variáveis e a relação entre elas. Pode-se pretender determinar, por sua vez, a natureza dessa relação. Neste caso, além de se caracterizar como descritiva, a pesquisa é também exploratória. Configurando-se numa preocupação com a atuação prática, comumente utilizada e mais solicitada em pesquisas de organizações sociais, educacionais, comerciais, política, etc. (GIL, 2008).

A finalidade em pesquisas exploratórias é elucidar, propor e modificar conceitos, atitudes e ideias, tendo em vista seu caráter aproximativo com o objeto de estudo. A escolha por este tipo de pesquisa acontece especificamente, quando o tema proposto possui alta relevância, mas com restrições de levantamento e formulação de hipóteses precisas e operacionalizáveis (GIL, 2008).

A abordagem qualitativa, por sua vez, trabalha com o “universo de significados”, permeando as características mais profundas das relações, dos processos e fenômenos, e jamais poderia ser reduzida a operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002).

As pesquisas qualitativas permitem captar a experiência dos diferentes participantes em sua dimensão subjetiva, procurando esclarecer os meandros das relações sociais apreendidas do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2006).

## **5.1 Características do local de estudo**

O presente estudo foi desenvolvido no Brasil, em um município de médio porte localizado na região metropolitana da capital do estado de Goiás. O município se estende por 613, 3 Km<sup>2</sup>, conta com 56.598 habitantes, de acordo com o último censo e possui uma densidade demográfica de 78,68 hab./km<sup>2</sup> em seu território (IBGE, 2018).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), cuja última alteração foi em 2014, o Estado de Goiás está dividido em 18 Regiões de Saúde, agrupadas em

cinco Macrorregiões. O município no qual este estudo foi desenvolvido, pertence a Região de Saúde Central, Macrorregião Centro-Oeste, e contém os serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância a saúde, estando de acordo com o que é previsto no Decreto nº 7.508/2011 de serviços mínimos para instituição das regiões de saúde (CASA CIVIL, 2011; SES, acesso 2019).

A atenção psicossocial no município não dispõe de todos os níveis de complexidade de acordo com o que é estabelecido pelas recentes Diretrizes para o Fortalecimento da RAPS, através da Resolução nº 32/2017 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). De acordo com este documento, são considerados como componentes da RAPS os seguintes pontos de atenção: atenção básica, consultório na rua, centros de convivência, unidades de acolhimento (adultos e infanto-juvenil), serviços residenciais terapêuticos I e II, hospital dia, unidades de referência especializada em hospitais gerais, CAPS em todas modalidades, equipe multiprofissional de atenção especializada em saúde mental e hospitais psiquiátricos especializados (CIT, 2017).

O município em questão possui, dentre os pontos de atenção da RAPS acima citados, apenas a atenção básica, CAPS I e Centro de convivência. A Resolução nº 32/2017 da CIT não aponta como parte de estratégia de fortalecimento da RAPS os serviços de urgência e emergência desenvolvidos pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Assistência Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) e hospitais gerais. Mas em muitos municípios de pequeno e médio porte, incluindo o deste estudo, estes serviços são amplamente acionados em diversas situações, principalmente em casos de crise.

Dentre as principais diretrizes que norteiam a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), está a universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas situações de urgência e emergência, incluindo as psiquiátricas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Sendo assim, verifica-se certa contradição a resolução da CIT, quando a mesma não considera os serviços de urgência e emergência como integrantes da RAPS, mesmo estabelecendo importante contribuição na atenção e intervenção em saúde mental.

A rede de atenção psicossocial do município em estudo é estabelecida da seguinte maneira: casos leves de saúde mental são acompanhados na ESF, havendo a necessidade de atendimento especializado são direcionados para unidade de nível

secundário, o CAPS na modalidade I. Como não há hospital geral, usuários que necessitem de intervenção de emergência, o SAMU é acionado, e o usuário é encaminhado para a UPA. Em caso de necessidade de internação, o usuário tem que ser regulado pela UPA para uma instituição localizada na capital do estado.

Dentre os serviços em saúde disponibilizados pelo município há uma maior concentração nos de caráter público centralizado na APS com a atuação das ESF, onde os atendimentos são feitos por áreas adstritas (territórios), em forma de agendamentos ou demanda espontânea diária.

A discriminação de todos os serviços públicos de saúde disponíveis para atendimento à população do município está devidamente ilustrada a seguir no Quadro 1.

**Quadro 1.** Distribuição dos serviços de saúde pública do município estudado por quantidade de unidades, 2018.

<b>SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>QUANTITATIVO DE UNIDADES</b>
<b>Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</b>	1 unidade - tipo I
<b>Centro de Reabilitação em Fisioterapia (CREFI)</b>	1 unidade
<b>Centro de Atenção Integrada a Saúde (CAIS)</b>	1 unidade - desativada, funcionando apenas a parte ambulatorial
<b>Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF)</b>	1 unidade - tipo I
<b>Farmácia Básica</b>	1 unidade
<b>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)</b>	1 unidade
<b>Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)</b>	1 unidade
<b>Unidades Básicas de Saúde (UBS)</b>	10 unidades - 15 equipes da ESF e 13 equipes de saúde bucal (apenas uma na modalidade II)
<b>Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com Laboratório de Análises Clínicas</b>	1 unidade
<b>Vigilância de Epidemiologia, Sanitária e Endemias</b>	1 unidade

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2018

## **5.2 Espaço de coleta de dados e participantes**

A escolha do local de estudo, os espaços para a coleta de dados e também dos participantes foi intencional. A localidade justifica-se pela facilidade de acesso, abertura política e também por se tratar de um município conhecido pela pesquisadora em função de sua fragilidade quanto a oferta de atendimento no campo da saúde mental. Em consonância, a escolha dos participantes e dos espaços nos quais as coletas dos dados foram realizadas, levou em consideração a necessidade de aprofundamento do conhecimento acerca do fenômeno ao qual estão envolvidos.

Nesse sentido, foram convidados a participar deste estudo todos os supervisores das ESF do município. Os supervisores das ESF do município assumem tanto a responsabilidade de gerência da UBS, por meio de função técnico-gerencial, como também o de planejar, implementar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar atuante em seu território.

Foi adotado como critério de inclusão dos participantes, a necessidade de se ocupar a posição de supervisor da ESF, por sua vez, o critério de exclusão vetou os indivíduos que estivessem em afastamento oficial no período da coleta de dados. A amostra final totalizou 13 sujeitos (87%), que pertenciam a mesma categoria profissional, enfermeiros. Caracterizou-se uma alta representatividade, levando em consideração que apenas 2 enfermeiros não se disponibilizaram a participar.

Os espaços para a coleta dos dados, porém, foram as ESF e o CAPS. Apesar de não incluir o CAPS no delineamento inicial do estudo como espaço para coleta de dados, a pedido da gestão municipal, foi realizada uma imersão no serviço, utilizando a observação participante como técnica.

## **5.3 Apresentação da trajetória de coleta de dados**

Os dados foram coletados em duas etapas, a primeira realizada entre abril e maio de 2018 e a segunda, no final de maio e agosto do mesmo ano, por meio da utilização da técnica de observação participante, e de grupos focais. Aplicou-se, também, um questionário de fácil preenchimento para determinação do perfil do respondente, e caracterização das equipes por eles supervisionadas.

A primeira etapa se deu em dois momentos: aproximação e imersão. O momento da aproximação objetivou a aproximação da pesquisadora com o campo e

o objeto de estudo, uma importante etapa em pesquisas do tipo intervenção. Nos pressupostos teórico-metodológicos da pesquisa-intervenção a aproximação com o objeto de estudo é imprescindível, pois possibilita ao pesquisador a observação, reflexão e análise dos efeitos das práticas atuais, facilitando assim, a criação e a sugestão de novas práticas (ROCHA; AGUIAR, 2003). O momento da imersão, por sua vez, realizado no CAPS, possibilitou a visualização dos fatores determinantes para a promoção da interlocução entre os serviços de saúde mental especializado e as eSF, visto que se constitui em um suporte técnico importante para a instituição do apoio matricial e o fortalecimento da RAPS.

A segunda etapa de coleta de dados ocorreu através da realização de grupos focais com os supervisores da ESF. O agendamento das datas, definição do local, horário e o repasse das informações sobre a finalidade dos encontros ficaram sob a responsabilidade da gestão. Ficaram definidos, portanto, dois dias para a realização dos grupos focais com intervalo de 70 dias de um encontro para outro, sendo o primeiro realizado em 24 de maio de 2018 e o segundo, em 03 de agosto do mesmo ano.

O preenchimento do questionário autoaplicável, porém, foi estabelecido considerando a validade e importância de se conhecer o perfil do supervisor respondente, como também ter ciência das características de suas respectivas equipes. Como foi aplicado criteriosamente, foi possível identificar atitudes, opiniões e comportamentos, obtendo índices numéricos que correspondessem as características específicas abordadas no instrumento e que foram resumidos e registrados sob a forma de tabelas.

Todos os dados deste estudo foram coletados através de uma constante análise do ir e vir acompanhando o movimento da investigação, fundamentado na perspectiva problematizadora, essencial em estudos do tipo intervenção. Buscou-se sempre o conhecimento da realidade vivenciada pelos participantes com o objetivo de refletir e tecer questionamentos, no sentido de avaliar as práticas no campo da saúde mental com vistas a possíveis mudanças.

Como na pesquisa de modalidade qualitativa, a clareza e o rigor dos instrumentos e procedimentos utilizados são fundamentais, apresentaremos um demonstrativo (Quadro 2) com a discriminação de toda trajetória de coleta de dados, desde a aproximação com o objeto de estudo até o fim da coleta. Cada qual, com os recursos e instrumentos empregados.

**Quadro 2.** Demonstrativo das etapas e dos recursos e instrumentos utilizados na coleta de dados, 2018.

ETAPA DA COLETA DE DADOS	INSTRUMENTOS	LOCALIZAÇÃO
Etapa 1: Aproximação e imersão	Projeto de Pesquisa Simplificado	Apêndice A
	Autorização Prévia	Apêndice B
	Observação Participante (OP)	
	Guia de anotações do campo (diário)	Apêndice C
Etapa 2: Grupo focal	Planejamento (painel tempestade de ideias, questões organizadoras)	Apêndice D Ilustração A
	Questionário auto-aplicável de caracterização das equipes	Apêndice F
	Painel de Planejamento Estratégico Situacional (PES)	Apêndice x Ilustração B

Fonte: sistematização própria, 2018.

## 5.4 Coleta de dados

### 5.4.1 Etapa 1: Aproximação

Ao longo do delineamento da pesquisa, desde a elaboração do projeto, aconteceram reuniões sistemáticas entre a pesquisadora (mestranda) e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, objetivando uma possível abertura do município para o desenvolvimento da pesquisa. Esta aproximação intuiu conhecer o cenário no campo da saúde mental do município e manifestar o interesse de desenvolvimento desta pesquisa naquela localidade.

Especificamente, nestes momentos, foi ofertado aos gestores o Projeto de Pesquisa Simplificado (APENDICE A), como também a solicitação prévia de autorização da realização da pesquisa no município (APENDICE B). Estes documentos foram assinados em duas vias de igual teor, ficando uma via para cada parte.

A etapa de aproximação com o campo auxiliou significativamente na construção dos objetivos do estudo, e na definição das estratégias para a coleta de dados, bem como, na elaboração dos instrumentos para os encontros. Vale dizer que esta etapa foi transversal a todo o desenvolvimento do projeto e da pesquisa, contribuindo para a avaliação e retroalimentação para as etapas subsequentes.

As reuniões também possibilitaram o esclarecimento das reais necessidades do município no campo da saúde mental, do desejo de mudança relacionada a esta realidade e permitiram o acesso a um relatório constando a relação de profissionais e serviços ofertados pela rede de saúde pública do município. A posse deste relatório e o engajamento dos gestores em disponibilizar informações relevantes para alavancar a pergunta da pesquisa, tornou possível o desdobramento da presente pesquisa.

#### 5.4.2 Etapa 1: Imersão

Esta etapa configurou a primeira estratégia e/ou passo do processo de coleta de dados, logo após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás.

A convite do gestor da Secretaria de Saúde do Município, a pesquisadora (mestranda) acompanhou as atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por um período total de cinco semanas. Esta oportunidade de observação configurou-se importante ferramenta de construção do conhecimento empírico, caracterizado como um dos pontos mais importantes em pesquisas sociais. Em contrapartida também favoreceu a identificação de pontos importantes no processo de implementação de matriciamento, por se tratar de um de trabalho desenvolvido pelo CAPS.

A frequência e a definição dos dias de observação foi estabelecida de acordo com a disponibilidade da pesquisadora (mestranda). Nesse sentido, foi elaborado juntamente com o supervisor do CAPS, uma escala de observação (Quadro 3) dispondo estrategicamente os dias e turnos possíveis com o intuito de promover uma melhor experiencição e observação das atividades.

**Quadro 3.** Escala de observação no Centro de Atenção Psicossocial do Município, 2018.

	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA	4ª SEMANA	5ª SEMANA
Segunda					<b>Manhã/ tarde</b>
Terça	<b>Manhã</b>		<b>Manhã</b>		<b>Tarde</b>
Quarta					<b>Manhã/ tarde</b>
Quinta	<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>		
Sexta	<b>Manhã</b>			<b>Manhã</b>	<b>Manhã</b>

Fonte: sistematização própria, 2018.

A observação participante foi utilizada nesta etapa como técnica de coleta de dados, a fim de promover a captação de variadas situações que não seriam possíveis somente por meio das entrevistas.

Segundo Minayo (2012), a definição de observação participante dispõe sobre o processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação, mas com finalidades científicas. O pesquisador passa a ter uma relação direta com os seus interlocutores, participando da vida diária de trabalho, dividindo o mesmo espaço, mas com a finalidade de coletar dados e compreender todo o contexto da pesquisa (MINAYO, 2012).

Além deste fator, a observação participante permite ainda o fortalecimento da relação de confiança entre pesquisador e participantes, auxiliando na revelação dos “bastidores” das organizações e serviços, que geralmente não são acessíveis a pessoas externas (PATERSON, BOTTORFF, HEWAT, 2003).

No registro das observações foi utilizado o diário de campo, seguindo a proposta de Bogdan e Biklen (1982), que propõem que todo conteúdo das observações deve ser registrado em duas partes: uma descritiva e outra reflexiva.

Partindo deste pressuposto, elaboramos um Guia de anotações de campo (APÊNDICE C), para facilitar e melhor descrever todas as ações captadas a cada dia da imersão no serviço. A parte descritiva constituiu-se no registro diário e minucioso do serviço, pontuando as características do ambiente, dos trabalhadores, situações vivenciadas, atividades e processos de trabalho. Foram realizadas 13 anotações no total. Já a parte reflexiva constou os comentários das impressões pessoais da pesquisadora (mestranda) como observadora participante. As impressões foram captadas diariamente ao final de cada período de imersão por meio da utilização de aplicativo de gravador instalado em aparelho celular. Posteriormente, todas as reflexões foram transcritas e passadas para o guia de anotação de campo.

### **5.4.3 Etapa 2: Grupos Focais**

Para desenvolvimento desta etapa, optou-se pela realização de grupos focais como ferramenta para coleta de dados. Este método estimula o debate aberto, através de um processo dialógico, na medida em que os participantes e pesquisadores geram e trocam informações, opiniões, sentimentos e percepções (SANTOS, 2017). O grupo

focal propicia um ambiente natural e holístico, onde os participantes têm a oportunidade de levar em consideração os pontos de vista dos outros e formular ou reformular suas respostas, além de comentar suas próprias experiências e a dos outros (BAUER, GASKELL, 2002).

A partilha e o contraste de experiências direcionam para a construção de um quadro de interesses e preocupações comuns, raramente articulada com apenas um indivíduo, no caso de entrevistas individuais (BAUER, GASKELL, 2002). Na intencionalidade em realizar inicialmente um diagnóstico da situação em saúde mental do município na percepção dos participantes e posteriormente suscitar um plano de ação, com os grupos focais foi possível estabelecer esse movimento.

Nesse sentido, após autorização da gestão da Secretaria de Saúde e da ESF do município para a realização da pesquisa, foi acertado o agendamento das datas previstas para a realização de dois grupos focais com todos os enfermeiros supervisores das ESF. As informações sobre os dias, horários, localidade e a finalidade dos encontros foram passadas verbalmente, de forma antecipada, para cada um dos supervisores, sob a responsabilidade da gestão.

Ficaram acertados dois encontros para a coleta de dados, com intervalo de 70 dias entre eles, sendo o primeiro grupo focal em 24 de maio de 2018 e o segundo, em 03 de agosto de 2018. Este intervalo de tempo entre os encontros demonstrou pertinente para suprir a demanda de transcrição dos dados e análise do primeiro grupo focal, afim de apresentar aos participantes um *feedback* de toda a discussão feita, para planejar possíveis ações em conjunto no segundo grupo focal a partir da reflexão da primeira análise. Outro fator importante considerado foi o período de férias relativo ao mês de julho em que alguns profissionais estariam afastados do serviço.

### **1º Grupo Focal:**

Para melhor condução do primeiro grupo focal foi elaborado um planejamento (APENDICE D), dividindo-o em quatro momentos especificados em: acolhimento dos participantes, apresentação do objetivo da pesquisa, aquecimento e discussão em grupo propriamente dita.

Concluídos, a recepção e o acolhimento dos profissionais com um café da manhã, passou-se para a apresentação do objetivo da pesquisa e a apresentação formal das pesquisadoras envolvidas, que para estes momentos além da mestranda,

também contou com as participações da orientadora e coorientadora de pesquisa. Foi ressaltada a importância da participação de todos os presentes.

Os participantes receberam todas as informações sobre a natureza da pesquisa, objetivos, quais procedimentos seriam utilizados e risco mínimos ou danos decorrentes do aceite de participação no estudo. Da mesma forma foi informada a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem nenhum ônus ao seu trabalho, como também a garantia de sigilo. Todos os presentes concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE E) que foi elaborado pelas pesquisadoras e validado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Após assinarem o TCLE, também foi solicitado aos participantes que preenchessem um questionário autoaplicável (APENDICE F). O respectivo questionário de caráter semiestruturado, foi elaborado também pelas pesquisadoras na intencionalidade de conhecer as características do respondente, como o da equipe ao qual supervisiona.

Passado este momento formal da coleta de dados, as discussões foram iniciadas com aplicação de uma tecnologia de grupo definida como tempestade de ideias (*brainstorm*). O objetivo da inclusão dessa técnica de grupo foi proporcionar maior abertura das relações entre os participantes e as pesquisadoras, como também, aumentar a amplitude das discussões permitindo o fortalecimento grupal. Apesar do senso comum em relação aos pequenos municípios, ser de que todos se conheçam, pode acontecer das pessoas se conhecerem sem nunca terem estabelecido uma aproximação real ou suficiente.

A tecnologia de grupo em um texto escrito por Lauro de Oliveira Lima (1972), anexado no livro Estratégias de Ensino – Aprendizagem por Bordenave e Pereira (2001), define a interação entre as pessoas e suas influências como uma “microsociologia”. Sob esta ótica, ressaltamos a força que as pessoas exercem umas sobre as outras quando estão juntas, frente a frente. As barreiras interindividuais são derrubadas e as máscaras são deixadas de lado, possibilitando um relacionamento harmonioso e autêntico entre os integrantes do grupo.

Para registro do produto desta tecnologia de grupo, foi confeccionado um painel (APENDICE G) a fim de escrever palavras advindas da pergunta disparadora: ‘Qual a primeira palavra que vem à mente quando se fala em cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas? Após finalizada a técnica, iniciaram-se as discussões propriamente ditas utilizando questões organizadoras como estratégia para trilhar o

caminho e para colocar em pauta todos os aspectos relevantes a serem discutidos em grupo.

O produto tanto da tecnologia de grupo de *brainstorm* realizada no início do encontro e de toda a discussão, foram transcritas e submetidas a análise de conteúdo segundo Bardin (2010), especificada mais detalhadamente no tópico análise de dados.

## **2º Grupo Focal:**

O segundo encontro com os participantes teve como objetivo a exposição da análise do primeiro grupo focal (*feedback*), com vistas a possíveis ações construídas em grupo. Para dinamizar a exposição da análise do primeiro encontro e também das futuras ações idealizadas em grupo, foi proposto aos participantes o arranjo de tarjetas coloridas em um painel contendo tópicos/colunas seguindo a ordem na lógica do Planejamento Estratégico Situacional (PES) especificado de acordo com a análise de conteúdo: demandas, ações em execução, possibilidades de ações e responsabilidades.

O PES é uma ferramenta da administração que tem por objetivo estimular os indivíduos envolvidos nas gestões dos serviços a pensar e a se concentrar em assuntos que tenham relevância (ALDAY, 2000). Nesse sentido, proporciona o alinhamento das ideias, de forma que seja possível trilhar um caminho a ser percorrido (estratégia), como também das ações que irão permitir a “visão de futuro esperada” (ESTRADA, ALMEIDA, 2007).

O Planejamento Estratégico é uma ferramenta importante para as empresas, o qual tem como função nortear os caminhos destas e proporcionar aos gestores decisões mais concretas e acertadas reduzindo os riscos das incertezas. É caracterizado como uma atividade complexa de ser desenvolvida, pois analisa o futuro, o qual não evidencia os cenários concretos a serem enfrentados, porém quando bem elaborado, o planejamento, tem-se uma noção do que possa surgir nos próximos passos (CHIAVENATO; SAPIRO, 2003).

Existem vários modelos consagrados na literatura para elaboração e implementação do PES, sejam eles tanto pelo seu aporte teórico ou por algumas características particulares. Entretanto, basicamente todos levam em conta três premissas básicas: “o estabelecimento da Visão/Missão; a análise interna (pontos

fortes e fracos) e externa (influência do ambiente); elaboração das estratégias e planos e pôr fim a sua implementação” (ESTRADA, ALMEIDA, 2007).

Nesse contexto no processo do planejamento estratégico pode-se ainda elencar duas fases, a elaboração e implementação. A elaboração é a estruturação dos processos e etapas e como estas devem acontecer, as quais são formalizadas e documentadas servindo como elemento de orientação. A implementação é a operacionalização do plano na empresa onde as ações são postas em prática. É importante que o planejamento estratégico se consolide e não exista apenas em documento no arquivo (CHIAVENATO, 2014).

Foi desenvolvido neste estudo apenas uma parte da etapa de elaboração do PES, seguindo um modelo de “PES modificado” proposto por Cecílio (2000), que é um modo mais “light” de operar esta tecnologia incorporando certa simplificação metodológica. Segundo este autor, os passos de um método de PES são: definir claramente o ator que planeja, estabelecer a missão, formulação dos problemas, identificar as causas dos problemas, desenhar operações, avaliar a viabilidade, elaborar plano operativo e fazer a gestão do plano (CECÍLIO, 2000).

Nesse sentido, juntamente com os supervisores, realizamos um diagnóstico da situação de saúde mental do município, identificando e selecionando os problemas, suas possíveis causas e estabelecendo possíveis ações de resolutividade dos mesmos. A viabilidade, elaboração e gestão do plano tático-operacional não foram contemplados neste estudo, visto que, se faz necessário disponibilidade de tempo para desenvolvimento destas etapas, e com o tempo de finalização do mestrado, não seria possível concretizá-las. Do mesmo modo, as etapas cumpridas, corresponderam aos objetivos propostos neste estudo.

No planejamento do segundo encontro (APENDICE H), ficou estabelecido a utilização do PES através de tarjetas coloridas que estavam em consonância com às informações relevantes extraídas da discussão do primeiro encontro e correspondia aos tópicos/colunas dispostos no painel. A dinâmica do painel de PES, foi a disposição e também acréscimo de tarjetas nas colunas correspondentes, cada qual contendo todos os aspectos relevantes alinhados aos objetivos da pesquisa. Para melhor visualização e entendimento do painel de PES final, todos os dados foram transferidos para formato de tabela, devidamente ilustrado logo abaixo no Quadro 4.

**Quadro 4.** Planejamento Estratégico Situacional, dos temas emergentes do primeiro grupo focal com supervisores da ESF do município em estudo, 2018.

DEMANDAS	AÇÕES EM EXECUÇÃO	POSSIBILIDADES DE AÇÕES	RESPONSABILIDADES
Ansiedade Depressão	PICS Grupo terapêutico (Nasf) Escuta qualificada	Plano de Formação para os enfermeiros da ESF Capacitação em SM	Enfermeiros supervisores da ESF Gestão da ESF e SMS
Alcoolismo	Grupo UBS	Reuniões Programadas entre supervisores e com a gestão	Gestor da ESF Enfermeiros supervisores da ESF
Dependência química	Apoio Familiar Ações Individuais	Valorização e autonomia da enfermagem	Enfermeiros supervisores da ESF COREN-GO
Excesso e dependência de medicamentos	Protocolo de atendimento para liberação de receitas médicas	Sensibilização da família e comunidade como parte do cuidado	
Transtornos decorrentes do uso problemático de drogas	Visitas domiciliares Apoio familiar	Estabelecer vínculo com os equipamentos do território	Toda equipe da ESF
Síndrome de Burnout	Atendimentos aos profissionais através do Nasf	Fortalecer a integração dos serviços	Todas a UBS Enfermeiros supervisores da ESF
Violência e Insegurança	Policiamento nas UBS 24h	Publicitar a UBS como componente da RAPS (Rádio local e redes sociais)	Gestão da ESF e SMS
	Desfragmentação do cuidado em SM		
	Processo de trabalho da enfermagem equivocado	Desprecarização do contrato de trabalho	
Aproximação com a gestão			

Em ambos os encontros, foram levados dois gravadores eletrônicos de voz e apresentados aos participantes antes da coleta e da assinatura de consentimento de

participação. Nenhum participante demonstrou desconforto em relação ao gravador. Os gravadores foram dispostos nas duas laterais de uma grande mesa oval, com disposição dos participantes e das pesquisadoras ao redor.

Os gravadores facilitaram a captação dos discursos e a análise das transcrições posteriores à realização de cada grupo focal. O tempo de duração foi de, aproximadamente, duas horas e trinta minutos.

## 5.5 Análise dos dados

Foi necessário apresentar alguns dados numéricos de caracterização dos participantes, serviço e equipe, levando em consideração as informações obtidas no instrumento autoaplicável. Os dados foram transferidos para uma planilha do *Microsoft Excel*, versão 2007, e utilizada a dupla digitação visando a validação do banco de dados. Para a análise foram utilizadas medidas de frequência relativa e absoluta.

Os dados obtidos através das transcrições dos discursos dos grupos focais, exploração do diário de campo da imersão no CAPS e partes específicas do questionário autoaplicável, foram organizados sistematicamente e submetidos a uma análise temática de conteúdo conforme propõe as orientações de Bardin (2010), organizando-a em três etapas: a pré-análise, exploração do material (momento de organizar os dados e reconhecê-los por meio de leitura) e o tratamento e interpretação dos resultados.

A pré-análise organiza os dados e estabelece conexão com o objetivo do estudo por meio de uma leitura flutuante. A fase de exploração do material é o movimento de codificação dos dados. Já na fase de tratamento e interpretação dos resultados, os dados são trabalhados minuciosamente para então, serem significativamente validados (BARDIN, 2010).

Para auxiliar neste processo foi utilizado um *Software* de análise de dados qualitativos disponível para utilização em modo *trial* por 14 dias, gratuitamente. Trata-se de um *Software* que além de ajudar na avaliação sistemática e interpretação de textos, possui funções amplas e diferenciadas, altamente avançada para os processos de codificação, memo-escrita e navegação, contando com uma integração com o *Microsoft Office* e o *Internet Explorer*. Outra característica importante deste programa é seu fácil manuseio.

Devido ao condicionante da versão gratuita para uso do *Software*, foi feito o *download* do programa em dois *notebooks* distintos posteriormente a cada finalização de transcrição de grupo focal. O sequenciamento planejado de execução atendeu perfeitamente a utilização deste recurso nesta modalidade.

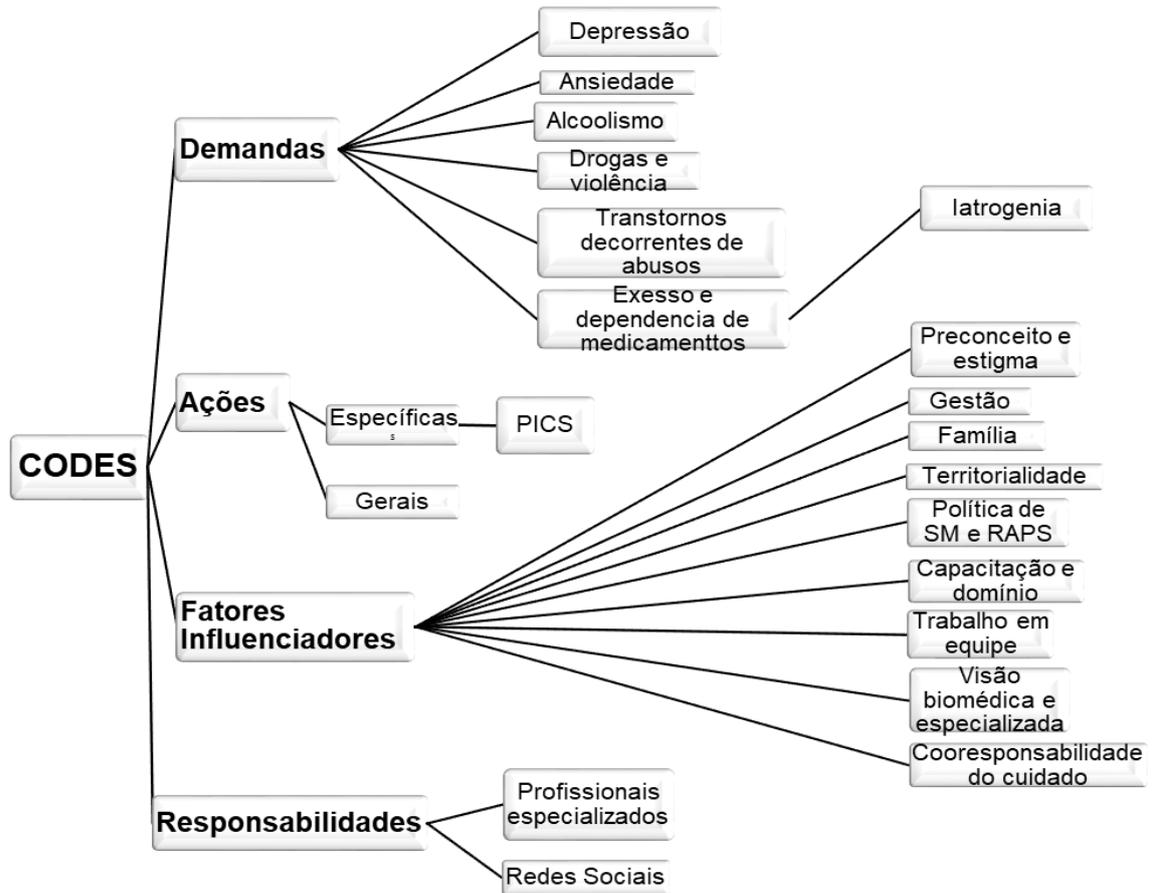
A escolha de utilizar um *software* baseou-se nas características favoráveis da ferramenta no que diz respeito à agilidade, facilidade e flexibilidade, para o processo de análise e interpretação de dados qualitativos. Como também, por permitir a associação ao processo de análise de conteúdo de Bardin (2010) sem prejuízos metodológicos.

Seguindo os passos orientados por Bardin (2010), na fase de exploração dos dados através do *software*, procurou-se identificar discursos semelhantes e direcionados a assuntos específicos, respectivamente alinhados aos objetivos deste estudo. Tal processo deu origem aos códigos (*codes*), que receberam descrição de fácil entendimento e identificação, por cores, a fim de facilitar a localização, catalogados logo após o primeiro grupo focal como: demandas; ações; fatores influenciadores e responsabilidades. Vinculado aos quatro códigos criados, trechos dos relatos dos participantes foram anexados e agrupados em razão das características comuns entre os elementos.

Durante este processo de análise por meio do *software*, se fez necessário a criação de vários subcódigos dos códigos primários criados (Figura B). O motivo esteve na pluralidade de elementos que emergiram da disposição de operadores booleanos e de nove opções adicionais para encontrar conexões nos dados indexados no programa e também devido o acréscimo dos dados coletados no segundo grupo focal.

Todos os códigos e subcódigos criados no programa, bem como os códigos utilizados no PES foram analisados e discutidos com base em documentos nacionais, internacionais e também na literatura especializada. As associações ou interferências entre códigos e subcódigos também foram analisadas e discutidas segundo estes documentos.

**Figura A.** Esquema de códigos e subcódigos estabelecidos no software para análise qualitativa dos dados, 2018.



## **6. RISCOS E BENEFÍCIOS**

Neste estudo foram previstos riscos mínimos que poderiam estar relacionados à exposição de opiniões e ideias pessoais entre profissionais e pesquisadores, considerando possíveis julgamentos por parte dos envolvidos em função da disparidade de opiniões/pontos de vista. Durante todo o movimento de coleta de dados foi expressamente garantido a todos os participantes o sigilo quanto às informações prestadas.

Para todos os dados coletados, sejam eles de qualquer natureza, foram utilizados siglas ou codinomes, mantendo rigorosamente o sigilo e anonimato do participante. Foi reforçado também aos participantes, a não obrigatoriedade de expor questões de ordem pessoal e nem de fornecer opiniões em temas que os deixassem desconfortáveis.

Entre os benefícios esperou-se que, com esta pesquisa, fossem gerados subsídios para uma articulação entre a APS e os serviços secundários e terciários de Saúde Mental do município, culminando numa melhor prestação de cuidado aos usuários em sofrimento mental. Almejou-se também, proporcionar uma análise crítica e reflexiva sobre as melhores estratégias que poderiam vir a desencadear novas práticas em saúde mental, qualificação e autonomia dos profissionais da APS.

## **7. SOBRE A ÉTICA**

A coleta dos dados teve início após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer de número 2.539.555. A pesquisa seguiu critérios de confidencialidade, sigilo, fidedignidade e anonimato dos sujeitos conforme as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE E) foi ofertado aos participantes, os quais obtiveram todas as orientações necessárias sobre o direito de não concordarem em participar do estudo. Aos que aceitaram participar da pesquisa, foi garantido o apoio da Lei e o sigilo da pesquisadora, conforme assegura a ética profissional. Todos os participantes foram codificados e tiveram seus nomes trocados com o objetivo de resguardar suas identidades.

Os dados serão divulgados exclusivamente no meio científico, porém o anonimato dos participantes será respeitado e mantido todo o tempo. O material coletado e transcrito possui acesso restrito, e será arquivado em local seguro por um período de cinco anos. Após esse prazo, o material será devidamente eliminado.

## 8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor organizar a apresentação dos resultados e as discussões, primeiramente será exposto a análise descritiva de caracterização dos dados coletados através do questionário autoaplicável. Posteriormente, seguirá com a análise problematizadora dos dados obtidos pelos grupos focais, imersão e também parte do questionário, tendo em vista que foram incluídas algumas questões subjetivas.

### 8.1 Análise descritiva de caracterização

As características de sexo, idade e tempo de formação dos enfermeiros que supervisionam as eSF do município (Tabela 1). Teve como resultado, em sua maioria, equipes sendo supervisionadas por mulheres (92%), jovens (85%) possuindo idade até 39 anos e com tempo de formação de até nove anos (77%).

**Tabela 1:** Características de sexo, idade e tempo de formação dos profissionais enfermeiros que atuam na ESF do município estudado (N=13), 2018.

		quantidades
<b>SEXO</b>	Masculino	01
	Feminino	<b>12</b>
<b>IDADE</b>	Até 29 anos	<b>03</b>
	De 30 a 39 anos	<b>08</b>
	De 39 a 49 anos	01
	Maior que 50 anos	01
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>	Até 4 anos	<b>03</b>
	De 5 a 9 anos	<b>07</b>
	De 10 a 19 anos	02
	Maior que 20 anos	01

Fonte: sistematização própria, 2018.

O processo de feminização da enfermagem está ligado aos próprios fatores históricos da constituição da profissão, marcada em seu início, por um exercício da prática, totalmente voltado para o caráter religioso e exclusivamente desempenhado por mulheres (LOPES, LEAL, 2005).

O caráter sociocultural da profissão fazia com que fossem delegadas às mulheres os cuidados de higiene humana e cuidados domésticos, atrelados a figura de “mulher-mãe”, principalmente direcionados a crianças, velhos e doentes. Um

trabalho baseado em saberes informais de práticas de saúde que eram transmitidos de geração para geração e de mulher para mulher (LOPES, LEAL, 2005).

Tais características particulares da gênese da profissão enfermagem, de certa forma configuraram um obstáculo para o ingresso da figura masculina nessa área. Algumas das primeiras escolas profissionalizantes adotavam a obrigatoriedade de se ser do sexo feminino para o ingresso no curso (COELHO, 2005). Embora se venha rompendo com o preconceito e o estereótipo da profissão, o contingente de enfermeiros do sexo masculino ainda tem se mostrando inferior, quando comparado aos do sexo feminino (FIOCRUZ, COFEN, 2013).

No tocante à idade (85% possuem até 39 anos) e ao tempo de formação (77% terem estudado até 9 anos, especificamente), podemos inferir que o tempo de formação/experiência é relevante quando há implicações no cuidado, podendo trazer prejuízos e afetar a resolutividade dos serviços.

Identificou-se que 38% dos enfermeiros concluíram a graduação no próprio município, que teve a primeira turma de enfermagem, oriunda de uma Faculdade privada local, concluinte no ano de 2011. Este dado pode ser relacionado com a tendência expansionista da enfermagem, encorajada pela aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB/61-1996 e pelo Plano Nacional de Educação PNE-decênio 2001-2010, que dentre suas políticas, defende a estratégia da interiorização, que estimula a criação de instituições fora dos grandes centros urbanos. No caso da enfermagem, houve um crescimento do número de matrículas, principalmente no setor privado (FERNANDES, TEIXEIRA, SILVA, FLORÊNCIO, et.al, 2013).

Em 2013, a Fiocruz, por incentivo do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), fez um levantamento detalhado sobre o perfil da enfermagem no Brasil. Foram entrevistados profissionais em cerca de 50% dos municípios brasileiros e em todas as unidades da federação. De acordo com os dados deste levantamento, 57,4% dos profissionais também obtiveram formação em instituições privadas. Em relação ao tempo de formação 33,3% obtiveram a conclusão da graduação em até 5 anos e 25,9% entre 6 e 10 anos (FIOCRUZ, COFEN, 2013).

Podemos inferir, portanto, que a aprovação destas políticas expansionistas acima mencionadas, proporcionou a viabilização e a ampliação quantitativa de instituições de ensino superior no país, bem como um aumento da oferta de vagas.

Em relação à cobertura de eSF nas UBS do município conforme descrito na Tabela 2, as 15 equipes estão distribuídas em 10 unidades, sendo a metade composta por duplas equipes.

**Tabela 2:** Cobertura de eSF nas UBS do município (N=10), 2018.

	<b>Nº de equipes</b>	<b>Nº de unidades</b>
<b>UBS</b>	1 Equipe de ESF	05
	2 Equipes de ESF	05

Fonte: sistematização própria, 2018

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o cálculo do teto máximo de eSF ao qual o município pode fazer o recebimento dos recursos financeiros específicos para esta estratégia se dá conforme a fórmula:  $\text{População} / 2.000$  (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), ou seja, para cada 2.000 pessoas, será financiada uma equipe, de acordo com valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Nessa perspectiva, significa dizer que para garantir os princípios e diretrizes da atenção básica, cada eSF deverá ficar responsável por 2.000 pessoas localizadas dentro do seu território. No caso do município estudado, que possui em média 56.598 habitantes, para que se atinja a cobertura máxima, deveriam existir 28 equipes distribuídas no território, ao invés de somente 15.

Sendo assim, mesmo havendo outros arranjos, podendo ser maior ou menor do que o número de equipes recomendado, o fato é que o município em questão conta com uma quantidade reduzida de eSF para atender as demandas de todo o município. Em média, cada eSF do município em questão, fica responsável por cerca de 4.000 pessoas adstritas no território.

Cabe ao gestor municipal refazer a análise de demanda do território e oferta de eSF, podendo manter até quatro equipes por UBS, a fim de aumentar a capacidade de resolutividade, ampliar o acesso e a qualidade do serviço.

Ainda permeando essa análise de funcionamento da ABS de acordo com a PNAB/2017, procuramos identificar quais os tipos de equipes que estão atuantes no município (Tabela 3). Como resultado, foi demonstrado que as equipes são formadas

pelo número mínimo de profissionais estabelecido pela resolução, composta por agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar e/ou técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e profissionais de saúde bucal: auxiliar de consultório dentário (ACD) e cirurgião-dentista.

Outros profissionais de segmento complementar atuam na atenção básica de maneira integrada dando suporte às eSF, e estão vinculados à equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). No total, sete profissionais de especialidades atuam em conjunto com a ESF.

**Tabela 3:** Características de formação dos profissionais que atuam nas eSF do município (N=188), 2018.

		<b>quantidade</b>	
<b>Formação Acadêmica</b>	Auxiliar de Consultório Dentário	14	
	Agente Comunitário de Saúde	<b>70</b>	
	Enfermeiro	15	
	Médico	15	
	Odontólogo	15	
	Recepcionista	20	
	Serviços Gerais	10	
	Técnico de enfermagem	22	
	<b>Equipe multiprofissional ligada ao NASF</b>	Assistente social	1
Educador físico		1	
Fisioterapeuta		1	
Fonoaudiólogo		1	
Nutricionista		1	
Psicólogo		2	

Fonte: sistematização própria, 2018

Os dados revelam, tanto em números quanto pela fala dos sujeitos nas considerações a serem acrescentadas no instrumento de pesquisa de caracterização das equipes, que é insuficiente a quantidade de ACS. Apresentam uma média de 4,67 agentes/eSF. Essa necessidade vem ao encontro da quantidade considerável de áreas descobertas e do grau de vulnerabilidade de alguns setores.

O número de ACS pode ser definido de acordo com a base populacional, aspectos demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Mas é recomendada para as áreas de grande dispersão territorial, de risco e vulnerabilidade social, a

cobertura de no máximo de 750 pessoas por ACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). No município em questão, cada ACS está responsável por cerca de 808 pessoas. Essa diferença em relação a quantidade recomendada pelo Ministério da Saúde (MS) pode indicar a necessidade de que os gestores municipais reavaliem os serviços e ampliem a cobertura, seja por meio do aumento de eSF, ou por ora, apenas de ACS.

Em relação às características de atendimentos e ao acesso dos usuários às ESF (Tabela 4), o resultado foi unânime (100%), com os registros dos atendimentos efetuados em prontuários individuais e utilização da estratégia e-SUS. Os acessos dos usuários podem se dar por demanda livre (100%), agendamento (100%) ou em dias específicos dos programas preconizados pelo MS (100%).

**Tabela 4:** Características de atendimentos e acesso dos usuários a ESF do município estudado (N=13), 2018.

<b>REGISTRO</b>	<b>Nº de Unidades</b>
Prontuário individual	13
Prontuário eletrônico ou estratégia e-SUS da ABS	13
<b>ACESSO DO USUÁRIO</b>	
Demanda livre	13
Agendamento	13
Programas preconizados pelo Ministério da Saúde	13
<b>ENCAMINHAMENTOS PARA A REDE DE ATENÇÃO</b>	
Via regulação	4
Documento de referência e contra referência	5
Via regulação e documento de referência e contra referencia	4
Autorização do gestor municipal	1

Fonte: sistematização própria, 2018.

Dado curioso se observa no que diz respeito ao processo de encaminhamentos a outros serviços da rede. Em algumas eSFs os encaminhamentos são feitos apenas via regulação (30,76%), em outras apenas por documento de

referência (38,46%), e 30,76% utilizam os dois recursos. Apenas um dos participantes citou também a autorização do gestor municipal como opção de encaminhamento.

Via de fato, a opção de encaminhamento por autorização do gestor não existe sob as normas da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pela Portaria nº 2.436/2017. Apesar de aparecer em número pouco significativo, vale a pena abrir um parêntese sobre esta prática que se configura, portanto, alternativa de cuidado excepcional, podendo estar ou não embasadas em questões políticas.

Ao considerar a dimensão política no processo decisório em saúde, Kleba, Zampirom e Comerlato (2015), em um estudo sobre os desafios de incorporações de deliberações pelo Conselho Municipal de Saúde de um município brasileiro, apontam que em algumas situações as decisões são influenciadas por objetivos particulares. Nessa lógica, o desenvolvimento do processo decisório pode “induzir a troca de decisões racionais por barganhas, pressões e relações de poder e de interesses pessoais” (p. 562). Portanto, as ações passam a ser direcionadas através de disputas internas de influência e poder, na medida em que os objetivos pessoais sobressaem aos organizacionais.

As considerações e recomendações da PNAB no processo de referenciação dizem sobre a incorporação de ferramentas que fortaleçam as práticas de “micro regulação das UBS”. Ferramentas essas que incluem: gestão própria descentralizada de filas de consulta e exames, pactuação de fluxo e protocolos com as centrais de regulação e serviços especializados, apoio matricial presencial ou a distância e a articulação das decisões clínicas do telessaúde com o processo de regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Outro aspecto importante relacionado ao funcionamento e ao processo de trabalho das eSF, é a constituição do vínculo com a comunidade, instituições territoriais e também, o bom relacionamento entre os profissionais que compõem a equipe.

De acordo com os resultados (Tabela 5), 84,6% dos supervisores relataram ser ótimo o relacionamento entre os profissionais das eSF, enquanto 15,4% relatou ser apenas bom. Dentre várias características e condicionantes na assistência à saúde que visam atingir os objetivos do SUS, o trabalho em equipe é um dos influenciadores. E conseqüentemente para que exista um bom trabalho em equipe, há a necessidade de se haver um bom relacionamento entre os profissionais.

**Tabela 5:** Estabelecimento do vínculo com a comunidade e equipe supervisionada (N=13), 2018.

<b>Vínculo com equipamentos comunitários</b>	<b>quantidades</b>
Sim	04
Não	<b>09</b>
<b>Relacionamento com a equipe supervisionada</b>	
Ótimo	<b>11</b>
Bom	02
Razoável	0
Ruim	0

Fonte: sistematização própria, 2018.

Estudos mostram que a continuidade do cuidado só é garantida, quando se reconhece o valor e a necessidade do trabalho do outro. Nessa perspectiva, o trabalho em equipe se configura na interação entre os profissionais sem que haja uma dicotomia de categorias profissionais e “compartimentalização das atividades”. Desta forma, são fortalecidos a autonomia, a liberdade e o prazer na organização do espaço de trabalho (SANTOS, LIMA, FREITAS, et.al, 2016).

O vínculo com os recursos/equipamentos dispostos na comunidade também se configura como fator influenciador. Nesse aspecto, 69% dos entrevistados relataram que a eSF supervisionada não possui esse tipo de vínculo.

Sob a ótica da integralidade do cuidado, não somente, mas principalmente na saúde mental, deve-se levar em consideração as unidades de saúde como parte da RAS, mas também a formação de relações de parceria com uma rede comunitária. Rede essa, que inclua importantes pontos de produção de cuidado coletivo como igrejas, escolas, organizações sociais, etc. (DUTRA, OLIVEIRA, 2015).

Uma investigação realizada com famílias de usuários com transtornos mentais em processo de desinstitucionalização identificou que o foco principal de atuação da APS no território era o desenvolvimento de estratégias de apoio as famílias, já que os tratamentos poderiam necessitar de uma maior interface com a rede especializada. O fortalecimento dos laços de amizade e convívio social destes usuários, utilizando recursos disponíveis do território, fez com que as relações de aversão pelo estigma não acontecessem e houvesse abertura de espaço para trocas sociais mais efetivas (ALVES, SILVEIRA, 2011).

## 8.2 Análise problematizadora

### 8.2.1 Demandas e ações em saúde mental

A análise qualitativa dos resultados alinhada aos dois primeiros objetivos específicos deste estudo, mostra que as eSF recebem nas UBS demandas relacionadas a depressão, ansiedade, problemas relacionados ao excesso e dependência de medicamentos, alcoolismo, uso abusivo de drogas e alguns transtornos decorrentes do uso prolongado de drogas. Poucas são as ações voltadas para atender especificamente a estas demandas. As unidades restringem-se a encaminhamentos para serviços secundários ou terciários, visita domiciliar, apoio familiar, realização de grupo terapêutico, atendimento psicológico individual, algumas práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) feitas individualmente e sistema interno de controle de receitas médicas.

Não há novidade relacionada ao aparecimento da depressão como sendo uma das demandas que chegam às UBS. É uma doença já caracterizada como mal do século, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que prevê que até 2020, ela se tornará uma das doenças mais incapacitante e de maior carga no mundo (WHO, 2001).

A depressão é um distúrbio afetivo que fragiliza o emocional da pessoa, trazendo uma tristeza profunda, falta de apetite, de ânimo e perda de interesse generalizado. Na literatura médica e científica mundial há evidências de que a depressão também pode incitar alterações fisiológicas, aumentando a probabilidade de se adquirir problemas infecciosos e inflamatórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, acesso 2018).

No Brasil a prevalência desta doença se configura como a segunda maior carga de incapacidade, representando o maior índice na América Latina (DAMACENA, 2017). E segundo dados do Relatório da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, uma vez que os dados de 2018 ainda está na fase de migração para o sistema, foi estimado que 7,6% de brasileiros (11,2 milhões de pessoas) com 18 anos de idade ou mais, receberam diagnóstico de depressão por profissionais de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Associados aos quadros depressivos, alguns indivíduos também acompanham sintomas de ansiedade, distúrbios do sono e sintomas somáticos físicos

sem explicação médica (WHO, 2016). Nessa perspectiva, é compreensível o aparecimento, neste estudo, de demandas relacionadas à ansiedade e de problemas ocasionados pelo excesso/dependência de medicamentos.

*“Depressão e ansiedade”. (P1)*

*‘Uso crônico de benzodiazepínicos também, está demais. Acredito que seja na cidade inteira’. (P4)*

*“É alarmante mesmo”. (P6)*

*“Ficamos com pena das pessoas, porque são tão viciadas, que se não fizer o uso da medicação, é igual crack mesmo, se não fizer o uso surta mesmo”. (P7)*

Dentre os problemas relacionados ao uso de medicamentos, destacam-se os psicotrópicos, principalmente os benzodiazepínicos, que geralmente são os mais prescritos no tratamento de diversos distúrbios e sintomas, como os da ansiedade, transtornos afetivos, distúrbios do sono, sintomas de abstinência e etc. Apesar de serem considerados medicamentos de uso seguro, possuem um alto potencial de dependência e de efeitos colaterais, em casos de ingestão crônica (MADRUGA, PAIM, PALHARES, MIGUEL, et.al, 2018).

Um estudo recente teve como objetivo investigar as taxas de prevalência de consumo de benzodiazepínicos (BZDC) em uma amostra da população brasileira. Resultados indicaram que um em cada dez brasileiros já fez uso de BZDs ao longo da vida, uma taxa de 6,1% da amostra estudada, apontando um aumento significativo em comparação a outro levantamento, feito em 2004 por Fonseca, Galduroz, Noto e Carlini (2010), que revelou prevalência de 5,6% para o mesmo uso (MADRUGA, PAIM, PALHARES, MIGUEL, et.al, 2018). Tal aumento pode estar diretamente relacionado à implantação do Programa para a Aquisição de Medicamentos Essenciais através das Portarias nº 1.077/ 1999 e nº 3.916/1998.

Com a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil, houve a necessidade de se estabelecer um programa contínuo e seguro para integrar e complementar o tratamento de indivíduos que necessitassem de medicamentos para o controle dos transtornos mentais, visando a garantia do acesso aos medicamentos essenciais à saúde mental na rede pública. Os medicamentos disponíveis no programa são os constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, elemento técnico-científico que orienta a oferta, a prescrição e a

dispensação de medicamentos nos serviços do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Associando este programa com os dados alarmantes de prevalência e dependência do uso de BZDC, foi observado neste estudo, um movimento iatrogênico relacionado à prescrição indiscriminada e prolongada destes medicamentos pelos clínicos gerais que atuam na ESF, especificamente do Diazepam (Valium), Lorazepam e Clonazepam (Rivotril). Movimento que fica bem claro nas seguintes falas:

*“A gente não fornece mais a receita. Antes era fornecido assim, vou falar bem a realidade, às vezes deixava só o nome do medicamento com o nome da pessoa e pegava o medicamento. Tinha até a pastinha do doutor fazer todas as receitas azuis.” (P6)*

*“Eles terminavam de fazer as consultas, e iam fazer as receitas azuis.” (P1)*

*“Tem paciente que toma certo psicotrópico há dez anos! Toma a mesmo miligrama, e isso não pode. Passando pelo médico, o médico vai ver e automaticamente trocar, vai encaminhar para um psicólogo, psiquiatra, vai ver o que pode estar fazendo. Agora quando chega, pega o medicamento, não tem acompanhamento. O paciente não está sendo assistido.” (P7)*

Os participantes relataram que essas práticas eram comuns e perduraram por muitos anos em todo o município, mas por exigência do atual gestor da SMS, recentemente foi adotado um protocolo interno específico para liberação de receitas médicas. De acordo com os mesmos, após a implantação desse protocolo as receitas são emitidas apenas após consulta médica.

*“Eles (usuários) já são informados que tem que passar na recepção, fazer o agendamento para pegar a receita com o médico.” (P6).*

*“Nós adotamos, não sei, mas acho que foram todas as unidades, que devem passar pelos médicos para adquirirem a receita, mas isso causou um certo transtorno (P8)*

A atuação dos médicos e da eSF na lógica medicalizante em todo município, pode ter contribuído para a decorrência de problemas ligados a qualidade de vida dos usuários (dependência), bem como de outros fenômenos, como o aumento da carga de trabalho das equipes e alterações de comportamento dos próprios usuários. Fenômenos assim, observados no município, reforçam o efeito colateral do saber patologizante e medicamentoso que envolve os transtornos mentais, a soberania de uma categoria profissional em detrimento de outras, e também a mudança de postura

dos usuários, que chegam cada vez mais instrumentalizados de informações adquiridas através da internet, mídias e redes sociais.

A “medicalização da vida” comumente dita é um fenômeno atualmente muito vivenciado e está baseado em um saber especialista que patologiza os comportamentos na medida em que desqualifica e desestimula outras abordagens terapêuticas (SOALHEIRO, 2017). Nesse sentido, direciona a atenção sem considerar outros aspectos que contemplam a individualidade de cada usuário. Na dimensão técnico-assistencial de acordo com Amarante (2007), o processo de saúde mental e da atenção psicossocial a doença não deve ser necessariamente o foco da assistência, mas sim, atribuir a ela outros saberes que não apenas os pressupostos da ciência. Deve contemplar todo o ambiente ao qual o sujeito vive, considerando os problemas, conflitos, redes sociais, família, etc. (AMARANTE, 2007).

A prática do tratamento da “loucura” veio sofrendo transformações ao longo do tempo, até chegar a configuração atual. Mas a valorização de médicos psiquiatras, dos profissionais da saúde mental e também de outros profissionais externos a área de saúde mental, por encontrarem no diagnóstico, critérios para construção de estratégias de tratamento, impulsionaram esse fenômeno da medicalização (SOALHEIRO, 2017).

Essa visão reducionista de uma cultura diagnóstica foi particularmente estimulada após a adoção do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que é um manual feito pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para definir como é feito o diagnóstico de transtornos mentais. É um manual periodicamente revisado, modificado, mas em todas suas edições indicam tratamento geralmente restrito a psicofarmacologia. Ao tomar o DSM como referência para o cuidado em saúde mental, não raras vezes, perde-se a importância da escuta do usuário, como também da análise das particularidades de cada caso. Tendo em vista que cada sujeito está inserido em um determinado contexto de vida (SOALHEIRO, 2017).

Atualmente as PICS (Práticas Integrativas e Complementares), denominadas pela OMS como Medicinas Tradicionais e Complementares (MT&C), constituem um dos recursos possíveis para a desmedicalização. Já estão institucionalizadas no SUS por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) por meio das portarias ministeriais nº 971/2006, e nº 1.600/2006, e recentemente atualizadas pelas portarias nº 145, nº 849 e nº 633 em 2017, a GM nº 702 e a nº 1.988

em 2018, que contemplam em suas diretrizes e responsabilidades institucionais a oferta de serviços com abordagens não farmacológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Constam na PNPIC 29 práticas para ampliar as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo assim, uma maior integralidade e resolubilidade da atenção à saúde. São inclusos os serviços em: Reiki, Reflexoterapia, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Musicoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Meditação, Yoga, *Ayurveda*, Biodança, Medicina Antroposófica, Naturopatia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Dança Circular, Osteopatia, Quiropraxia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Neste estudo, os supervisores relataram o desenvolvimento de algumas PICS nas UBS, mas estas não atingem um número suficientemente significativo de usuários porque são feitas individualmente e em apenas duas unidades, levando em consideração que apenas dois profissionais possuem os recursos pessoais necessários para o desenvolvimento destas abordagens.

*“Uma coisa também que vem dando certo, mas não fiz tanto assim, com drogas não, só com algum tipo de transtorno, são as práticas integrativas, tanto o reiki quanto a reflexologia (...) [pausa na fala]. Mas eu consigo fazer só uma vez por semana, era bom se eu pudesse pegar pelo menos um paciente por dia, mas não dá.” (P2)*

De acordo com a PNPIC, em relação as responsabilidades institucionais no âmbito da gestão municipal, fica a cargo do gestor, elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde, promover articulação intersetorial para a efetivação da política e estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Diferentemente do que é preconizado pela PNPIC quanto às responsabilidades da gestão municipal, no município em questão, a inserção das PICS foi feita no CAPS e vem sendo realizada por dois profissionais. Na lógica do cuidado em rede o desenvolvimento das PICS deve ser preferencialmente realizado na APS, levando em consideração que é o primeiro contato da comunidade com uma unidade de saúde, em função de suas potencialidades e capacidade de abrangência. Outro fator importante considerado é a habilidade que a enfermagem tem em aplicar tais práticas. Neste estudo foram identificados apenas dois dos quinze enfermeiros

participantes, com tal capacitação e que valorizam a importância de se inserir estas práticas no atendimento a população.

*“A prática integrativa é (...) [pausa na fala] fundamental assim, no caso, em saúde mental. Eu faço reiki, eu consigo identificar muitas pessoas que chegam, que você acha que está passando mal. Quem não conhece o reiki acha que realmente está passando mal, que está com problema. Quando chega até mim, eu sei que é uma ansiedade generalizada, é uma síndrome do pânico que tem demais. Entro na sala, eu converso, eu faço reiki, é impressionante a resolutividade que tem. Então é muito importante essa prática integrativa nas unidades.”* (P1)

Um diagnóstico nacional situacional sobre a oferta das PICS nos estados de federação, no período de março a junho de 2004, observou que, preferencialmente, as ações estão inseridas na APS (86,2%), e 74,35% na ESF, em detrimento da atenção especializada (3,48%) e serviços de saúde mental (1,30%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Nota-se, portanto, um consenso geral quanto a oferta dessas práticas serem preferencialmente feitas na APS. E para que ocorra a inserção dessas práticas na APS, é necessário um plano de educação permanente que contemple a qualificação e capacitação dos profissionais que compõem as eSF, destacando, contudo, o profissional enfermeiro em potencial.

Apesar de grande contribuição para a assistência aos usuários de saúde mental do município, as PICS vinculadas exclusivamente ao CAPS, valida e estabelece ainda mais os atendimentos na lógica dos encaminhamentos. Ação identificada como problemática neste estudo.

*“(...) tem muita coisa que a estratégia poderia não deixar levar para o CAPS. Mas a gente precisava de um apoio, e isso a gente não tem. Porque quando você encaminha para o CAPS, fala que não é do CAPS, não é caso mesmo, não é perfil do CAPS.”* (P2)

*“Eles (CAPS) estavam achando que a UBS estava mandando muito paciente para o CAPS.”* (P3)

*“Dependendo do tipo de encaminhamento é só o médico que faz, para esses casos, os psiquiátricos são só eles.”* (P5)

*“Quase tudo né! Tudo eles fazem encaminhamentos [risadas].”* (P6)

A constante prática de encaminhamentos da APS a serviços secundários e terciários voltados para a saúde mental, identificada neste estudo, não configura um ineditismo. Na literatura, dados evidenciam que as práticas em saúde mental na APS ainda são muito negligenciadas e baseadas na lógica de encaminhamentos a serviços especializados e medicalização (MARTINS, SOUZA, VIEIRA, et.al, 2015; SILVA,

IGLESIAS, 2017; ESLABÃO, COIMBRA, KANTORSKI et.al, 2017; BARBOSA, CAVALCANTI, ALCANTARA, et.al, 2017).

De acordo com Bezerra et.al. (2014), quando as eSF não reconhecem a demanda, o usuário tem seu acesso negado, e prevalecem os encaminhamentos de um serviço para o outro sem responsabilização e resolutividade. Evidenciou-se no estudo de Bezerra et.al (2014), que as ações dos profissionais na ESF enfocam e restringem-se a “triade: consulta médica, receita e medicamento, diante das dificuldades do manejo de casos específicos, e à limitação na formação acadêmica para lidar com a saúde mental” (p. 68).

Esta prática configurou neste estudo, o centro causador da ineficiência de assistência e da superlotação da única unidade de atenção secundária em saúde mental, o CAPS. De acordo com as informações obtidas na etapa de imersão, foram identificados mais de 3.000 usuários cadastrados que recebem atendimento específico no CAPS. Para a equipe do CAPS, a maioria dos encaminhamentos não apresentavam uma real demanda específica que justificasse a necessidade de uma atenção especializada, contrapondo, porém, a posição das ESF. As subjetividades de demandas de saúde mental em cada nível de complexidade e serviço de saúde, poderia instituir um novo estudo, possibilitando a investigação do volume de encaminhamentos desnecessários.

Ainda, segundo os supervisores, o usuário referenciado ao CAPS pela APS, não possuindo perfil para acompanhamento no CAPS, acaba sendo contra referenciado sem que haja nenhuma contrapartida e vice-versa.

*“(...) agente encaminha o paciente não vem nenhuma contra referência falando quais os cuidados que a gente tem que ter com ele no dia a dia. Em que momentos agente deve encaminhar novamente para outro especialista. Porque tem que continuar também, eu acredito que deve continuar conosco e também de vez em quando deve recorrer a especialista.” (P4)*

*“Quando o paciente já está em tratamento, ele não retorna para nós para a sequência de tratamento. Ele já está no CAPS, lá ele tem o tratamento dele, com psicóloga, psiquiatra.” (P3)*

Uma ação de matriciamento voltada apenas para a categoria médica foi pensada e organizada, em relação a essa problemática de encaminhamentos desnecessários, de acordo com o relato feito pela própria equipe do CAPS durante a imersão. Em virtude da necessidade de se reduzir o número de encaminhamentos, e visando o controle de prescrições indiscriminadas de BZDs, esta ação consistiu em

uma reunião de orientações, conduzida pelo psiquiatra do CAPS, acerca das condutas e do manejo que compete aos clínicos da ESF em casos de saúde mental, bem como quais medicações podem ser, ou não, prescritas.

*“Teve uma reunião com a psiquiatra, só com os médicos. Então ela, pelo o que foi passado para nós, conversando com os médicos, que até que ponto chegaria ao CAPS. O que era da estratégia, qual a medicação que eles poderiam passar e as que não poderiam, que era só da psiquiatria. Até que ponto o médico da estratégia poderia chegar e o que encaminhar.” (P5)*

O apoio matricial (AM) é uma forma de qualificar as equipes da APS para uma clínica mais ampliada, oferecendo subsídios que ajudem na distinção dos casos que podem ser acolhidos neste nível de atenção, daqueles que necessitam de um cuidado especializado em saúde mental (BELOTTI, LAVRADOR, 2016). É um novo jeito de produzir saúde, onde são formadas equipes capazes de proporcionar a retaguarda especializada da assistência à saúde mental e, por meio de um processo de construção compartilhada de saberes, são criadas propostas de intervenções, ampliando seus campos de atuação e qualificando as ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Na prática, o AM pode acontecer a partir de reuniões, com a presença de alguns profissionais da eSF, NASF e CAPS, que por sua vez, terão espaço livre para discussões dos casos de saúde mental identificados no território, e assim, e elaborar as intervenções que, em algumas ocasiões específicas, poderão ocorrer em conjunto, objetivando aumentar o poder de resolutividade. A proposta da atenção no campo da saúde mental no âmbito do AM visa à ampliação da capacidade de resolutividade da APS, bem como a implantação da clínica ampliada e a corresponsabilidade do cuidado (BELOTTI, LAVRADOR, 2016).

A equipe do CAPS do município em estudo, juntamente com outras equipes de CAPS de municípios do entorno, foi contemplada com uma capacitação sobre saúde mental e o serviço em rede e sua relação com a APS e NASF. Nesta ocasião, os enfermeiros supervisores das UBS foram convidados a participar desta capacitação, que por sua vez, ocorreu em dois dias. A capacitação foi uma ação mobilizada através da Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde (SPAIS) do Estado.

De acordo com o relato dos participantes, foi sentido certo descolamento da categoria e serviço em relação ao conteúdo proposto pela capacitação. O sentimento

observado e discutido pelos enfermeiros das ESF foi o de ter participado sem que ocorressem suas inclusões como membros da ação.

*“(...) não, aquela oficina eu achei mais voltada para o CAPS. Não tinha nada direcionado para a unidade não (...).” (P1)*

*“Eu senti que eu estava ali para fazer volume. Porque a metade dos enfermeiros foram convidados só para o primeiro dia, e a outra metade para o segundo.” (P4)*

*“O primeiro dia não tinha nada a respeito da unidade (...) [pausa na fala] nada, nada, a gente ficou tipo patinho fora da lagoa (...) [riso].” (P2)*

*“No segundo dia teve uma oficina, falou como você conduziria (...) [pausa na fala] ela pois um (...) [pausa na fala] estudo de caso. Colocou uma família toda desestruturada e pediu para a gente fazer um fluxograma, como que a gente agiria se aquele paciente chegasse na nossa unidade, aonde a gente encaminharia. Aí as meninas lá do CAPS achava resultado em tudo (...) [pausa e risos] Vamos fazer isso, vamos mandar ele para escola e vamos mandar para o NASF, para o CREAS, ele vai ganhar bolsa, ele vai ganhar cesta (...) [pausa e risos] na hora eu fiquei assim sabe (...) [pausa na fala] essa é a realidade! [risadas].” (P6).*

Ainda discutindo sob a ótica do apoio matricial, as ações e capacitações devem abranger toda a rede, considerando que para cada nível de complexidade há um contexto específico. São conhecimentos, vivências, competências diversificadas a cada serviço. Atribuir uma capacitação universal para todos os componentes da RAPS pode favorecer alguns profissionais e serviços em detrimento de outros, e é importante ressaltar que são necessárias apenas as ações reduzidas a especialistas.

A demanda de usuários com problemas de alcoolismo e o uso abusivo e nocivo de drogas também foram unânimes em todas as UBS. Destacando, porém, de acordo com os participantes, o aumento da violência em consequência de disputas territoriais do tráfico de drogas no município. Fica incumbido aos profissionais da eSF, desenvolver a assistência de acordo com o que é permitido e possível, já que encontram muitas limitações. Seja a nível individual, por falta de equipamentos (porque são furtados das UBS), por questões de insegurança, etc.. Nesses casos, as eSF realizam ações voltadas para as famílias, realizando visitas domiciliares e apoio familiar.

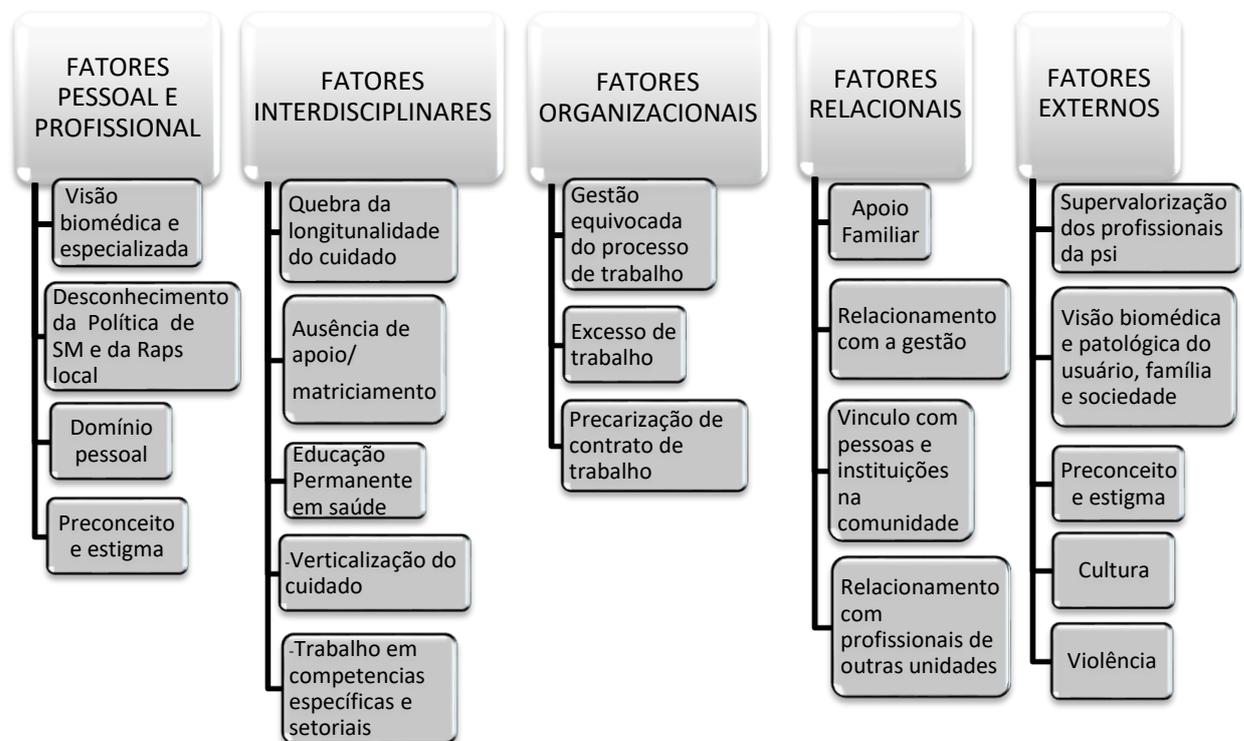
Após finalizada a construção do painel de análise do PES e de todas as discussões no segundo grupo focal, foi proporcionada aos participantes uma devolutiva das pesquisadoras em relação a utilização de algumas estratégias para auxiliá-los no processo de trabalho identificado antecipadamente através do primeiro grupo focal.

Nesta oportunidade, foi apresentado aos participantes um cartaz contendo todas as estratégias classificadas como importantes e relevantes. Estratégias essas que incluíram a explicação do passo a passo da utilização do Telessaúde como um importante recurso de consultoria de casos complexos; apresentação de aplicativos específicos para organização da assistência em saúde, disponíveis para smartphones; indicação de documentos, livros e protocolos de acesso livre na Internet; demonstrativo do fluxo da rede para fortalecimento da intersectorialidade e valorização do vínculo com equipamentos da comunidade.

## 8.2. Fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pela ESF

A análise de conteúdo das duas reuniões de grupo focal revelaram cinco categorias principais de fatores limitadores na integração das ações de saúde mental na APS, a saber: (1) fatores pessoal profissional, (2) fatores organizacionais, (3) fatores interdisciplinares, (4) fatores relacionais e (5) fatores externos.

**Figura B:** Esquema de Fatores limitadores na integração das ações de saúde mental na APS, 2018.



### 8.2.2.1 Fatores pessoal e profissional

Neste estudo, foi observado que características pessoais dos profissionais supervisores e das equipes da ESF influenciam no processo de integração das ações de saúde mental na APS. São características sócio culturais que incluem gostos e aversões, domínios pessoais (processamento interno) e comportamentos reativos,

revelando profissionais com uma postura sob o viés histórico e preconceituoso em relação ao “doente mental” e com pouca ou nenhuma capacitação para atuar na rede.

*“(...) Porque tem um grupo, mais ou menos eles são uns doze, vivem numa calçada e ficam ali usando drogas o tempo todo. Um dia a gente foi fazer teste rápido neles. Eu percebi que não só eu não estava preparada, a equipe toda não estava nada preparada para recebê-los. Então eu fui sentindo que quando eles chegavam, a equipe travava. Insegura mesmo. Algumas com medo, porque muitos já chegam lá drogados. Outras porque não gostam.” (P2)*

*“Concordo. Além também da gente sente muito medo devido a questão da segurança.” (P4)*

*“(...) Sempre quando atendo um usuário eu fecho a porta, porque muitas das vezes ele que me contar um segredo. E aí as meninas da minha equipe ficam preocupadas se eles vão fazer alguma coisa comigo lá dentro, a maioria das vezes quando você abre a porta, tem um deles lá atrás da porta preocupado comigo.” (P2)*

*“Não sabe a reação né”. (P6)*

A instituição ou não de práticas de saúde mental dependem do comportamento do profissional frente a estas demandas, do domínio e processamento individual que estabelece o enfrentamento. Foi observado que o preconceito e a visão biomédica e especializada ainda permeiam a realidade prática dos profissionais e de suas equipes, na medida em que estes apresentam “medo” e não se sentem capazes de atender essas demandas, delegando a tarefa e responsabilidade do cuidado aos profissionais especializados.

Ainda persiste a noção de periculosidade atribuída ao usuário de saúde mental, e isso faz com que as sociedades no geral estabeleçam critérios e sanções na função de minimizar os riscos da circulação e convivência com o “doente mental”. De acordo com o estudo de Barbosa, Caponi e Verdi (2018), os usuários em saúde mental vêm perdendo sua autonomia de circulação pelo território. O estigma ainda presente vem fazendo com que o confinamento deixe de ocorrer apenas no âmbito da internação hospitalar involuntária e passa a se efetivar na restrição do espaço domiciliar e na impossibilidade de trânsito livre no território, uma vez que mesmo abertos, os espaços possuam regulamentações e restrições socialmente intrínsecas.

Observa-se que a superação do estigma ainda se configura como um grande desafio a ser enfrentado, tendo em vista que aspectos culturais e sociais não se desfazem facilmente. Na dimensão sociocultural da atenção psicossocial segundo Amarante (2007), a sociedade tem que desconstruir as interpretações criadas ao

“doente mental” pelo estigma da periculosidade. Há a necessidade de que a sociedade reflita e construa uma nova visão em relação a loucura, oportunizando o estabelecimento de relações de amor, solidariedade e reciprocidade (AMARANTE, 2007).

Torna-se ainda mais difícil quando a própria Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, com suas novas configurações, estabelece o aumento do repasse público para leitos em hospitais psiquiátricos e dê sinal verde para o uso de aparelhos de eletroconvulsoterapia no SUS. Além de contrariar a essência e o objetivo principal da reforma psiquiátrica, ainda contribui para a validação do pensamento de que lugar de “doente mental” é no hospício. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2019).

Ficou claro também, o fato dos supervisores não possuírem, mesmo que minimamente, o conhecimento acerca do que dispõe a política de saúde mental do país, sobre quais os preceitos da atenção voltada para o psicossocial, bem como dos componentes que integram a RAPS, disponíveis na localidade de trabalho.

*“(...) Mas aí a gente ter para aonde mandar, ou, igual as meninas falaram, ter a capacitação mesmo entre nós, para agente saber aonde a gente ia encaixar ele [usuário].” (P6)*

*“(...) É tem a capacitação, mas ter o que direcionar também né. Não adianta só agente ir lá [pausa na fala] é ter um fluxo, porque senão a gente vai fazer aquele primeiro acolhimento, mas o que fazer depois? Onde e para quem encaminhar? Onde tem aquela regulação.” (P5)*

*“Eu acho subjetivo. Por exemplo, o que para mim é uma pessoa que está precisando urgentemente de um atendimento, para eles [CAPS] as vezes não é.” (P7)*

Não somente na assistência em saúde mental, mas em qualquer outro campo de atuação, o profissional que desconhece suas competências profissionais dentro de uma rede de serviços de saúde, pode fragilizar o processo de trabalho e também incorporar em suas atividades a não cooreponsabilização do cuidado. Rompendo assim, com a continuidade e com a assistência integral aos usuários. O cuidado em rede só agrega valor para os usuários quando se enfrenta uma condição de saúde por meio do ciclo completo de atendimento a eles, e não de modo estratificado.

Foi observado que a assistência em saúde mental no município, baseia-se sinteticamente nas opções de internação, medicalização ou acompanhamento psicológico, validando a estratificação do cuidado por competência específica e especializada. Essa estratificação do cuidado é baseada na graduação de importância atribuída a determinados profissionais tanto pela sociedade como entre os próprios

trabalhadores, reforçando a ideia de que o atendimento e acompanhamento dos usuários de saúde mental devem ser direcionados ao serviço suplementar da atenção primária (psiquiatria e psicologia). Configurando, portanto, que além de ser uma questão social também se trata de uma questão institucional.

### 8.2.2.2 Fatores interdisciplinares

Como fatores interdisciplinares, identificamos problemas relacionadas à falta de articulação da rede como: ausência de apoio matricial e educação permanente em saúde, verticalização do cuidado e trabalho estratificado por competências específicas.

A verticalização e a estratificação do cuidado por competências específicas estão explícitas no modo em que tanto os profissionais quanto a gestão do município e de outras unidades, como NASF e CAPS, direcionam por importância os atendimentos em saúde mental. Isso acaba reforçando a ideia de que o atendimento e o acompanhamento dos usuários de saúde mental devem ser direcionados apenas para um determinado serviço, e realizados por médicos psiquiatras e profissionais especializados.

*“Mas o CAPS também tem que ser mais divulgado. Eu acho que não é tão divulgado assim. Por exemplo, lá na minha unidade mesmo tem caso de dependência química. E tem muito caso de dependência química que eles vão, e lá é porta aberta! Quando a pessoa quer parar, não é? Aí eu acho que seria importante a divulgação para esse sentido. De que ele pode ir lá direto para o CAPS, pedir para abrigar.”*  
(P2)

*“Tentativa de suicídio vai direto para a UPA, sempre. Tem uns casos que eu lido na minha realidade, a crise de depressão vai na unidade pedir encaminhamento para a psicologia, quando está deprimido. Para qualquer demanda eles vão primeiro na unidade, aí a gente que encaminha para outros níveis de assistência.”* (P8)

O que de fato chamou atenção, em relação aos fatores interdisciplinares, e que constituiu forte fragilidade para a RAPS local, foram as questões ligadas ao apoio suplementar/matricial entre unidades. As ESF reconhecem suas dificuldades e falta de capacitação para atender algumas demandas específicas de saúde mental, mas também afirmam que se sentem desamparadas em relação ao trabalho interligado com as equipes de apoio.

*“Por exemplo, até agora na reunião falou que vai treinar, o psiquiatra vai fazer um encontro com os médicos. Mas eu acho que seria importante para a gente também, para a gente poder saber lidar com essas coisas.” (P2)*

*“Quando você envia um paciente para um especialista, você não tem um retorno daquele paciente, para dar andamento do que foi, para aonde que ele está agora, entendeu. Quando você vê ele não teve atendimento perfeito e voltou para cá, está doído a mesma coisa.” (P4)*

*“Mas a gente quer saber lidar e encaminhar da forma correta para evitar esse bate e volta” [pausa na fala] as vezes fazer é [pausa na fala] como que chama, consultorias, com os especialistas na área. (P1)*

*“E não acontece, a contra referência não acontece. Nenhuma área, a gente encaminha e não tem um retorno.” (P8)*

*“A gente não sabe o que foi feito, não tem essa integração, qual é o tipo de tratamento, não sabe, não tem contra referência de nada, nem do CAPS, nem de nenhuma especialidade.” (P9)*

Dentre algumas estratégias para desenvolver ações em caráter multiprofissional, a educação permanente é tida como um excelente recurso. O Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) por meio da portaria nº 1996/2007, a qual considera que o aprender e o ensinar devem ser incorporados no cotidiano das organizações e no processo de trabalho.

Essa política propõe que todas as ações de saúde se baseiem na própria problematização de suas práticas. E quando relacionadas a prática no campo da saúde mental torna-se o resultado do pensamento crítico e reflexivo dos profissionais, pautados numa assistência humanizada, valorizando os vínculos e as demandas, com atenção ampliada de cuidados e de respeito (COSTA, GONÇALVES, MANHÃES, TAVARES, CORTEZ, 2017).

Na lógica da educação permanente em saúde, é importante a introdução de equipes de apoio que proporcionam a partilha de conhecimentos com a APS. Neste cenário, o AM pode ser utilizado como uma ferramenta capaz de promover essa interlocução entre os serviços de saúde mental especializado e as ESF, visto que se constitui em um suporte técnico responsável pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde (BELOTTI, LAVRADOR, 2016).

### 8.2.2.3 Fatores Organizacionais

Em relação aos fatores organizacionais foram detectados neste estudo: gestão equivocada dos enfermeiros da ESF relacionado ao seu processo de trabalho e, conseqüentemente, excesso de trabalho.

Foi aferido que os enfermeiros, que são os supervisores e responsáveis pelas ESF, encontram-se permanentemente em situação de estresse e com acúmulo de funções. Estabelecem duplo papel, tanto como profissional que exercem as funções de enfermagem, como o de supervisor da unidade e equipe. Ressaltando ainda, que não recebem aporte financeiro extra. Este achado pode estar relacionado ao desenvolvimento equivocado do processo de trabalho de enfermagem na APS, que está cada vez mais centrado em atividades administrativas e burocráticas em detrimento das relacionadas com o cuidado com os pacientes.

*“É a gente como enfermeiro tem uma sobrecarga de funções na ESF, quanto a tudo, desde um detergente até um exame de alta complexidade, tudo passa pela a gente. E acaba que tem a parte administrativa, esse tanto de papelada, a gente tem que resolver tudo. Remuneração baixa, falta de reconhecimento, e a gente adoce.” (P2)*

*“Aí batemos na mesma tecla, não temos tempo! Porque a parte burocrática, o papel, não permite a gente fazer isso. Porque eu te falo o seguinte, são tantas cobranças em cima de papéis, papéis, papéis, que a nossa atividade mesmo como enfermeiro, você fazer, não dá” [pausa na fala] é porque é o papel que vale hoje, infelizmente. Aí acontece assim ó, se você não fizer isso, vai ser cortado a verba. Vai cortar a verba!” (P8)*

*“A gente fica o dia inteiro na unidade trabalhando, todos os outros profissionais limitam o atendimento, o médico atende 15, o dentista X, e a gente não. A gente tem que estar a disposição do paciente, tem que estar a disposição da secretaria na unidade, é fechar folha de ponto, tudo, tudo, nas nossas costas.” (P4)*

São atribuições específicas dos enfermeiros na APS: realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias do território, realizar consulta de enfermagem e procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos conforme protocolos, realizar e supervisionar acolhimento e classificação de risco, realizar atividades em grupo e encaminhar quando necessário, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem, ACS em conjunto com os outros membros das equipes, programar e manter atualizados as rotinas e

protocolos e exercer outras atribuições conforme a legislação profissional (MINISTERIO DA SAÚDE, 2017).

O enfoque em atividades burocráticas em detrimento das do cuidado vem acarretando para os profissionais da enfermagem vários entraves no desenvolvimento do processo de trabalho e, conseqüentemente, enfraquecendo a autonomia profissional. Ao realizar seu trabalho, o enfermeiro, muitas vezes, precisa optar por quais atividades realizar e acaba deixando algumas delas para segundo plano. Este fenômeno fragiliza a promoção do bem-estar do usuário, como também interfere negativamente na construção da autonomia profissional (FIGUEIRA et.al, 2018).

Através de alguns relatos dos participantes, foi observado que a cobrança de atividades burocráticas e administrativas teve um aumento substancial a partir da Planificação da Atenção Primária ao qual o município foi submetido desde a gestão municipal anterior.

*“Está tendo uma coisa oferecida pelo estado há muitos anos, é a planificação. Porém eu percebo, não é desta gestão, já começou na outra gestão. Não está sendo [pausa na fala] fica parecendo que a gente faz relatórios, as coisas, para prestar conta para a regional, para o estado. Mas não está colocando para funcionar. Não estou percebendo mudança no processo de trabalho, que é o objetivo do estado.” (P5)*

*“E a gente fica assim, vamos fazer relatório, vamos fazer gráficos, vamos apresentar, mas não é uma coisa real, e não está sendo colocada em prática. Eu acredito que essa planificação, na verdade seria um planejamento, uma organização, mas fica só prestando conta.” (P2)*

*“Só tarefinha de casa, tarefa de casa.” (P8)*

A Planificação da Atenção Primária é uma proposta de estratégia de planejamento da atenção à saúde do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com vistas ao fortalecimento da atenção primária, envolvendo definição de fontes de financiamento adequado, monitoramento e avaliação. Nesse sentido, várias atividades foram desenvolvidas pelo CONASS no sentido de apoiar as equipes estaduais para a implementação de ações e estratégias para aprimorar a APS e promover o debate com relação à APS que existe e a APS que se pretende ter.

Através da realização de oficinas presenciais e também períodos de dispersão, a proposta da planificação é a construção coletiva de conhecimento, prevalecendo a troca de informações e a construção coletiva de propostas. A responsabilidade institucional desta estratégia está dividida nas três esferas

(executiva, estadual e municipal), e cabe as equipes gestoras dos estados e municípios, reavaliarem as propostas elaboradas e verificarem o impacto das mesmas nos serviços e no processo de trabalho dos supervisores da ESF (CONASS, 2011).

A proposta da planificação traz grandes benefícios para os municípios, resta avaliar o motivo pelo qual em alguns municípios não está tendo efetivamente o efeito desejado. Como também é de responsabilidade das equipes gestoras municipais avaliarem as propostas, fica incumbido também as mesmas, verificar a implementação e a efetividade das práticas nos serviços. Através dos relatos dos supervisores do município em estudo, verificou-se que possivelmente o processo de planificação estabelecido para a localidade ainda permanece na fase de elaboração e construção de propostas, levando em consideração que não conseguem identificar reais mudanças.

Em contrapartida, foi também possível com este estudo, relacionar essa situação enfrentada pelos enfermeiros na ESF ao adoecimento dos mesmos, tendo em vista que na construção do PES emergiram discussões sobre o aparecimento da Síndrome de Burnout. Apesar de não estar relacionado às demandas da comunidade e ações desenvolvidas pela ESF em saúde mental, durante o desenvolvimento do PES, emergiram das discussões o aparecimento da Síndrome de Burnout como uma demanda dos profissionais da ESF. A instabilidade do serviço em função de sua forma contratual, baixa remuneração, e ausência de incorporação de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) no município, estão conduzindo a desmotivação e alta rotatividade dos profissionais.

*“Como que chama aquele negócio que o profissional tá surtado? Burnout? Não sei se estou com isso, mas falta pouco” (P5)*

*“Nós enfermeiros temos uma sobrecarga de funções na ESF. Nas minhas férias eu fiquei de boa, voltei para a unidade eu estou começando a adoecer. Na realidade hoje, se eu sair da unidade e ficar 5 dias ausente, eu tenho preguiça de voltar porque acumula serviço demais! Eu saí de férias 15 dias, eu voltei, e eu não estou dando conta de fazer o que eu tenho que fazer, entendeu.” (P2)*

Um dos agravos psicossociais que mais vem acometendo os trabalhadores é a Síndrome de Burnout (SB). Esta síndrome é considerada como “uma resposta ao estresse crônico” e que acarreta insatisfação e perda do sentido laboral. O estabelecimento da doença caracteriza-se em três dimensões: exaustão emocional, caracterizada pela falta de energia e esgotamento emocional; despersonalização, que

é a insensibilidade com o próximo; e a baixa realização profissional, que acarreta diminuição da satisfação com o emprego e do sentimento de competência em relação ao trabalho de contato com pessoas (SILVA, LIRA, FEIJÃO, COSTA, MEDEIROS, 2017).

A condição de trabalho em que estes profissionais estão expostos, segundo Lacaz, Goulart e Junqueira (2017), é uma “condição-limite” advinda da sobrecarga, número reduzido ou insuficiente de trabalhadores e cobranças para o cumprimento de metas de produtividade para repasse de verbas do SUS. Especificamente quanto a enfermagem, destaca-se a sobreposição de atividades associada ao desvio de funções relativas à formação e ao cargo que ocupam (LACAZ, GOULART, JUNQUEIRA, 2017).

As organizações e instituições de trabalho vem se tornando mais complexas ao longo do tempo, principalmente quanto ao modo de produção. Devido aos avanços tecnológicos a lógica de produção passa a ser estabelecida em produzir mais e com menos recursos, e isto vem ocasionando vários fenômenos como os cortes de recursos humanos, absenteísmos, locais precários de trabalho, falta de insumos, relações conflitantes, acidentes, dentre outros. O adoecimento dos trabalhadores nada mais é do que o reflexo destes fenômenos e gera fortes repercussões na saúde mental dos mesmos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; SILVA, LIRA, FEIJÃO, COSTA, MEDEIROS, 2017).

De acordo com o relato dos participantes, a gestão da SMS já iniciou estratégia para enfatizar a saúde do trabalhador, disponibilizando atendimentos para os profissionais da saúde de todo o município. Com o auxílio da equipe do NASF, estão sendo feitos atendimentos psicológicos, primeiramente para os ACS que, posteriormente serão ofertados para as outras categorias profissionais.

*“O NASF está atendendo os ACS, agora a pouco falou na reunião que vai atender toda a equipe. Por enquanto só os ACS estão sendo atendidos. Agora falou que a proposta é para a equipe toda, mas ainda não acontece.” (P1)*

De acordo com um estudo de reflexão analítica de Silva, Lira, Feijão, Costa e Medeiros (2017), segundo o referencial teórico de Hinds, Chaves e Cypress de análise do fenômeno em nível contextual (imediato, específico, geral e metacontexto) sobre o *burnout* e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na APS, individualmente analisando, a melhor estratégia para prevenir o estabelecimento desta doença é:

“A organização interna do processo de trabalho pelo próprio trabalhador: racionalidade para alcançar os objetivos, estabelecimento de metas e prioridades, flexibilidade para solução dos problemas, divisão do tempo entre as atividades administrativas e assistenciais” (SILVA, LIRA, FEIJÃO, COSTA, MEDEIROS, 2017, p.5).

#### **8.2.2.4 Fatores Relacionais**

Entre os fatores relacionais foram observados: relacionamento interpessoal insuficiente com a gestão e profissionais de outras unidades; precarização de contrato de trabalho; falta de apoio da família dos usuários e ausência de vínculo com pessoas chaves/referência e instituições da comunidade.

Trabalhar sob os princípios e diretrizes do SUS pressupõe, em teoria, um trabalho colaborativo e em conjunto. Nesse sentido, todos os profissionais inseridos no serviço público de saúde, de qualquer competência profissional ou grau de complexidade e posição hierárquica, devem assegurar uma atuação Inter setorial entre as diferentes áreas. Esse arranjo de trabalho constitui fator importante para garantir não somente a articulação entre serviços, mas também a satisfação profissional e o bom relacionamento entre os mesmos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Neste estudo foi possível observar que por vezes os serviços de caráter complementar a APS, principalmente os disponibilizados pelo NASF, são estabelecidos em caráter autoritário por parte dos profissionais da ESF, mais diretamente pelos supervisores. O NASF foi criado pelo Ministério da Saúde, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando a oferta de saúde na rede de serviços, bem como a resolutividade, abrangência e o alvo das ações. São compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF). Esta atuação integrada permite: realizar discussões de casos clínicos, execução de atendimento compartilhado entre profissionais (tanto na UBS como nas visitas domiciliares) e a construção conjunta de projetos terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ao contrário do que prevê a Portaria nº 2.488/2011, segundo o observado neste estudo, o NASF atua de maneira autoritária e desarticulada com as eSF, mantendo os atendimentos em caráter individual, restritivo por competências e desempenha ações direcionadas a própria unidade, na maioria das vezes.

*“(...) não tem um apoio assim, do psicólogo ali, é um, são quantos? São dois psicólogos para o município todo [pausa na fala] para doze unidades. Então não tem. Se você liga, e precisa as vezes, eles custam encaixar ali uma emergência, entendeu. Então o encaminhamento vai, aí vai ver quando tem vaga, quando tem uma triagem! Tem todo aquele processo para a pessoa encaixar.” (P5)*

*“(...) a gente já é sobrecarregado. Eu com aquele tanto de serviço na cabeça, me chega a nutricionista: deixa eu te passar aqui o que é para você fazer, você vai pegar os meus encaminhamentos, vai transferir para essa lista aqui, foi falando, falando, eu olhei para ela: então vou ser secretária sua? Passou cinco minutos a coordenadora dela estava na minha unidade atrás de mim com o livro na mão, para mim assinar, porque que eu falei aquele tanto de coisa. Não porque o NASF, não o NASF é só um apoio. Qual apoio?! O NASF chega, eu sou nutricionista, você reuni meus pacientes, pega os meus encaminhamentos, seleciona eles, faz uma lista para mim, na hora que eu chegar aqui você me passa e eu vou atender! [fala bem entoad] (P7)*

*“E se ele não for no dia para atender, você tem que ligar e avisar para todo mundo que não vai também. A gente é secretário do NASF. Não é fácil não. Ela me mandou mensagem, a fisioterapeuta, eu não vou poder ir [pausa na fala] aí vê se você avisa os pacientes! Cheguei na unidade tirei foto e mandei, os pacientes estão aqui, você liga para eles” (P3)*

A micropolítica de desenvolvimento das práticas no processo de trabalho que envolvem a ESF, NASF e também o CAPS, delinea o formato do trabalho em caráter multiprofissional e interdisciplinar, baseado nos fundamentos e princípios organizacionais do SUS. O conjunto é responsável pela assistência integral, contínua, com resolutividade e qualidade dispensadas as famílias cadastradas (SANTOS et.al, 2016).

Franco (2006) descreve o trabalho em saúde como ocorrendo em “fluxos permanentes entre sujeitos”, originados a partir do encontro entre os trabalhadores e os usuários. Este fluxo dinâmico estabelece uma rede de relações da qual o produto será o cuidado, e paralela a esse processo há a ideia de pertencimento, ou seja:

*“Os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade; pertencem também a uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário” (FRANCO, 2006, p.4).*

Portanto, o processo produtivo de cuidado em saúde é altamente relacional, na medida em que as ações assistenciais acontecem a partir das potencialidades de todos. Não há lugar para a autossuficiência no trabalho em saúde. E o ato de

estabelecer relações é um saber intimamente ligado a atividade laboral. (FRANCO, 2006).

Os relacionamentos dos profissionais da ESF com os do CAPS, por sua vez, mantem expressivo distanciamento. Fato importante, uma vez que o presente estudo trata de ações em saúde mental.

*“Já corri atrás quando é preciso de internação, já corri atrás do CAPS algumas vezes para a ajuda de atendimento para fazer triagem, mas individual, isso muito pouco.” (P2)*

*“Eu consegui o número da coordenadora do CAPS. E aí as vezes, alguns casos eu preciso de falar com ela, porque tem coisas que não é possível, não dá para passar pelo sistema, pela burocracia. Eu precisava do apoio do CAPS, eu acredito que precisava. Principalmente a mãe, junto com o filho, fazer uma terapia familiar, alguma coisa, mas a gente não tem esse suporte para isso na unidade. E a psiquiatra mudar a medicação. E ele já era paciente da psiquiatra do CAPS. Aí não tinha psiquiatra, e não tinha nada para fazer lá. e o médico da unidade não tinha segurança para mudar o medicamento do paciente, entendeu.” (P6)*

Nesse sentido, nota-se um descompasso em relação as ações que deveriam ser realizadas através do matriciamento, e das ações realmente estabelecidas. Já está amplamente exposto tanto na literatura, quanto na própria política de saúde mental a importância de investimentos de experiências sob a luz do apoio matricial (BELOTTI, LAVRADOR 2016; SANTOS, FIGUEIREDO, LIMA, 2017).

A implantação efetiva do apoio matricial na APS, segundo Belotti e Lavrador (2016), propicia o empoderamento das equipes da ESF na assistência em saúde mental e, conseqüentemente favorece a ampliação de cuidados; a corresponsabilidade; a resolutividade neste nível de atenção; a escuta qualificada; e a diminuição dos encaminhamentos sem critérios.

Em se tratando do relacionamento com a gestão da SMS e da ESF, os profissionais relatam também certo distanciamento. A relação entre as partes se restringe a reuniões para o repasse de informações, organização de ações municipais, entrega e cobrança de relatórios e capacitações. Para os profissionais da ESF essa relação fragilizada com a gestão gera desconforto e desmotivação.

*“Eu estou sentindo muita falta de apoio da secretaria, por exemplo, cadê nossa coordenadora aqui, para ouvir as nossas dificuldades! Aí eu até brinquei aqui agora com as colegas, eu não percebo as diferenças entre as coordenadoras, elas não vêm aqui, elas não fazem reunião. É [pausa na fala] eu não percebo, porque eu não tenho contato mais com a coordenação, com a secretaria. (...) Mais eu quero*

*dizer assim, eu sinto falta de apoio também. Não sei se as colegas compartilham dessa opinião. Que eu acredito que está sendo um bem proveitoso agente estar falando sobre as fragilidades do nosso trabalho.” (P4)*

*“(…) eu acho que aquele dia da primeira reunião que tivemos com vocês, aí quem estava vai falar assim [pausa na fala] mas aquela sensação que a gente estava de gratidão, foi por isso. Porque foi a primeira vez, aquele dia, que a gente discutiu mais, que a gente falou, ouviu a opinião do outro e tudo, entendeu. Foi muito gostoso aquele dia para nós! Porque nem na hora que a gente chega nas nossas reuniões aqui, é um recado em cima do outro.” (P1)*

*“Não te dão oportunidade.” (P6)*

*“A primeira vez que nós vemos enfermeiros falar um do outro aqui, falar dos problemas, está sendo com vocês. É a primeira vez! (P4)*

*“As nossas reuniões aqui são avisadas em cima da hora. Aí é igual foi falado aqui. Só tem informes, a gente não tem possibilidade de abertura para se manifestar. Aí está encerrada a reunião, acabou, podem ir trabalhar! ” (P5)*

Em contrapartida, os profissionais da ESF manifestam desejo de estreitar as relações com a gestão, indicando interesse na requisição de espaço para realização de reuniões exclusivas, entre a coordenação da ESF e os enfermeiros supervisores, objetivando a discussão dos problemas e planejamento de ações coletivas.

*“Então [pausa na fala] mas isso a gente nunca levou para eles. A gente só reclama entre a gente, e se não levar para eles, eles não vão saber da problemática. Tá faltando isso! ” (P3)*

*“A gente poderia criar um horário exclusivo para a unidade, para resolver os problemas da unidade e outro junto com a coordenação”. (P6)*

*“(…) mas eu acho que tinha que ser só a gente né. Porque nenhuma reunião é só a gente”. (P8)*

*“Ah, é isso mesmo! Ela está falando porque sempre tem o NASF”. (P1)*

*“Não eu falo sabe por quê? A gente não tem essa privacidade com a nossa coordenadora. Não tem, em nenhuma reunião”. (P8)*

Esta fragilidade do relacionamento com a gestão, sem que haja diálogo e abertura para discussões dos problemas, ações, etc., possui um específico agravante em potencial. Foi notada, durante os encontros com os participantes, certa resistência dos mesmos em se tratando do posicionamento, e tomada de iniciativa. Fato este, que não tem relação com posicionamentos políticos ou aversão quanto a gestão. O motivo

pelo qual muitos dos profissionais não tomam iniciativa na abertura de espaços de discussão junto aos gestores está na forma como se deram suas contratações no serviço junto ao município.

Dentre os 13 profissionais participantes deste estudo, apenas 3 (23%) são efetivados no serviço via concurso público. Portanto, a maioria deles (77%) estabelece suas atuações no serviço por meio de contratos temporários. Este meio de contrato de trabalho infere nos profissionais um sentimento de insegurança, instabilidade e, em alguns momentos, de barganha.

*“(...) você chega toda empolgada, sai da faculdade e quer mudar. Aí você tem que se segurar. Ainda tem um problema, que a gente é contrato! Totalmente diferente a situação. E aí vê com as meninas, por exemplo, a P3 está segurando duas equipes. Então quer dizer, ela está em uma faixa de 6.000 pessoas é 8.000 pessoas [fala com tom de indignação] aí o que acontece, como é contrato. Se eu estiver errada a P3 vai falar. Você vai segurando para segurar seu serviço”.* (P1)

*“É [pausa na fala] infelizmente nós somos dessa forma. Se você não pode fazer, lá na porta tem 3 esperando sua vaga”.* (P7)

*“(...) eu acho que não é nem pela questão da vontade, imagino que tenha vontade, porque todo mundo passa pelos mesmos problemas. A questão é o contrato, ter um pouco de medo, de falar, não vou fazer, e ter retaliação. A questão maior é essa”.* (P2)

*“(...) a gente precisa de ter mais um [pausa na fala] reunir, colocar isso e fazer. Porque a gente também não pode ficar com esse medo, porque nós somos contrato! A gente tem que conversar, explicar [pausa na fala] vamos fazer entre nós!”.* (P5)

A precariedade do trabalho no SUS vem se configurando como uma das preocupações do Ministério da Saúde, já alguns anos, motivo pelo qual foi criado, em 2003, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através do Programa “Desprecariza SUS”. Tal programa foi criado com o intuito de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo, e propor formas de elaboração de políticas e formulação de diretrizes objetivando a desprecarização do trabalho no sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Depois que foi instituído o processo de descentralização e de municipalização no SUS, houve a necessidade de indução de novas políticas públicas, incentivadas pela União, que acarretaram mudanças relevantes nas formas de contratação. Como consequência dessa mudança, os municípios passaram a ser responsáveis pelas

contratações e gerenciamento dos serviços, e começaram a buscar alternativas de contratação de novos trabalhadores. Dessa forma, houve um aumento das contratações de trabalhadores realizadas pelos municípios em detrimento das contratações feitas pela União (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em recente estudo, que objetivou descrever a organização do trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde nas regiões brasileiras através da análise de dados secundários oriundos da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), ficou claro que as precariedades dos vínculos ainda configuram um importante problema a ser enfrentado (GALAVOTE, ZANDONATE, GARCIA, FREITAS, et.al, 2016).

O trabalho precário em saúde, além de ser identificado como um dos obstáculos para o desenvolvimento do sistema público de saúde, também tem sido utilizado como indicativo da ausência de direitos sociais dos trabalhadores do SUS. Direitos estes, que não são somente os trabalhistas e previdenciários consagrados por lei, mas também, os caracterizado na ausência de concurso público ou processo seletivo para cargos permanentes ou emprego público no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nesse aspecto, fica evidente a necessidade de que os gestores municipais, em todo o Brasil, busquem alternativas viáveis para resolução deste problema, bem como, entendam o quanto estas questões comprometem a relação dos trabalhadores com o SUS e com as próprias gestões. Um comprometimento que envolve prejuízos na qualidade e continuidade dos serviços devido a grande rotatividade dos servidores, e aumento significativo na desmotivação do trabalhador.

Outro aspecto relacional importante, observado neste estudo, para a consolidação de ações em saúde mental na APS foi o estabelecimento da territorialidade, através dos vínculos com as instituições não governamentais localizadas em um mesmo território.

*“(...) tem, tem as igrejas que trabalham com casas de recuperação, com usuários. Mas esse aí nós não sabemos nem de que forma é feito assim, eu sei que foi passado para mim certo! Mas eu nunca mandei ninguém para lá. Em termo de apoio que dá”. (P10)*

*“(...) não temos esse vínculo!” (P4)*

O processo de trabalho em saúde mental é objetivado por meio de uma rede de atenção de base territorial, tendo como ponto de partida para o estabelecimento

das ações, a organização e instituição da territorialização, a cargo dos supervisores e equipes. E a não efetividade deste movimento, acarreta, para o setor da saúde, o desafio de concretizar a universalidade, equidade e integralidade do cuidado de saúde de forma descentralizada, resolutiva e sob o controle social (GONDIM, MONKEN, 2017).

Os supervisores do município também relatam dificuldades no estabelecimento de apoio e envolvimento das famílias dos usuários, por estas adquirirem diferentes posturas frente ao membro familiar que necessita de apoio. Posturas estas, que podem estar relacionadas ao contexto de vulnerabilidade social em que vivem, ao medo, ao preconceito, ao cansaço, ou até mesmo uma forma de proteção.

*“Uma das coisas que a gente vê muito também da família é a rejeição”.* (P3)

*“Só porque você vê assim, que a família já está tão esgotada, tão cansada, que a família chega lá e te joga o problema, quer que você vai lá e resolve”.* (P9)

*“(...) a família procura socorro, que não é o usuário que procura socorro, quem procura é a família, que não está suportando mais, como se diz, ela está querendo tirar o problema da casa dela e jogar para você”.* (P5)

*“Então chegou num ponto que na hora que a gente estava realizando, foi para marcar ali como que a gente ia fazer o trabalho em conjunto, a família já pegou e falou assim: que poderia ter o psicológico, a parte da psicologia, mas não podia ter a parte da fisioterapia para ajudar ele a deambular, porque aí ele voltaria para as ruas, onde que ele voltaria a usar”.* (P7)

*“(...) a família geralmente não se compromete não!”* (P2)

*“(...) Eles querem tirar a responsabilidade de família e quer jogar para nós enfermeiros, profissionais, o estado, cuidar. Então nós encontramos essa dificuldade muito nas famílias, certo. Eles querem que nós resolvemos, toma para você resolver, na hora que estiver curado você traz para mim”.* (P11)

Em relação à participação da família no tratamento em saúde mental, Martins e Lorenzi (2016) descrevem, em seu estudo feito num Hospital dia (HD), que os sentidos construídos pelos familiares acerca do envolvimento no tratamento são diversos. De acordo com os resultados por eles obtidos, os familiares, quando incluídos no processo, sentem-se também cuidados; aprendem mais sobre o problema que o ente querido enfrenta; obtêm melhora nas relações familiares; tornam-

se colaborativos oferecendo suporte a algum conhecido que está passando pelo mesmo problema e sentem-se acolhidos ao compartilhar suas experiências com outras famílias.

Ainda de acordo com estes autores, a forma com que se pode construir o espaço de cuidado para as famílias não precisa ser baseada apenas em convites formais para comparecimentos na unidade, e sim, considerar o convívio efetivo do cotidiano, valorizando e estreitando as relações entre usuários, familiares e profissionais. Esses momentos podem se concretizar em diversos ambientes, nas unidades, nos espaços de outros serviços, domicílio, dentre outros (MARTINS, LORENZI, 2016).

#### **8.2.2.5 Fatores Externos**

Os fatores observados caracterizados como externos dizem respeito aqueles que interferem nas ações da APS, mas que não estão ligados especificamente aos profissionais que compõem a ESF. Nesse sentido, encontramos as seguintes questões: aspectos sócio culturais, como preconceito e estigma impregnados ainda na sociedade, visão biomédica e patológica pela família, usuário e sociedade, supervalorização nos profissionais da psi e, violência.

Grande parte destes fatores está relacionada ao ambiente imbricado no modelo manicomial e medicamentoso, anterior a reforma psiquiátrica brasileira. Ainda permeia entre as comunidades, famílias e também profissionais, como discutido anteriormente nos fatores pessoal profissional, a visão de que, em se tratando de saúde mental, a assistência deve partir sinteticamente pelas opções de internação, medicalização ou acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

*“Normalmente o paciente quando tem algum tipo de problema, ele não procura a UBS. Ele já quer um tratamento especializado. Eles não querem a gente. Porque eles acham que lá não tem capacidade para resolver o problema dele”. (P12)*

*“Acho que eles [usuários] vão direto para o CAPS. Quando sabem da existência do CAPS”. (P2)*

*“É ele [usuário] não quer orientação para resolver, ele quer o encaminhamento. Ele quer ir direto para o psiquiatra”. (P4)*

*“Ele [usuário] quer o que ele acha que precisa. Eu acho que tenho isso, eu preciso disto, não. Ele não senta, vamos conversar, e olhar primeiro do que ele realmente precisa”. (P5)*

De acordo com os participantes deste estudo, uma maneira de romper com este estigma, posto em relação aos usuários de saúde mental, seria a maior utilização dos recursos de publicidade e *marketing*. A exploração mais acentuada destes recursos contribuiria para a divulgação do trabalho em saúde mental disponibilizado pelo município, como também, serviria como fonte de informações sobre os componentes da RAPS e suas competências.

*“Eu acho que tinha que fazer uma publicidade da qualidade do serviço. Porque algumas coisas, realmente a gente consegue executar e bem. Mas as pessoas não conhecem isso. E aí, não faz propaganda, eu acho que é propaganda. Investir nisso.” (P5)*

*“Fazer uma campanha, um marketing, no município. Uma campanha, hoje tem rede social, não precisa nem televisão, nem nada, só na rede social mesmo, já tem muitas possibilidades” (P7)*

Em um *post* publicado no site da *e-commerce* Brasil sobre a aplicabilidade de publicidade e propaganda nas redes sociais, houve um alerta quanto ao fato de que a utilização destas ferramentas não seja tarefa fácil. Para obter sucesso é necessário primeiramente definir quais as melhores redes sociais para promover o anúncio de seus produtos ou serviços, e também, fazer uma análise sobre a qual tipo de publicidade o público seria mais receptivo, se vídeos, imagens ou *links* por exemplo (MOURA, 2018).

Outra forma de instrumentalizar as comunidades acerca das ações desenvolvidas pela APS, apontadas neste estudo através dos participantes, seria também potencializar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), divulgando a importância e a natureza do trabalho desenvolvido por este profissional. O trabalho exercido pelos ACS é reconhecido pelos seus supervisores e por toda a equipe, e em contrapartida não é igualmente valorizado pela comunidade.

*“(...) a sociedade mesmo não sabe a importância que o ACS tem. Só para assinar o caderno. Mas não sabe que nós recebemos as coisas dentro da UBS é através do agente. Nós sabemos das condições das famílias através dos agentes. Está faltando o que? Chegar até a sociedade a importância de passar tudo para o agente de saúde, que ele vai chegar na unidade e vai procurar resolver a situação.” (P7)*

*“Eu tenho costume de dizer que eu considero o ACS o esteio da unidade de saúde. Eu os classifico dessa forma. E apesar de que a*

*sociedade não acha isso. Porque eu só vou saber o que está acontecendo com a comunidade através deles. Eles estão dentro das casas das pessoas, eles sabem da realidade que é.” (P4)*

O aumento da violência em geral também foi um fator externo considerado como importante neste estudo. Os participantes relataram que em muitas situações ficam presos nas UBS sem a possibilidade de realizar a assistência em determinados setores e também sentem medo de sofrerem agressões por usuários.

*“Até pouco tempo você não ouvia falar em rixa de gangues. Hoje tem as facções. Isso impede muitas vezes, até de você dar a própria assistência no setor, certo, que você quer, eles [integrantes das gangues] não querem o atendimento, porque fulano fala que não pode fazer isso.” (P3)*

*“Agora a gente está tendo o policiamento. Porque está sendo um horário estendido e aí acho que melhorou bastante. Até as pessoas cadastradas maltratavam a gente muito, até com palavras, e aí agora a gente está tendo mais segurança. O policial fica atrás, assim, na recepção, acaba que inibe” (P8)*

A violência é um dos principais grupos de causas de morte e ocasionamento de lesões na população, e caracteriza grande impacto na diminuição da velocidade do aumento da expectativa de vida nos países (NETO, SOUZA, 2017). Entretanto, o problema do crescimento da violência não é um evento isolado e específico a determinadas localidades, está inserido como problema de saúde pública e é mundialmente estabelecido.

De acordo com a OMS, na publicação do *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*, de maio de 2018, estimou-se que 477.000 assassinatos aconteceram em 2016, principalmente na região das Américas (31,8 por cada 100.000 habitantes). Desse total, quatro quintos de todas as vítimas de homicídio eram do sexo masculino (WHO, 2018).

Os fatores que contribuem para as respostas violentas, sejam elas de atitudes e comportamentos ou também as relacionadas com as condições sociais, econômicas, políticas ou culturais podem vir a ser alteradas ou mesmo evitadas. Essa afirmação, constante do Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde (2002), baseou-se em várias evidências de estratégias individuais e comunitárias bem-sucedidas, adotadas em alguns lugares do mundo, objetivando redução da “cultura de violência”. Nessa perspectiva a saúde pública tem um papel essencial, na medida em que é, acima de tudo, caracterizada por sua ênfase na prevenção. “Em vez de simplesmente

aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida é a forte convicção de que tanto o comportamento violento quanto suas consequências podem ser evitados” (KRUG et. al., 2002, p. 4).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que a literatura venha sinalizando exaustivamente resultados convergentes em relação a diversos fatores influentes na integração de ações de saúde mental na APS, como a falta de articulação da rede de atenção psicossocial pelo apoio matricial, verticalização do cuidado, desconhecimento da RAPS e da política de saúde mental, territorialização, excesso de trabalho, precarização de contrato de trabalho, fragilidade no vínculo empregatício, os resultados deste estudo, evidenciam também dificuldades no âmbito das experiências advindas do mundo do trabalho ou do pessoal, do próprio trabalhador, muitas vezes ligadas aos seus relacionamentos interpessoais, estigma e preconceitos muito comuns ao campo da saúde mental.

É inegável que tais fatores relacionados à dimensão pessoal e profissional dos trabalhadores assumem importante papel no impacto e resolutividade de muitas práticas voltadas aos usuários da APS. Tendo-se em vista auxiliar e fortalecer as ações de saúde mental na APS podem-se criar estratégias para intervenções, promover capacitações, definir políticas, entre tantas outras medidas, com possibilidades que nenhuma dessas iniciativas serem suficientes na medida em que o próprio profissional não vislumbrar e compartilhar do mesmo objetivo, seja também por limitações inerentes ao seu trabalho. Questões ligadas à desmotivação diante da vida profissional e nas relações com as pessoas interferem no exercício da empatia, tão necessário no cuidado às pessoas.

Ficou evidente, ao longo do desenvolvimento da pesquisa a necessidade expressa pelos profissionais supervisores da APS, de reflexão atenta sobre suas limitações pessoais frente a situações desafiadoras contempladas no campo da saúde mental, e avançando mais um pouco, no sentido de tomarem algumas ações com vistas o enfrentamento e superação. São atribuições também importantes e ligadas ao trabalho laboral do profissional, e que, se não forem relevadas podem fragilizar o processo de trabalho e paralelamente contribui para a ruptura do cuidado, tal como se espera que seja oferecido. Por outra via, ainda fortalece as barreiras para a conquista da autonomia profissional e elaboração de planos de Educação Permanente, necessários e efetivos.

A identificação das limitações da enfermagem, igualmente possibilitou a expandir questionamentos e reflexões acerca da formação desta categoria

profissional, assim como, acerca da interferência política em relação ao processo contratual no setor público. Diante das instabilidades de qualquer organização, incluindo as de saúde, pressupõe-se que os melhores profissionais são os que melhor se adaptam ao ambiente e não somente os que possuem expertise no campo de conhecimento e da prática. Neste aspecto, infere-se que a construção do plano pedagógico do curso para a enfermagem deve ampliar saberes que potencializem a capacidade de os futuros profissionais lidarem com questões emocionais e de empatia pelas outras pessoas. Ignorada amplamente pelas instituições de ensino, comumente as matrizes curriculares do curso de enfermagem, estão fortemente direcionadas às aptidões técnicas e aporte teórico.

O profissional, principalmente na posição de supervisor ou gestor, quando é capaz de reconhecer o seu perfil emocional e os dos outros, consegue controlar certos comportamentos e, conseqüentemente, da oportunidade de formular as melhores formas de agir diante das situações conflitantes e estressantes. E isto implica também, refletir sobre consentir atuar em uma localidade a qual não tem perfil, seja por falta destas habilidades, ou pelo modelo impositivo de contrato de trabalho.

A enfermagem constitui representatividade significativamente maior, quanto a qualquer outra categoria profissional, quando relacionada à força de trabalho nos serviços de saúde em todo o globo. Na APS, comumente em muitas realidades, o enfermeiro configura-se o profissional da linha de frente do cuidado prestado pela equipe multiprofissional e o principal responsável pela gestão do serviço.

Dadas as características organizacionais do serviço e em função da própria capacitação profissional, os enfermeiros costumam assumir diversas funções além das relativas à sua formação e ao cargo que ocupam. Como a assistência em saúde mental há a necessidade de as ações serem desenvolvidas através do apoio matricial, estabelecido por uma rede de serviços de diferentes níveis de complexidade, é importante que os profissionais que estão à frente dos serviços tenham clareza sobre: “O que é meu. O que é seu. E ainda, o que é nosso. ”

Nesse sentido, podemos implicar que para integrar as ações de saúde mental efetivamente na APS deve-se abranger três dimensões: reorganização do processo de trabalho da enfermagem e sua prática clínica, a mudança de postura dos profissionais e a elaboração de planos de educação permanente pertinentes.

A Educação Permanente, além de ofertar aporte técnico-científico para as demandas de saúde mental na APS, também se mostra como uma importante ação

de articulação do cuidado, quando realizada através do apoio matricial. Uma vez que este traz como proposta, a permissão de uma relação longitudinal entre os diferentes níveis de atenção e segue a lógica do cuidado compartilhado, fato que facilita a circulação do usuário pelos equipamentos de saúde com vistas a integralidade.

Nesse sentido, destacamos a utilização do Planejamento Estratégico Situacional, pelos enfermeiros na APS, como instrumento para o estabelecimento de planos de educação permanente em saúde mental. É um instrumento que não requer equipamentos e insumos, e ao mesmo tempo, gera complexas reflexões e análises que são capazes de promover vínculos, fortalecer o trabalho colaborativo e em conjunto, além de estimular os profissionais envolvidos a pensar e a se concentrar em assuntos que sejam relevantes na elaboração de estratégias e planos para a implementação das ações.

Com a reorganização do processo de trabalho da enfermagem com ênfase na sua prática clínica, juntamente com a utilização do PES, é possível que a equipe, elabore estratégias, por exemplo, para enfrentamento e manejo das demandas de casos de depressão, ansiedade, excesso e dependência de benzodiazepínicos, alcoolismo e uso abusivo de drogas, questões que foram identificadas como as mais importantes e frequentes neste estudo. A reorganização proporcionaria expansão das opções e possibilidades de ações mais resolutivas, desalinhando das práticas já comumente exercidas, como os encaminhamentos.

Destaca-se ainda, neste estudo, como uma das ações desenvolvidas em saúde mental no município, o uso das PICS. Apesar de estar especificamente centrada no CAPS, no contexto deste estudo, sugere-se que estas práticas se expandam até as UBS. Através de um plano de educação permanente pode haver a capacitação de outros profissionais para a realização destas práticas, destacando a enfermagem como campo do profissional hábil para assumir tal responsabilidade.

Também considerando a importância de que haja uma conscientização voltada para a população, sobre os riscos do uso indiscriminado e prolongada dos benzodiazepínicos, convém sugerir a gestão do município a implementação de iniciativas ou campanhas que mobilizem todos os profissionais para inferir na população as informações sobre os impactos deste comportamento.

Por fim, espera-se que este estudo tenha agregado valor tanto ao conhecimento científico no campo da saúde mental, quanto na formação pessoal e profissional dos sujeitos que estão à frente de diferentes serviços de saúde mental.

Levando-os a uma reflexão sobre a inferência de seu trabalho e de questões emocionais e relacionais muitas das vezes sepultadas pela dinamicidade do dia-a-dia de trabalho.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alday HEC. O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração Estratégica. Rev. FAE. 2000; 3 (2): 9 - 16.

Alves CCF, Silveira RP. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território na desinstitucionalização. Revista APS. 2011; 14 (4): 454 - 463.

Amancio VR, Elia L. Panorama Histórico - Político da Luta Antimanicomial no Brasil: as instabilidades do momento atual. Cad. Bras. de Saúde Mental. 2017; 9 (24): 22 - 49.

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

Amarante P, Lancetti A. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS et al. (Orgs.) Tratado de Saúde Coletiva. 1. Reimp. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2009.

Ândrea CS. Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

Arantes LJ, Shimizu HE, Hamann EM. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(5):1499-1509.

Barbosa VFB, Cavalcanti A, Alcantara MCA, Pedroza RM, Ferreira SHV. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. Rev. Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental [internet] 2017 [cited 2018]; 9 (3): 659 - 668. Available from:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5523/pdf>

Barbosa VFB, Caponi SN, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. Saúde Soc. São Paulo; 2018, 27 (1): 175-184.

Bardin L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

Belotti M, Lavrador MCC. A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. Cad. Ter. Ocp, UFSCar. 2016; 24 (2): 373 - 378.

Bezerra IC, Jorge MSB, Gondim APS, Lima LL, Vasconcelos MGF. "Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá": processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. Interface (Botucatu). 2014; 18(48):61-74.

Bogdan R, Biklen SK. Qualitative research for education: an introduction to theory and methods. Boston: Allyn and Bacon; 1982.

Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 22 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

Caixeta CC, Vianey EL, Esperidião E, Silva NS, Dias PCS. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado de Goiás. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde Mental. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN) [internet] 2014 [cited 2018]; 2ed: 203 - 220. Available from: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2015/02/Protocolo-de-Enfermagem-2015.pdf>

Carvalho MB. Psiquiatria para a enfermagem. Organização Marissol Bastos Carvalho. São Paulo: Rideel, 2012.

Chiavenato I, Sapiro A. Planejamento Estratégico: Fundamentos e Aplicações. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

Chiavenato I. Administração: Teoria, Processo e Prática. 5. ed. Barueri SP: Manole, 2014.

Coelho EAC. Gênero, saúde e enfermagem. Rev. Bras. de Enf. 2005; 58 (3): 345 – 348.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. Brasil, 2017. ISSN 1677-7042

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. 1.ed. Brasília: CONASS, 2011.

Costa PHA, Colugnati FAB, Ranzoni TM. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20 (10): 3243 – 3253.

Costa TD, Gonçalves LC, Manhães LSP, Tavares CMM, Cortez EA. Contribuindo para a educação permanente na saúde mental. Rev. Perspectivas Online: ciências biológicas e da saúde [internet] 2017 [cited 2018]; 7 (23): 9 -15. Available from: [http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas\\_e\\_saude/article/view/647](http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/647)

Damacena J [internet]. Ministério da Saúde; Blog da Saúde; Matérias Especiais. Mais de onze milhões de brasileiros têm depressão. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018]. Available from: <http://www.blog.saude.gov.br/o53jn2>

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2018]. Departamento de Informática do SUS - Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) período dezembro de 2015 – DATASUS. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2018]. Departamento de Informática do SUS - Sistema de Informações sobre mortalidade (SIM) período de 2016 – DATASUS. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>.

Desviat M. La salud mental participativa: nuevos actores, nuevos sujetos de derecho (Prólogo). In: AMARANTE, P. (Org.). Salud mental y atención psicosocial. Madrid: Editora Fiocruz, Grupo 5, 2015. Dutra VFD, Oliveira RMP. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em saúde mental. Aquichan [internet] 2015 [cited 2018]; 15 (4): 529-540. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3756>

Eslabão AD, Coimbra VCC, Kantorski LB, Pinho LB, Santos EO. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*. 2017; 38 (1): e60973.

Esperidião E, Caixeta CC, Vianey EL, Nascimento MASP, ASCIMENTO, Silva NS, Dias PCS. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde Mental. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás (COREN) [internet] 2017[cited 2018]; 3 ed:185-197. Available from: <http://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2017/11/protocolo-final.pdf>

Estrada RJS, Almeida MIR. A Eficiência e a Eficácia da Gestão Estratégica: do planejamento estratégico à mudança organizacional. *Rev. de Ciências da Administração*. 2007; 9 (19):147 – 178.

Fernandes JD, Teixeira GAS, Silva MG, Florencio RMS, Silva RMO, Rosa DOS. Expansão da educação superior no Brasil: ampliação dos cursos de graduação em enfermagem. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 2013; 2 (3): 08 telas.

Fernandes MJ, Rocha HA, Frazão DPS. Articulações em saúde: contribuições para o fortalecimento do trabalho em rede entre centro de atenção psicossocial e estratégia saúde da família. *Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG*. v. 2. nº 1, 2014. ISSN 2318-2598.

Figueira AB, Barlem ELD, Amestoy SC, Silveira RS, Barlem JGT, Ramos AM. Advocacia em saúde por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família: barreiras e facilitadores. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(1):57-64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0119>

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil - banco de dados. Brasília (DF): Brasil, 2013. Available from: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>

Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, Andrade MAC, Lima RCD. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Esc. Anna Nery*. 2016; 20 (1): 90 - 98.

Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas; 2008.

Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33 Sup 2: e00118816.

Godoy AS. Introdução à Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. *Rev. Adm. de Empresas*. 1995; 35 (2): 57 - 63.

Gomes TB, Vecchia MD. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23 (7): 2327-2338.

Gondim GMM, Monken M. Território e Territorialização. Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, EPSJV/ Fiocruz, [internet] 2017 [cited 2018]; 1ed: 21 – 44. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro1.pdf>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2018]. Portal da Transparência.

- Estimativas de população 2018. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/por-cidade-estado-estatisticas.html?t=destaques&c=5210000>
- Kantorski LP, Andrade APM. Assistência Psiquiátrica mundo afora: práticas de resistência e garantia de direitos. *Cad. Bras. de Saúde Mental*. 2017; 9 (24): 50 – 72.
- Kleba ME, Zampirom K, Comerlato D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. *Saúde Soc*. 2015; 24 (2) Apr-Jun. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200013>
- Krug EG et al., eds. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2002.
- Lacaz FAC, Goulart PM, Junqueira V. Trabalhador do SUS: gestão do trabalho, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. 1.ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2017.
- Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.
- Lopes MJM, Leal SMC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cad. Pagu*. 2005; 24:105 – 125.
- Madruga CS, Paim TL, Palhares HN, Miguel AC, Massaro L, Caetano R, Laranjeira RR. [Prevalence of and pathways to benzodiazepine use in Brazil: the role of depression, sleep, and sedentary lifestyle]. *Braz J Psychiatry*. 2018; 1-7. English. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0088>
- Martins AKL, Souza AMA, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Braga VAB. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. *Rev. de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [internet]* 2015 [cited 2018]; 7 (1): 1905 – 1914. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945015.pdf>
- Martins PPS, Lorenzi CG. Participação da Família no Tratamento em Saúde Mental como Prática no Cotidiano do Serviço. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016; 32 (4): 1-9 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e324216>
- Medeiros PFP, Garcia LSL, Kinoshita RT, Santos OS, Hayashida G. [internet]. Brasília: Aberta – Portal de formação a distância sujeitos, contextos e drogas (Brasil) [cited 2016]. Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS): Eixo Políticas e Fundamentos. Available from: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf>
- Mendez R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21 (6): 1737 – 1745.
- Minayo MCS. *Saúde em estado de choque*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e tempo; 1992.
- Minayo MCS. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 9 ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006
- Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (3): 621- 626.
- Ministério da Justiça. Resolução. No. 01, de 9 de março de 2018, que define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre

Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. Brasília: Diário Oficial, 2018.

Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1990.

Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Formulação de Políticas de Saúde; Política Nacional de Medicamentos. Portaria Nº 3.916/1998 – Estabelece garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1998.

Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo Assistencial. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1998

Ministério da Saúde; Departamento Nacional de Auditoria do SUS; Coordenação de Sistemas de Informação SUS - Legislação Federal. Portaria Nº 1.077/1999 - Estabelece as diretrizes, prioridades e responsabilidades da Assistência Farmacêutica, para os gestores federal, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999.

Ministério da Saúde. Lei Nº 10.216/2001- Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996/2007- Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e das outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2007.

Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.488/2011 - Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.088/2011- Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Dulce Helena Chiaverini (Org.) et. Al. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução 446/2012 - Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde (Brasil), 2013.

Ministério da Saúde [internet]. Brasília: Ministério da Saúde (Brasil) [cited 2014]. Portal da Saúde. RAPS Rede de atenção psicossocial. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

Ministério da Saúde; Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Diretoria de Pesquisas; Coordenação de trabalho e rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde 2013, percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, Brasil, grandes regiões e Unidade de Federação. Rio de Janeiro (Brasil): Ministério da Saúde; 2014.

Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção a Saúde; Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2ed, 2015.

Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – saúde mental. N.34, 1ª ed. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015.

Ministério da Saúde; SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental 48p. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436/2017 - Estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2017.

Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2017.

Ministério da Saúde. Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Saúde de A a Z, saúde mental. Acesso em 10 de dezembro de 2018. Available from: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e Saúde bucal. Competencia de 2018. Available from: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019- CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimento sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Brasil: Ministério da Saúde, 2019.

Moura GN. Como aplicar publicidade e propaganda nas suas redes sociais. E-commerce Brasil, excelência em e-commerce - mídias sociais. 2018. Acesso em 10 de fevereiro de 2019. *Available from:* <https://www.ecommercebrasil.com.br/artigos/aplicar-publicidade-propaganda-redes-sociais/>

Neto OLM, Souza SMG. O fenômeno da violência no Brasil e na América Latina: diversas abordagens teórico-metodológicas. Editorial. Ciênc. Saúde colet. 2017; 22 (9) • <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11492017>

Nunes JMS, Guimarães JMX, Sampaio JJC. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2016; 26 (4): 1213-1232.

OMS- Organização Mundial de Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde -1948.

OMS – Organização Mundial de La Salud. Declaración de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Alma Ata, 1978.

OMS- Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra: OMS, 2002. ISBN 92 4 154561 5

OMS - Organização Mundial da Saúde; WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família; Alto Comissariado da Saúde; Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global [internet]. Portugal: OMS, WONCA; 2008 [cited 2018]. Available from: [http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_primarios.pdf](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf)

OMS - Organização Mundial da Saúde; OPAS – Organização Pan- Americana da Saúde. Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental. MI-GAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde [internet]. Versão 1.0, traduzida. Genebra: OMS, OPAS; 2010 [cited 2018]. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/IG\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf)

Paterson BL, Bottorff JL, Hewat R. [ Blending Observational Methods: Possibilities, Strategies, and Challenges]. International Journal of Qualitative Methods. 2003; 2 (1): Article 3. English.

Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2010; (1): 85 – 102.

Pessoa FS, Silva MS, Garcia PT. Cadernos de Saúde da Família. A saúde mental na atenção básica à saúde. Maranhão: UMA-SUS, UFMA. [internet] 2017 [cited 2018];

(8): 113p. Available from:

[http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros\\_isbn/isbn\\_sf11.pdf](http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_sf11.pdf)

Rocha ML, Aguiar KF. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2003; 23 (4): 64 – 73.

Romagnoli RC. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*. 2014; 26 (1): 44 – 52.

Sá CA, Puerto JRG. Conceito de saúde: caminhos para a construção de uma proposta transdisciplinar e participativa. *Rev Andal Med Deporte*. 2009; 2 (1): 35 -8.

Santos FF, Ferla AA. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. *Interface*. 2017; 21 (63): 833 – 44.

Santos RR, Lima EFA, Freitas PSS, Galavote HS, Rocha EMS, Lima RCD. A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2016; 18 (1): 130 – 139.

Santos C. Grupos focais: uma reflexão metodológica. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa. CIES e-Working Paper N.º 211; 2017. (ISSN 1647-0893)

Silva G, Iglesias A, Araújo MD, Moreira MIB. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. *Psicologia: ciência e profissão*. 2017; 37 (2): 404 – 417.

Silva CCS, Lira ALBC, Feijão AR, Costa IKF, Medeiros SM. Burnout e tecnologias em saúde no contexto da enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Esc Anna Nery* 2017; 21(2): e20170031

SOALHEIRO, Nina (org.). *Saúde Mental para a Atenção Básica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, 249p.

Souza MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (supl. 1): 1325 – 1335.

Souza AC. *Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés*. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

Suenaga AAC. *Os jovens e os sentidos do trabalho: pesquisa-intervenção em comunicação na rede pública de ensino [dissertation]*. São Paulo: Escola de Comunicações e Artes/ USP; 2016. 174p.

WHO - World Health Organization; Ministério da Saúde; Direcção-Geral da Saúde. *Relatório Mundial da Saúde, Saúde mental: nova concepção, nova esperança [internet]*. Lisboa: WHO; 2001[cited 2018]. Available from: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)

WHO - World Health Organization. *Mental Health Action Plan 2013 – 2020 [internet]*. Geneva: WHO; 2013 [cited 2018]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1)

WHO - World Health Organization. *Mental health Gap Action Programme (mhGAP). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [internet]*. Version 2.0. Geneva: WHO; 2016 [cited 2018]. Available from:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1>

WHO - World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018]. Available from:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf;jsessionid=189026D470526EBF768B9EE3FEAB5236?sequence=1>

WHO- World Health Organization. Mental Health Atlas [internet]. Geneva: Who; 2017 [cited 2019]. Available from: ISBN 978-92-4-151401-9

WHO- World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [internet]. Geneva: WHO; 2018. ISBN 978-92-4-156558-5

Zanardo GLP, Leite LS, Cadoná E. Política de Saúde Mental no Brasil: reflexões a partir da Lei 10.216 e da Portaria 3.088. Cad. Bras. de Saúde Mental. 2017; 9 (24): 01 – 21.

## 11. APENDICES

### 11.1 APENDICE A: Projeto de Pesquisa Simplificado.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



#### 8.3 APENDICE 3

##### Projeto de Pesquisa Simplificado

### INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

#### Equipe Executora:

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Elizabeth Esperidião - Professora Associada FEN/UFG

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Dallegrave - Professora Adjunta FEN/UFG

Enf<sup>ª</sup>. Ana Paula Cintra Stival - Mestranda em Enfermagem do PPGENF/UFG

#### 1. INTRODUÇÃO

A atual Política Brasileira de Saúde Mental começou com um movimento na década de 1980 com as lutas anti-manicomiais e hoje é fortalecido com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. É uma rede estruturada por vários componentes, cujos pontos de atenção à saúde visam atender pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste panorama tendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como um dos componentes da RAPS e vinculadas a ela as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), podemos destacar a importância e o apoio fundamental das mesmas para a atenção em saúde mental. A atenção no campo da saúde mental na atenção básica possui um caráter aberto, de base comunitária, e usufrui de recursos disponíveis no território que permite a livre circulação dos usuários por todos os serviços (SILVA, IGLESIAS, 2017).

Apesar de muitos esforços das políticas de saúde mental, a prática na ESF ainda é muito negligenciada pelas equipes, muitas vezes por insegurança e falta de capacitação, direcionando a prestação do serviço baseado em encaminhamentos a serviços especializados, à medicalização, à doença, e a poucas ações voltadas para a promoção da saúde mental (MARTINS, SOUZA, VIEIRA et al 2015; BARBOSA, CAVALCANTI, ALCANTARA, et.al, 2017).



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Diante deste panorama, a proposta desta pesquisa é, fundamentalmente, proporcionar espaço de reflexão junto aos profissionais dos serviços envolvidos, uma análise fundamentada tanto na realidade encontrada quanto nas diretrizes e orientações das políticas públicas de saúde e da RAPS. Pretende-se, especificamente dar subsídios para integrar a Atenção Básica às ações do campo da saúde mental, qualificando os profissionais na oferta de cuidados resolutivos.

Diante deste contexto foi construído um projeto de pesquisa vinculado a PPGENF/UFG, como parte de uma das etapas do curso de Mestrado da enfermeira Ana Paula Cintra Stival, sob a orientação da Professora Doutora Elizabeth Esperidião e Co-orientação da Professora Doutora Daniela Dallegre, a ser executado no município de Inhumas a qual a pesquisadora principal reside.

#### **Justificativa e relevância**

- A realidade da atuação das equipes multiprofissionais da ESF é totalmente voltada para a execução das ações de saúde preconizadas pelos programas do Ministério da Saúde;
- Há o enfoque de ações curativistas e individuais, com a priorização de encaminhamentos;
- Os profissionais dos serviços especializados são os eleitos pelas equipes da ESF, para lidar com os usuários em sofrimento mental, na medida em que não se sentem capacitados para atender a esta demanda;
- Proporcionar espaço de reflexão junto aos profissionais dos serviços envolvidos, uma análise fundamentada tanto na realidade encontrada quanto nas diretrizes e orientações das políticas públicas de saúde e da RAPS.
- Dar subsídios para integrar a Atenção Básica às ações do campo da saúde mental, qualificando os profissionais na oferta de cuidados resolutivos.
- Fortalecer e integrar as ações em saúde mental no âmbito da Atenção Básica;
- Proporcionar ações multiprofissionais utilizando como estratégia principal a educação permanente em saúde;



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



## 2. OBJETIVOS

### Objetivo geral

Analisar as ações do campo da Saúde Mental empreendidas pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

### Objetivos Específicos

- Compreender as demandas do campo da saúde mental sob a ótica das equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Identificar ações do campo da saúde mental ofertadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Descrever os fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.
- Promover espaço de reflexão junto às equipes das Estratégias Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo de Apoio Saúde da Família sobre as ações do campo da saúde mental na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

## 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

- Procedimento para coleta dos dados: aproximação da pesquisadora com o campo, validação do instrumento para entrevista coletiva, oficina de apresentação do instrumento aos supervisores das ESF, aplicação do instrumento e entrevistas individuais.
- Intervenção: espaço de reflexão e capacitação.
- Análise dos dados: análise de conteúdo (Bardin, 1977) e utilização de software (ATLAS.ti)
- Procedimentos Éticos – Resolução 466/12 CNS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



- O projeto está em apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás e as orientações da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para pesquisa com seres humanos foram atendida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

#### 4. INTERESSE E COMPROMETIMENTO DA SMS-INHUMAS

Considerando que a presente investigação objetiva fazer um amplo estudo de diagnóstico e mudança de realidade das ações de SM realizadas pelas ESF do Município de Inhumas é fundamental para o seu desenvolvimento o apoio da Secretaria de Saúde de Inhumas.

Diante desta possibilidade, a Superintendência de Políticas de Ação Integral à Saúde (SPAIS) e a área técnica em Saúde Mental responsável pelo Município foram procuradas pelas pesquisadoras desta pesquisa a fim de certificar o interesse dessas instâncias em estreitar parcerias na execução dela. A idéia foi integralmente aceita uma vez que considera importante conhecer os serviços em SM dos Municípios Goianos, bem como a possibilidade de fortalecimento da rede de atenção a SM do estado de Goiás.

Assim, espera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Inhumas firme o compromisso em viabilizar a execução do projeto através do fornecimento de apoio logístico, como político e de recursos, detalhados a seguir:

1. Disponibilidade de dados oficiais sobre os serviços e profissionais envolvidos;
2. Convocação de reunião quando for necessário com todos os supervisores/gestores das ESF com agendamentos previamente definidos;
3. Disponibilidade de local adequado para realização das reuniões.
4. Auxílio e apoio logístico e de materiais, para a realização de evento, a fim de qualificar os serviços e os profissionais do Município. Contanto com a convocação dos mesmos.
5. Trânsito livre das pesquisadoras pelas Unidades de Saúde envolvidas no estudo
6. Divulgação de informativo encaminhado para as referidas unidades contemplando a autorização da pesquisa;

Esta parceria é uma boa oportunidade de convergir os interesses de Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG) e da Secretaria de Saúde de Inhumas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



A SPAIS e o Grupo de Pesquisa RECID (FEN/UFG) irão apoiar a pesquisa no sentido de facilitar e auxiliar na capacitação dos profissionais que estiverem envolvidos na pesquisa.

Secretária de Saúde do Município de Inhumas

Fabiane Leão de Souza Borges  
Secretária Municipal de Saúde

Coordenadora da Estratégia Saúde da Família



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



## 5. SUPORTE BIBLIOGRÁFICO

BARBOSA, V.F.B; CAVALCANTI, A; ALCANTARA, M.C.A; et.al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. Revista Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 659-668, 2017.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

Ministério da Saúde. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências, Brasília (Brasil), Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de, 2007.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (Brasil), Portaria nº2.488, de 21 de outubro de, 2011.

Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental, Brasília (Brasil), 2011.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Brasília (Brasil), Resolução 446/2012, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, série E. Legislação em saúde, Brasília (Brasil), 2012.

Ministério da Saúde. Portal da Saúde. RAPS Rede de atenção psicossocial. Brasília (Brasil), 2014. Acessado em 11 de outubro de 2017. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>

Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica – saúde mental. Brasília (Brasil), n.34, ed. 1ª, 2015.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 3º ciclo, Brasília (Brasil), 2015-2017.

ESLABÃO, A.D; COIMBRA, V.C.C; KANTORSKI, L.B; et.al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. Revista Gaúcha de Enfermagem, Rio Grande do Sul, v. 38, n. 1, 2017.

MARTINS, A.K.L; SOUZA, A.M.A; VIEIRA, N.F.C; et.al. Práticas em saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo exploratório. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1905-1914, 2015.

SILVA, G; IGLESIAS, A; et.al. Práticas de cuidado integral às pessoas em sofrimento mental na atenção básica. Psicologia: ciência e profissão, Vitória, v. 37, n. 2, p. 404-417, 2017.

## 11.2 APENDICE B: Autorização Prévia para Desenvolvimento de Pesquisa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



### 8.4 APENDICE 4

Goiânia, 16 de novembro de 2017

Para Excelentíssima Secretária Municipal de Saúde de Inhumas

Sra. Fabianne Leão S. Borges

De Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elizabeth Esperidião

Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás

#### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA NO MUNICÍPIO DE INHUMAS- GOIÁS

Eu, Elizabeth Esperidião, professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás venho solicitar autorização da **Secretária Municipal de Saúde de Inhumas** para realização da coleta de dados de pesquisa a ser desenvolvida no Município de Inhumas, sob minha orientação. Essa coleta parte de uma das etapas do curso de Mestrado da enfermeira Ana Paula Cintra Stival, pesquisadora principal do projeto de pesquisa intitulado "INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA". Pretende-se obter a participação de V.S.<sup>a</sup> e da Coordenadora da Estratégia Saúde da Família, como também de todos trabalhadores que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família do Município, no período de março a julho de 2018.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



A referida pesquisa tem como objetivo analisar as ações do campo da Saúde Mental empreendidas pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

Contando com a autorização e apoio de V.S.<sup>a</sup> colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

*Ana Paula Lintro Ethel*  
Nome e assinatura do Pesquisador Principal  
RG: 4348880

*Fabianne Leão de Feres Borges*  
Nome e assinatura da Secretária de Saúde do Município de Inhumas  
RG: 4059019  
Fabianne Leão S. Borges  
Secretária Municipal de Saúde

*Adriana Dias do Carmo Machado*  
Nome e assinatura da Coordenadora da Estratégia Saúde da Família do  
Município de Inhumas  
RG: 4597323

**11.3 APENDICE C: Guia de Anotações de Campo de Pesquisa**

**GUIA DE ANOTAÇÕES DE CAMPO**

**Data:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Local:** \_\_\_\_\_

**1. Ambiente:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. Profissionais/pacientes:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. Atividades experienciadas:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## 11.4 APENDICE D: Planejamento para Desenvolvimento de Grupo Focal 1

### 1º MOMENTO: APRESENTAÇÃO

Tempo: 20 minutos

Será realizada neste momento a apresentação das pesquisadoras, como também as informações importantes sobre a pesquisa. Logo após será ofertado a todos o TCLE, esclarecendo as especificidades sobre o mesmo sempre em consonância com a Resolução 466/2012 do CNS.

Após o recolhimento do TCLE devidamente assinados, os supervisores deverão preencher também neste momento um instrumento autoaplicável de caracterização da equipe.

### 2º MOMENTO: AQUECIMENTO

Utilizar técnica de “Tempestade de ideias”.

Tempo: 10 a 15 minutos

Objetivo: estimular os participantes a expressar em frases ou palavras curtas todas as ideias sugeridas pela questão proposta: **“Cuidado em Saúde Mental, álcool e outras drogas”**

### 3º MOMENTO: GRUPO FOCAL

#### Questões norteadoras

1. Quais as demandas mais comuns que recebem em suas unidades relacionadas à Saúde Mental? E como vocês identificam que o usuário precisa de apoio voltado para a saúde mental?
2. Que situação em relação à saúde mental mais marcante vocês já vivenciaram?
3. E nestas experiências, na opinião de vocês, como os profissionais da equipe que supervisionam se posicionam diante destas demandas?
4. A quem vocês atribuem à responsabilidade de atendimento em relação à saúde mental?
5. Qual o fluxo/ caminho do atendimento do usuário de saúde mental realizada pela equipe?
6. Quais casos que vocês consideram pertinentes o encaminhamento a serviços especializados?

7. Quais ações terapêuticas que realizam em suas unidades? Como são elaboradas ou pensadas estas ações?
8. Na opinião de vocês, quais são as fragilidades que a equipe da qual supervisionam possuem para realizar o atendimento das demandas de saúde mental?
9. E quais são os pontos que consideram fortes da equipe para este atendimento?
10. O que impossibilita vocês em proporcionar um atendimento exitoso?
11. Vocês sabem algo sobre o que é a RAPS?
12. Frente a tudo o que foi discutido, na opinião de vocês, o que deve ser feito para mudar a realidade do cuidado em relação à saúde mental na ESF?

- As Questões de 1 a 4 correspondem ao objetivo: identificar as demandas do campo da saúde mental recebidas pelas equipes da estratégia saúde da família.
- As questões de 5 a 7 correspondem ao objetivo: mapear as ações do campo da saúde mental ofertadas pelas equipes da estratégia saúde da família.
- As questões de 8 a 11 correspondem ao objetivo: descrever os fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pelas equipes da estratégia saúde da família na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

## 11.5 APENDICE E: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr. ou Sra. está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família”. Meu nome é Ana Paula Cintra Stival sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é no campo da saúde mental. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as páginas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinada por mim, pesquisadora, em todas as páginas, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (anapaulac.stival@gmail.com) e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do seguinte contato telefônico: (062) 98542-5560. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás**, nos telefones: 3269-8338 e 3269-8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

#### 1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:

O objetivo deste estudo é analisar as ações do campo da Saúde Mental empreendidas pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa desenvolvida nos fundamentos de estudos tipo intervenção. Parte do processo de coleta de dados será a realização de grupo focal direcionado para os supervisores das equipes da Estratégia Saúde da Família. Com o objetivo de compreender as demandas do campo da saúde mental nas equipes da Estratégia Saúde da Família, identificar as ações do campo da saúde mental ofertadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e também de descrever os fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na articulação com a

---

Título da Pesquisa: Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Nome e Rubrica do pesquisador: Ana Paula Cintra Stival 

Rubrica do sujeito participante:

TCLE

Página 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Rede de Atenção Psicossocial. O grupo focal será conduzido pelas pesquisadoras deste estudo e as discussões que irão permear esse processo serão captadas utilizando um gravador de áudio.

São previstos riscos mínimos de participação na pesquisa, que possam estar relacionados à exposição de opiniões e idéias pessoais entre profissionais e profissionais e pesquisadores, sujeitando-se a julgamento destes. Será garantido o sigilo e os dados serão analisados e apresentados preservando a identidade dos sujeitos. Qualquer utilização das falas dos participantes expostas nas gravações será utilizada siglas ou codinomes, garantindo totalmente o sigilo e anonimato do participante. Reforço que nenhum participante é obrigado a expor nada pessoal na pesquisa, nem dar opiniões em temas que o deixe desconfortável. Esta atividade não é obrigatória e caso não queira participar, isso não trará qualquer tipo de consequência. A liberdade de retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo, a qualquer momento, não lhe trará penalização alguma. É importante esclarecer também que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação na referida pesquisa.

É garantido aos participantes por lei, o direito de pleitear indenizações por reparação de danos imediatos e futuros decorrentes da sua participação na pesquisa, bem como o direito de ressarcimento ao participante, se necessário, para eventuais gastos com transporte e alimentação.

A sua participação e colaboração nesta pesquisa é de extrema importância, visto que, somente quem está dentro do serviço, vivendo a realidade, tem a capacidade de propor novas formas de atuação. Entre os benefícios espera-se que, ao final da investigação, a pesquisa forneça subsídios para uma articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental, para uma melhor prestação de cuidado e atendimento aos portadores de algum sofrimento mental, bem como, uma análise crítica e reflexiva sobre as políticas públicas de saúde mental.

A socialização do resultado da pesquisa será disponibilizada posteriormente para todos os profissionais por intermédio da Secretaria de Saúde do Município, bem como estará acessível fidedignamente no site [www.ppgenf.fen.ufg.br](http://www.ppgenf.fen.ufg.br).

---

Título da Pesquisa: Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Nome e Rubrica do pesquisador: Ana Paula Cintra Stival

Rubrica do sujeito participante:

TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**2. Consentimento da Participação na Pesquisa:**

Eu, ....., inscrito(a) sob o RG/ CPF....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família”, sob a responsabilidade da Professora Doutora Elizabeth Esperidião. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora responsável Ana Paula Cintra Stival sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa, com garantia que minha identidade será mantida no anonimato com utilização de sigla ou codinomes, garantindo totalmente o sigilo e anonimato.

Não permito a publicação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Declaro ciência de que minhas opiniões coletados serão guardadas em banco de dados no período de 5 anos.

Declaro ciência de que minhas opiniões coletados podem ser relevantes em pesquisas futuras, mas não autorizo a guarda do material em banco de dados;

Inhumas, ..... de ..... de .....

---

Título da Pesquisa: Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Nome e Rubrica do pesquisador: Ana Paula Cintra Stival

Rubrica do sujeito participante:

TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Assinatura Dactiloscópica:



\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso do (a) participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso da pesquisadora responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Título da Pesquisa: Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

Nome e Rubrica do pesquisador: Ana Paula Cintra Stival

Rubrica do sujeito participante:

TCLE

## 11.6 APENDICE F: Instrumento de Caracterização da Equipe

### INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES

**Agradecemos por aceitarem participar desta pesquisa de mestrado da aluna Ana Paula Cintra Stival, sob a orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Esperidião e Co-orientação da Professora Dr.<sup>a</sup> Daniela Dallegrave.**

**O objetivo principal deste instrumento é caracterizar as equipes participantes do estudo.**

**Todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo. O anonimato é garantido.**

**Estamos gratas pela oportunidade de poder reuni-los neste momento para realizar esta coleta de informações. E também pelo tempo dispensado por vocês para estarem presentes, participar da pesquisa e responder a todas essas questões e, é claro, todos os comentários são bem vindos.**

**Deixando claro também, que não existe resposta certa ou errada. A participação e a opinião de vocês são de extrema importância para a pesquisa.**

**Caso necessário, podem marcar mais de uma alternativa.**

#### I. Identificação da Unidade de Saúde:

- Nome da Unidade de Saúde:
- Profissão do supervisor da unidade:
- Endereço:
- Telefone:

#### II. Identificação da equipe da Estratégia Saúde da Família:

1. Qual número de profissionais existentes para cada profissão que atuam na sua equipe da Estratégia Saúde da Família?

- |                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| ( ) Agente Comunitário de Saúde      | ( ) Nutricionista         |
| ( ) Assistente Social                | ( ) Odontólogo            |
| ( ) Auxiliar de Consultório Dentário | ( ) Psicólogo             |
| ( ) Cozinheira                       | ( ) Recepcionista         |
| ( ) Educador Físico                  | ( ) Segurança             |
| ( ) Enfermeiro                       | ( ) Serviços Gerais       |
| ( ) Fisioterapeuta                   | ( ) Técnico de Enfermagem |
| ( ) Fonoaudiólogo                    | ( ) Terapeuta Ocupacional |

( ) Médico ( ) Outros \_\_\_\_\_

2. Quantas equipes da Estratégia Saúde da Família possuem nesta Unidade Básica de Saúde?

( ) uma ( ) duas

3. Existe alguma rede informal de apoio no território (Igreja, ONG, Faculdade, Projetos Sociais, etc) que colabora com o desenvolvimento de ações que a Unidade Básica de Saúde promove na comunidade?

( ) sim ( ) não

Quais? \_\_\_\_\_

4. Como são feitos os registros dos atendimentos por esta equipe da Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde?

( ) prontuário individual

( ) prontuário familiar

( ) prontuário eletrônico ou estratégia e-SUS Atenção Básica

( ) prontuário específico por categoria profissional

( ) outra \_\_\_\_\_

( ) não há registros

5. Como é o acesso do usuário ao atendimento pela equipe da Estratégia Saúde da Família?

( ) demanda livre

( ) agendamento

( ) por programas preconizados pelo Ministério da Saúde (Hiperdia, CD, etc)

( ) outras \_\_\_\_\_

6. Em caso de necessidade como é feito os encaminhamentos a outros serviços, ou especialistas?

( ) via regulação

( ) documento de referência / contra referência

( ) autorização do gestor municipal

( ) outras \_\_\_\_\_

7. Como é o relacionamento entre os profissionais da equipe?

( ) ótimo

( ) ruim

( ) razoável

8. Há situações em que a equipe faz adaptações socioculturais para realizar o atendimento aos grupos vulneráveis? Especifique.

---

---

---

---

9. Há alguma consideração a acrescentar em relação ao trabalho desta equipe da Estratégia Saúde da Família da qual supervisiona?

---

---

---

---

---

---

---

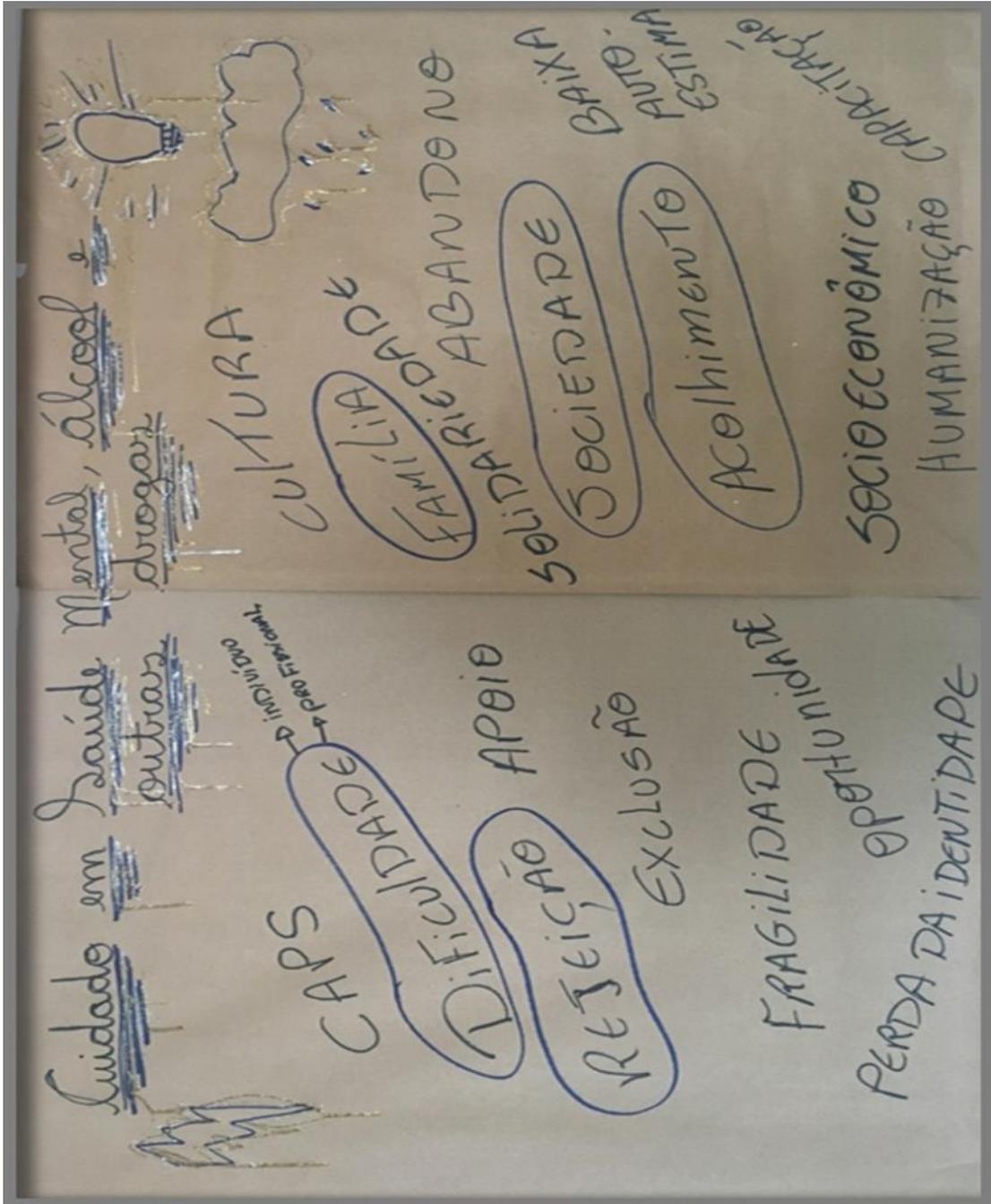
---

---

---

**MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO**

11.7 APENDICE G: Painel produto da técnica de grupo



## **11.8 APENDICE H: Planejamento para Desenvolvimento de Grupo Focal 2**

### **1º MOMENTO: EXPLICAÇÃO DA DINÂMICA DO PES**

Tempo: 20 minutos

Será feito neste primeiro momento a explicação do desenvolvimento do PES e sua finalidade. Informando logo após, que todos os tópicos que serão colocados em discussão foram de temas emergentes do encontro anterior e identificados através da análise das pesquisadoras como relevantes a serem problematizadas em grupo.

### **2º MOMENTO: DESENVOLVIMENTO DO PES**

Tempo: estimado em 60 minutos

Será apresentado primeiramente aos participantes as demandas da população identificadas através de tarjetas alaranjadas e posteriormente as ações de saúde mental desenvolvidas pelas equipes através de tarjetas amarelas.

As tarjetas brancas serão destinadas aos temas identificados como importantes a serem refletidos em grupo. E tarjetas verdes será destinada as responsabilidades.

### **3º MOMENTO: APRESENTAÇÃO DE FERRAMENTAS**

Tempo: 30 minutos

Será apresentado aos participantes um cartaz contendo algumas estratégias importantes para auxiliarem no processo de trabalho, identificado antecipadamente também através do primeiro encontro.

Será apresentado: o Telessaúde, aplicativos específicos, documentos oficiais, livros e protocolos de acesso livre na internet, demonstrativo de fluxo de rede com o apoio pela intersectoralidade.

## **11.9 APENDICE I: Parte do resultado da dissertação em Artigo Científico submetido a Revista de Saúde Pública**

### **Inteligência emocional: uma competência a ser desenvolvida para integrar ações em saúde mental na atenção primária em saúde?**

#### **Resumo**

Trata-se de uma análise reflexiva dos fundamentos da Inteligência Emocional (IE), com vistas ao fortalecimento da dimensão profissional/pessoal dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF), como possibilidade de integrar ações em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivou refletir sobre o constructo da IE enquanto competência a ser desenvolvida pelos profissionais supervisores da ESF. É fruto da reflexão de parte de uma dissertação de mestrado, que ao analisar o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental, sob a ótica dos supervisores das ESF, aferiu que fatores pessoais e profissionais dos trabalhadores são elementos importantes na efetivação das ações de saúde mental na APS. As discussões foram embasadas sob o constructo de IE proposto por Daniel Goleman, bem como em estudos nacionais e internacionais, a fim de organizar e sustentar a reflexão. Como principal resultado observou-se que a IE, quando aplicado nas organizações de saúde, permite ao gestor uma melhor compreensão e manejo de perfis e relações, acarretando uma diminuição nos níveis de estresse e insatisfação no trabalho. No campo da atenção à saúde mental, subentende-se que as atribuições da IE, podem ser usadas como alavanca para estimular novas formas construtivas de gestão e estabelecimento das relações, gerando impactos positivos no ambiente de trabalho e maior engajamento de toda equipe. Concluiu-se que as organizações de saúde reflitam, primeiramente, sobre o direcionamento a prática de gestão voltada aos potenciais de seus recursos humanos, e, posteriormente, acerca do estabelecimento adequado de ações efetivas principalmente em saúde mental.

**Palavras Chaves:** Saúde Mental, Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde Mental; Inteligência Emocional.

## 12. ANEXOS

### ANEXO A: Relatório Municipal



#### 1. São 10 Unidades Básicas De Saúde;

- ✓ **UBS JOAO RIBEIRO DE CASTRO:** DUAS EQUIPES SENDO: 13 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2 MÉDICOS, 2 ENFERMEIROS, 4 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2 RECEPCIONISTAS, 1 SERVIÇOS GERAIS, 2 ODONTÓLOGAS, 2 AUXILIAR DE SAUDE BUCAL.
- ✓ **UBS JOVIANO LOBO:** UMA EQUIPE SENDO: 8 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 1 MÉDICO, 1 ENFERMEIRO, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2 RECEPCIONISTAS, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAUDE BUCAL.
- ✓ **UBS CRISTIANO TEIXEIRA:** UMA EQUIPE SENDO: 7 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 1 MÉDICA, 1 ENFERMEIRO, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2 RECEPCIONISTAS, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.
- ✓ **UBS MANOEL LOPES MUNHOZ:** UMA EQUIPE SENDO: 5 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 1 MÉDICO, 1 ENFERMEIRO, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 1 RECEPCIONISTA, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.
- ✓ **UBS JOAO SEVERINO:** DUAS EQUIPES SENDO: 15 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2 MÉDICOS, 2 ENFERMEIROS, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2 RECEPCIONISTAS, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.
- ✓ **UBS ELIAS SEBBA:** DUAS EQUIPES SENDO: 8 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2 MÉDICOS, 2 ENFERMEIROS, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2 RECEPCIONISTAS, 1 SERVIÇOS GERAIS, 2 ODONTÓLOGAS, 2 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.
- ✓ **UBS ABDCARI CALIL RIME:** UMA EQUIPE SENDO: 5 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 1 MÉDICO, 1 ENFERMEIRO, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2

RECEPCIONISTAS, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.

- ✓ **UBS GENESY VIEIRA SOYER:** DUAS EQUIPES SENDO: 16 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2 MÉDICOS, 2 ENFERMEIROS, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 2 RECEPCIONISTAS, 2 SERVIÇOS GERAIS, 2 ODONTÓLOGAS, 2 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.
- ✓ **UBS DR TUFI SHAIUM:** DUAS EQUIPES SENDO: 17 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 2 MÉDICOS, 2 ENFERMEIROS, 3 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 1 RECEPCIONISTA, 2 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL, 1 TÉCNICA EM SAÚDE BUCAL.
- ✓ **UBS VILA MUTIRÃO:** UMA EQUIPE SENDO: 10 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 1 MÉDICO, 1 ENFERMEIRO, 2 TÉCNICOS DE ENFERMAGEM, 1 RECEPCIONISTA, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 ODONTÓLOGA, 1 AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL.

2. 15 EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA E 13 EQUIPES SAÚDE BUCAL;
3. CAPS É PORTA ABERTA MEDIANTE ENCAMINHAMENTOS, DAI É FEITO TRIAGEM / ACOLHIMENTO PARA MANTER PACIENTE OU NÃO EM TRATAMENTO. OS PROFISSIONAIS DO CAPS SÃO: 1 PSQUIATRA, 1 TERAPEUTA OCUPACIONAL, 1 FARMACÊUTICO, 1 ASSISTENTE SOCIAL, 1 BIOQUIMICO, 1 ENFERMEIRO, 1 SERVIÇOS GERAIS.
4. TEMOS ALGUMAS ESPECIALIDADES NO CAIS: OFTALMOLOGISTA, CARDIOLOGISTA, FONOAUDIOLOGA, PSICÓLOGA, PEDIATRA, EXAME DE ULTRASSONOGRÁFIA, GINECOLOGISTA. AS UBS REALIZAM ENCAMINHAMENTO PARA ESSAS ESPECIALIDADES PARA SEREM ATENDIDOS AQUI NO MUNICÍPIO, CASO NECESSITE DE OUTRA É FEITO ENCAMINHAMENTO E O PACIENTE VAI ATE A CENTRAL DE REGULAÇÃO PARA SER JOGADO NO SISTEMA E FICA AGUARDANDO VAGA PARA GOIÂNIA, DAI A SECRETÁRIA ENTRA EM CONTATO COM O PACIENTE QUANDO É LIBERADA A VAGA.
5. TEMOS TAMBÉM O NASF TIPO 1: COM 2 PSICÓLOGAS, 2 NUTRICIONISTAS, 2 FISIOTERAPEUTAS, 1 FONOAUDIÓLOGA. ELE É O APOIO DA UBS, TRABALHAMOS POR ENCAMINHAMENTOS E TAMBÉM GRUPOS DE ATIVIDADES COLETIVA.
6. TEMOS O CREFI CENTRO DE REFERÊNCIA EM FISIOTERAPIA, ONDE O NASF RECEBE OS ENCAMINHAMENTOS E FAZ-SE UMA TRIAGEM ANTES DE DIRECIONAR SE FICA NO NASF OU SE VAI PARA O CREFI.
7. TEMOS A UPA QUE É PORTA ABERTA
8. O SAMU QUE É ACIONADO ATRAVES DA CENTRAL DE GOIÂNIA, APÓS AVALIAÇÃO DA SOLICITAÇÃO VIA TELEFONE, O MÉDICO LIBERA O SAMU PARA PEGAR/BUSCAR PACIENTE ONDE ELE ESTIVER. QUANDO TEMOS ALGUMA

EMERGÊNCIA EM NOSSAS UBS CONTACTAMOS O SAMU OU A UPA PARA REMOVER O PACIENTE.

9. OS ATENDIMENTOS DAS UBS SÃO FEITOS POR ÁREA ADSTRITA, TRABALHAMOS COM AGENDAMENTO E VAGAS PARA DEMANDA ESPONTÂNEA DIARIAMENTE.

## ANEXO B: Termo de Anuência da Instituição



### TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A *Secretaria de Saúde do Município de Inhumas* está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “*Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família*”, coordenado pela pesquisadora *Elizabeth Esperidião*, desenvolvido em conjunto com as pesquisadoras *Daniela Dallegrave e Ana Paula Cintra Stival* na **Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás**.

A *Secretaria de Saúde do Município de Inhumas* assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de *março de 2018 até agosto de 2018*.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso da pesquisadora responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados.

Goiânia, 11 de dezembro de 2017

  
Evairam Leão S. Borges  
Secretaria Municipal de Saúde  
 \_\_\_\_\_  
**Assinatura/Carimbo do responsável pela instituição pesquisada**

ENDEREÇO: Av. Wilson Quirino de Andrade, 450 – Centro  
 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: Das 07:00h às 11:00h e das 13:00h às 17:00h.  
 E-MAIL: [smsinhumas@bol.com.br](mailto:smsinhumas@bol.com.br)  
 FONE: (62) 3514-7725

## ANEXO C: Parecer Consubstanciado do CEP

UFG - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Integração das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família

**Pesquisador:** ANA PAULA CINTRA STIVAL

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 81649417.5.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.674.025

#### Apresentação do Projeto:

Resposta à emenda solicitando alteração no procedimento de coleta de dados com base nas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa de caráter descritivo e explicativo. A pesquisadora parte do pressuposto que é importante e necessário aprofundar o debate sobre as ações de saúde mental desenvolvidas pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), existente no município de Inhumas. Nesse entendimento, propõe a utilização de grupo focal com os supervisores das equipes da ESF e não mais entrevista coletiva com todos componentes de cada equipe da ESF, considerando que a alteração não modifica o desenho do estudo, objetivos, relevância e possíveis desfechos. Para a pesquisadora, a importância de evidenciar a enfermagem como profissionais chaves para esse processo de fortalecimento do serviço de atenção à saúde mental na APS, tendo em vista que são supervisionados pelos mesmos. Assim, propõe ajustes na metodologia e no TCLE no sentido de constar a alteração.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar as ações do campo da Saúde Mental empreendidas pela Estratégia Saúde da Família na perspectiva do fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitário **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cepcufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.674.025

**Objetivos Secundários:**

Compreender as demandas do campo da saúde mental sob a ótica das equipes da Estratégia Saúde da Família;

Identificar ações do campo da saúde mental ofertadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família;

Descrever os fatores que influenciam o desenvolvimento das ações do campo da saúde mental pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na articulação com a Rede de Atenção Psicossocial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Para a pesquisadora, o estudo envolve riscos mínimos que podem estar relacionados à exposição de opiniões e idéias pessoais. Para tanto, ela assume o compromisso de manter sigilo em relação às informações prestadas e aos dados, que serão analisados e apresentados preservando a identidade do participante. Assegurando ainda, esclarecer ao mesmo a possibilidade de não expor questões pessoais, nem dar opiniões em temas que o deixe desconfortável.

**Benefícios:**

Conforme declara a pesquisadora, os benefícios previstos pelo estudo, consiste na possibilidade de promover a articulação entre a Atenção Básica e a Saúde Mental no município estudado, com vistas à melhoria da prestação de cuidado e do atendimento as pessoas com algum sofrimento mental, bem como, a possibilidade de empreender reflexão e análise crítica das políticas públicas pautadas para a saúde mental.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo atual e relevante pela possibilidade de fomentar o diálogo entre trabalhadores, pesquisadores e gestores com vistas ao fortalecimento da articulação da rede de atenção a saúde mental, educação permanente em saúde, conseqüentemente o fortalecimento da RAPS no município de Inhumas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os documentos foram apresentados.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitario CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cepcufg@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.674.025

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os somatórios destes elementos possibilitam a recomendação pela aprovação do protocolo de pesquisa na medida em que atende as exigências contidas nas Resoluções 466/12 e 510/2016.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda proposta ao projeto de pesquisa.

Situação: Emenda aprovada.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1093027_E1.pdf	12/04/2018 17:53:57		Aceito
Outros	Planejamento_grupo_focal.docx	12/04/2018 17:40:24	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	12/04/2018 17:34:53	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	28/03/2018 07:16:55	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	13/12/2017 10:16:22	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.JPG	13/12/2017 09:07:53	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao.pdf	13/12/2017 09:06:58	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito
Parecer Anterior	Parecer.JPG	13/12/2017 08:57:37	ANA PAULA CINTRA STIVAL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8426 E-mail: cephcufig@yahoo.com.br

UFG - HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE GOIÁS



Continuação do Parecer: 2.674.025

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 24 de Maio de 2018

---

Assinado por:  
**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
(Coordenador)

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

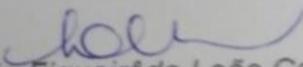
**ANEXO D: Certidão da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFG**



**C E R T I D ã O**

Certifico que em reunião Ordinária realizada no dia 01/12/2017, o Conselho Diretor da Faculdade de Enfermagem da UFG, apreciou e aprovou o parecer da Comissão de Pesquisa, apresentado pela Conselheira Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, referente ao Projeto de Pesquisa intitulado: "Integração das Ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família", com os pesquisadores: Elizabeth Esperidião, Daniela Dallegrave e Ana Paula Cintra Stival, com previsão de término em 12/2020.

Coordenação Administrativa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, aos quatro dias do mês de dezembro do ano dois mil e dezessete.

  
**Lavinia Figueirêdo Leão Correia**  
**Coordenação Administrativa / FEN / UFG**

---

Rua 227 Qd. 68 St. Leste Universitário - Goiânia-GO. CEP: 74-605.080  
Fones: 55(62) 3209 6280 Ramal 200 - FAX 55(62) 3209 6282 - www.fen.ufg.br